ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

RAPPORTI ISTISAN 17|1

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

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

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

Rapporto 2017

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

EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

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

Rapporto 2017

Emanuele Scafato, Claudia Gandin,
Lucia Galluzzo, Riccardo Scipione, Monica Vichi e Silvia Ghirini
per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

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

Rapporti ISTISAN
17/1

Istituto Superiore di Sanità
Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2017.
Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Riccardo Scipione, Monica Vichi e Silvia Ghirini per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)
2017, vii, 60 p. Rapporti ISTISAN 17/1

Il consumo di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica essendo responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti e del 4,6% degli anni di vita persi a causa di disabilità attribuibili all'alcol. I danni che ne derivano producono effetti non solo sul bevitore ma anche sulle famiglie e sul contesto sociale allargato, a causa di comportamenti violenti, abusi, abbandoni, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e stradali. L'Osservatorio Nazionale Alcol è dal 1998 il riferimento formale e ufficiale nazionale, europeo e internazionale dell'Istituto Superiore di Sanità per la ricerca, la prevenzione, la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate. L'ONA elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a progettualità specifiche del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie-CCM. Dal 2012, le attività di monitoraggio del consumo rischioso e dannoso di alcol sono state inserite nel Piano Statistico Nazionale e svolte formalmente dall'ONA. L'ONA, sede del *WHO Collaborating Centre for Research on Alcohol*, è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e Organizzazione Mondiale della Sanità per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale.
Parole chiave: Alcol; Monitoraggio; Epidemiologia; Sanità pubblica

Istituto Superiore di Sanità
Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy and in the Regions. Evaluation of the National Observatory on Alcohol on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2017.
Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Riccardo Scipione, Monica Vichi and Silvia Ghirini for the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)
2017, vii, 60 p. Rapporti ISTISAN 17/1 (in Italian)

The alcohol consumption is a major public health problem in Europe being responsible of 3.8% of all deaths and 4.6% of years of life lost due to disability (DALYs) attributable to alcohol. Alcohol related harm has effects not only on the drinker, but also on families and social context, because of violent behaviours, abuse, abandonment, loss of social opportunities, inability to build emotional bonds and stable relationships, disability, accidents at work and on the road. The National Observatory on Alcohol (ONA) is from 1998 the formal and official national, European and international reference of the Istituto Superiore di Sanità for research, prevention and training on alcohol and alcohol-related problems. The ONA evaluates and analyzes every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and according to specific projects of the National Centre for Prevention and Disease Control (CCM). Since 2012, the monitoring of hazardous and harmful alcohol consumption has been included in the National Statistical Program and formally carried out by the ONA. 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 World Health Organization.
Key words: Alcohol; Monitoring; Epidemiology; Public health

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

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

Citare questo documento come segue:
Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Scipione R, Monica Vichi M, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2017.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporti ISTISAN 17/1).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*
Redazione*: Paola De Castro* e *Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

© *Istituto Superiore di Sanità 2017*
viale Regina Elena, 299 – 00161 Roma

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

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

Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA

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

Un contributo originale di elaborazione e analisi dei dati riportati nel rapporto è stato fornito e acquisito nella Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001 (legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati).
Il rapporto è un contributo allo standard di monitoraggio previsto dalle azioni centrali del Ministero della Salute attraverso il progetto "SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato finalizzato all'analisi dell'impatto alcol-correlato in Italia" (SISMA) e relativo alle attività del progetto CCM "ITA RARHA. Attività nazionali di supporto al Progetto Europeo RARHA *Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm*".

INDICE

Prefazione v

Consumo di bevande alcoliche in Europa 1
Health for All, il database europeo della WHO 1
Consumo di alcol e mortalità alcol-attribuibile nella Regione europea della WHO tra il 1990-2014 3
Consumo di alcol in Europa 4
Mortalità alcol-attribuibile in Europa 6

Consumi nella popolazione italiana generale 12
Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica) 12
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici 14

Comportamenti a rischio 15
Linee guida sul consumo di alcol a basso rischio della Joint Action RARHA 15
Indagine conoscitiva sull'implementazione delle linee guida sul consumo di alcol 16
Opinione di esperti RARHA sul linee guida sul consumo di alcol 18
Consumatori abituali eccedentari 20
Consumatori fuori pasto 21
Consumatori binge drinking 23
Consumatori a rischio (criterio ISS) 24

Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni 27
Italia nord-occidentale 27
Piemonte 27
Valle d'Aosta 30
Lombardia 30
Liguria 30
Italia nord-orientale 31
Provincia Autonoma di Bolzano 31
Provincia Autonoma di Trento 31
Veneto 32
Friuli-Venezia Giulia 32
Emilia Romagna 32
Italia centrale 33
Toscana 33
Umbria 33
Marche 33
Lazio 34
Italia meridionale 34
Abruzzo 34
Molise 35
Campania 35
Puglia 35
Basilicata 35
Calabria 36
Italia insulare 36
Sicilia 36
Sardegna 37

Mortalità per decessi totalmente alcol-attribuibili 38
Mortalità alcol-attribuibile per età e genere 38
Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza 40

Consumo di alcol tra i giovani 42
Consumatori di 11-17 anni 43
Consumatori di 18-20 anni 44
Consumatori di 21-25 anni 45

Consumo di alcol tra gli anziani 46
Consumatori giovani anziani (65-74 anni) 48
Consumatori anziani (75-84 anni) 49
Consumatori grandi anziani (≥ 85anni) 49

Conclusioni 51

Bibliografia 56

PREFAZIONE

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. In particolare, la classificazione statistica internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases 10th revision*, ICD-10) indica oltre 200 condizioni per le quali il consumo di bevande alcoliche è un fattore di rischio evitabile inclusi numerosi disturbi neuropsichiatrici, le malattie croniche, i tumori, gli infortuni, situazioni che provocano ogni anno numerosi morti e feriti che sopravvivono con disabilità permanenti.

L'Europa è la regione leader mondiale in termini di consumo alcol *pro-capite* con 11,5 litri di alcol puro per adulto consumati ogni anno al 2014 e il primo produttore al mondo di bevande alcoliche. Anche se negli ultimi 25 anni il consumo di alcol all'interno della Regione europea della Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO) è nel complesso diminuito (di circa l'11%), la Regione Europea della WHO continua oggi a essere la regione della WHO con il più alto consumo di alcol *pro-capite* sebbene esista una grande variabilità sia tra i diversi Paesi, sia all'interno dei singoli Paesi nel corso degli anni. Nel complesso, tra il 1990 e il 2014 si è registrato in questa Regione una lieve diminuzione del livello di consumo medio *pro-capite* di alcol sebbene l'assunzione di bevande alcoliche continua a rappresentare uno dei principali rischi di mortalità. A livello europeo si è osservato infatti un leggero aumento (4%) dell'impatto globale della mortalità alcol-attribuibile, a cui contribuiscono principalmente i Paesi dell'Europa orientale (che registrano "trend" in significativa crescita).

L'Italia, inizialmente collocata tra i Paesi con il consumo medio *pro-capite* più elevato, è stata tra i primi Paesi a ridurre significativamente i consumi, tanto che nel 2010 era il Paese con il valore più basso tra tutti i 28 Stati Membri dell'Unione Europea (UE) con 7,0 litri. Tuttavia, a partire dal 2010, il consumo di alcol in Italia è tornato a salire ed è nel 2014 pari a 7,6 litri.

Tali informazioni sono rese disponibili grazie ai sistemi di rilevazione, analisi e disseminazione dei risultati che si sono resi sempre più importanti 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, attraverso il progetto finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcolcorrelato) caratterizzato da indicatori originali e specifici, costruiti e validati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) (sede del *WHO Collaborative Centre* - WHO CC - *Research on Alcohol*) e attraverso la rigorosa applicazione delle norme del Piano Statistico Nazionale, consente di andare oltre la mera registrazione del consumo medio *pro-capite* di alcol definito dalla WHO producendo flussi informativi di dettaglio nazionale e regionale che consentono di stimare entità e tendenza del consumo "rischioso" in cui si annida il bacino di utenza dei potenziali nuovi utenti in carico ai centri e servizi di alcologia.

Il sistema di monitoraggio alcol-correlato è tra le attività acquisite come *best practice* a livello europeo e internazionale e di interesse specifico della *Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm* (*Joint Action* RARHA, finanziata nell'ambito del Secondo Programma di Azione Comunitaria in materia di Salute della Commissione Europea, promossa su iniziativa dei rappresentanti degli Stati Membri coinvolti nel *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA), l'organismo formale stabilito in Commissione Europea per supportare

l'implementazione della Strategia Europea sull'alcol), conclusa lo scorso dicembre 2016 per la quale l'ONA-ISS su nomina governativa e mandato del Ministero della Salute ha rappresentato l'Italia.

Il secondo filone di attività fortemente supportato dagli Stati Membri della *Joint Action* RARHA, ha riguardato le linee guida del consumo di alcol a basso rischio come misura di salute pubblica, attività co-coordinate dall'Istituto Nazionale Finlandese per la salute e il welfare (*Finnish National Institute for Health and Welfare*, THL) e dall'ONA-ISS con la partecipazione attiva di 26 organizzazioni di 20 Paesi europei, numerose attività rivolte all'identificazione di principi di buona pratica per la formulazione e la comunicazione di linee guida sul consumo a basso rischio. Tra i Paesi europei esistono variazioni considerevoli nelle linee guida per quanto riguarda la quantità di alcol consumato considerato a basso rischio. Dal momento che le informazioni sui livelli di rischio rispetto al consumo di alcol sono sempre più accessibili oltre i confini nazionali e linguistici, le discrepanze a tale riguardo possono portare a messaggi equivoci dei risultati delle ricerche e delle avvertenze di salute.

Un rapporto dell'OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) del 2015 sugli aspetti economici dei danni alcol-correlati e sulle politiche di contrasto "Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy" ha evidenziato che per effettuare scelte razionali ed efficienti i consumatori devono essere informati sulle caratteristiche di ciò che consumano, sui benefici reali e sui rischi e costi a cui sono esposti come conseguenza del consumo. Il rapporto indica che, oltre alla generica percezione che consumare grandi quantità di alcol è dannoso, i consumatori hanno conoscenze vaghe del perché l'alcol è dannoso per la salute. Il rapporto considera questo aspetto un *market failure*, "fallimento del mercato"; la quasi totale assenza di informazioni riguardanti la salute sulle etichette delle bevande alcoliche è un esempio calzante. Alla base di tali iniziative di promozione di salute c'è la considerazione che le persone hanno il diritto di essere informate sui rischi legati al consumo di alcol, e che sia un compito dei Governi e della comunità di salute pubblica affrontare le lacune di conoscenza per contribuire ad evitare scelte sbagliate e concentrarsi sui rischi evitabili.

Le misure per migliorare il potenziale delle linee guida sul consumo, oltre ad informare e sensibilizzare i consumatori rispetto all'alcol e alle problematiche alcol-correlate per una scelta consapevole rispetto al consumo stesso, secondo la maggioranza degli esperti consultati nell'ambito della *Joint Action* RARHA, sono le seguenti:

- applicare e far rispettare il limite di 18 anni di età per la vendita e la somministrazione di qualsiasi bevanda alcolica;
- supportare in particolare i servizi sanitari di base, nell'identificazione dei consumatori a rischio e offrire loro interventi finalizzati alla riduzione del consumo a rischio come parte della pratica clinica;
- fornire la formazione professionale specifica richiesta;
- fornire informazioni utili per la salute sulle etichette delle bevande alcoliche, in particolare il loro contenuto calorico, i grammi di alcol puro contenuti in una bottiglia o altra confezione;
- richiedere che le bevande alcoliche e la pubblicità di alcolici contengano informazioni sui rischi per la salute associati al consumo di alcol.

Ovviamente sarebbe opportuno che le misure identificate come prioritarie possano vedere realizzazione e attivazione anche avvantaggiandosi dei risultati derivabili dalle attività concluse di recente nella *Joint Action* RARHA mirate allo sviluppo di un "tool-kit", un pacchetto di buone pratiche basate sulle evidenze per prevenire i danni causati dall'alcol focalizzando l'attenzione su priorità quali l'identificazione precoce e l'intervento breve, gli interventi nelle scuole e le attività di sensibilizzazione della popolazione. Le buone pratiche incluse nel tool-kit sono esempi di iniziative di successo in Europa selezionati sulla base di una serie di criteri di

rispondenza in termini di valutazione della qualità degli interventi. A questo riguardo, con nostro orgoglio due principali attività svolte da decenni in Italia dall'ISS sono state identificate come buone pratiche e in particolare l'*Alcohol Prevention Day* per le attività di sensibilizzazione della popolazione e, per gli interventi brevi, i corsi dell'ONA-ISS di formazione per formatori degli operatori sanitari sull'Identificazione Precoce e intervento Breve (IPIB) sul consumo rischioso e dannoso di alcol.

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

Prof. Emanuele SCAFATO

Direttore del WHO Collaborative Centre Research on Alcohol
Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol
Presidente della Società Italiana di Alcologia
Vice Presidente della Federazione Europea
delle Società Scientifiche sulle Dipendenze

CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE IN EUROPA

L'alcol è classificato in Europa come il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa. La ICD-10 indica oltre 200 condizioni per le quali il consumo di bevande alcoliche è un fattore di rischio evitabile inclusi numerosi disturbi neuropsichiatrici, le malattie croniche, i tumori, gli incidenti, situazioni che provocano ogni anno numerosi morti e feriti (1-5). L'alcol è, infatti, uno dei principali fattori causali negli infortuni (con un impatto sul lavoro dei dipartimenti di emergenza e pronto soccorso); è un fattore che contribuisce al fenomeno dell'assenteismo e presenzialismo (con un impatto sul lavoro); contribuisce alla criminalità, alle infrazioni stradali e alla violenza domestica con maltrattamenti familiari verso il partner o verso i minori (con un impatto sul lavoro degli operatori sociali e degli ufficiali giudiziari), e comporta costi sociali per i sistemi sanitari, per i sistemi di giustizia penale e contribuisce alla perdita di produttività.

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

Nel 2012 sono attribuibili al consumo di alcol circa 3,3 milioni di morti nel mondo, pari al 5,9% di tutti i decessi a livello globale con delle differenze significative di genere (M=7,6%; F=4,0%), e sono attribuibili al consumo di alcol 139 milioni di anni persi a causa di malattia, disabilità o morte prematura (DALY: *Disability-Adjusted Life Year*), equivalenti al 5,1% del carico globale di malattie e lesioni (1-2). Il 74% degli europei di età ≥15 anni beve alcolici, il 15% di essi (58 milioni di persone) sono consumatori a rischio e 23 milioni sono i cittadini europei alcol-dipendenti (5% degli uomini, 1% delle donne).

Health for All, il database europeo della WHO

Il database europeo *Health For All* (HFA-DB) (6) è uno strumento messo a disposizione dalla WHO per monitorare numerosi fenomeni sanitari negli Stati Membri della Regione europea. Lo strumento è stato sviluppato alla metà degli anni 1980 per monitorare e confrontare lo stato di salute nell'Unione Europa (UE). I dati vengono direttamente trasmessi dagli Stati Membri e periodicamente aggiornati (l'aggiornamento per l'Italia era disponibile alla data del 20 dicembre 2016).

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

A decorrere dall'anno 2015 l'ONA-ISS ha introdotto un nuovo indicatore nel sistema di monitoraggio sviluppato nell'ambito dell'azione centrale approvata dal Ministero della Salute, SISMA, finalizzato all'analisi dell'impatto alcol-correlato in Italia come strumento di supporto alla verifica e valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione e delle azioni nazionali ed europee di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione. L'indicatore aggiuntivo proposto, sulla base dei dati dell'indagine multiscopo sulle famiglie condotta annualmente dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), permette di stimare il consumo medio *pro-capite* di alcol puro rapportandolo ai soli individui che hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno anziché all'intera popolazione (7).

I litri di alcol puro medio *pro-capite* consumati nella popolazione ultra quindicenne tra il 1980 e il 2010 sono diminuiti sia in Europa che in Italia, ma nel corso degli ultimi quattro anni si è registrato un nuovo incremento (Figura 1).

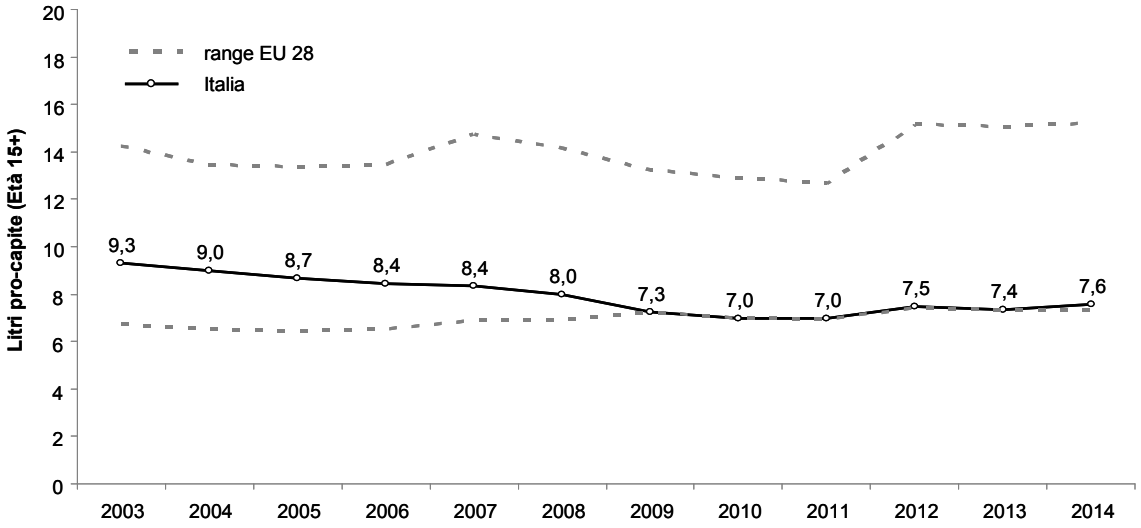


Figura 1. Trend di consumo di alcol (in litri *pro-capite* di alcol puro) in Italia
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati *HFA-DB* della WHO (al 20 dicembre 2016)

L'Italia, inizialmente collocata tra i Paesi con il consumo medio *pro-capite* più elevato, nel 2014 è tra i Paesi con i valori più bassi tra tutti i 28 Stati Membri dell'UE con 7,6 litri. In base all'indicatore sviluppato dall'ONA tuttavia (Figura 2), il consumo *pro consumatore* di alcol puro nella popolazione italiana di età superiore a 15 anni è stimato per il 2014 pari a 11,5 litri e l'incremento registrato, rispetto al 2010, è stato di 13,2% mentre nel caso del consumo medio *pro-capite*, l'aumento registrato, rispetto al 2010, è stato del 8,8%.

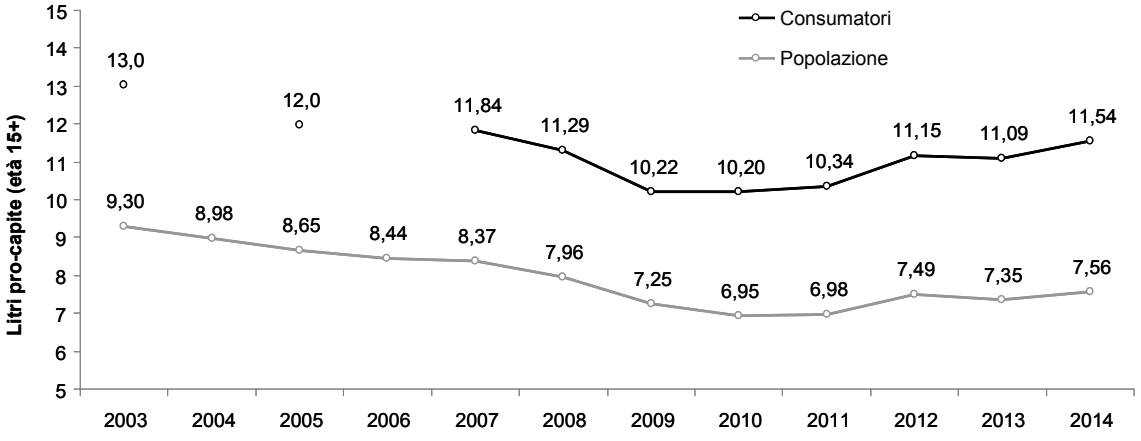


Figura 2. Trend di consumo di alcol in Italia (in litri *pro-capite* e litri pro-consumatore di alcol puro)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati HFA-DB della WHO (20 dicembre 2016) e Indagine Multiscopo sulle famiglie –Aspetti della vita quotidiana (2003; 2005-2014)

L'analisi dei trend mostra che nel 1970 il consumo di alcol puro ascrivibile al vino era pari a 16,6 litri a fronte di un solo 0,8 ascrivibile alla birra e un 2,4 ai liquori. Per tutte le bevande considerate il consumo medio è diminuito rispetto al 1970, ma nel corso degli ultimi quattro anni si è assistito ad un incremento dovuto in particolare all'incremento del consumo medio *pro-capite* di vino che è passato da 4,5 litri nel 2010 a 5,0 nel 2014 e dei super alcolici passati da 0,8 nel 2010 a 0,9 nel 2014. Disaggregando il consumo medio espresso in litri *pro-capite* di alcol puro per tipologia di bevanda alcolica, si evince che il vino è la bevanda che maggiormente contribuisce al consumo di alcol in Italia (Figura 3).

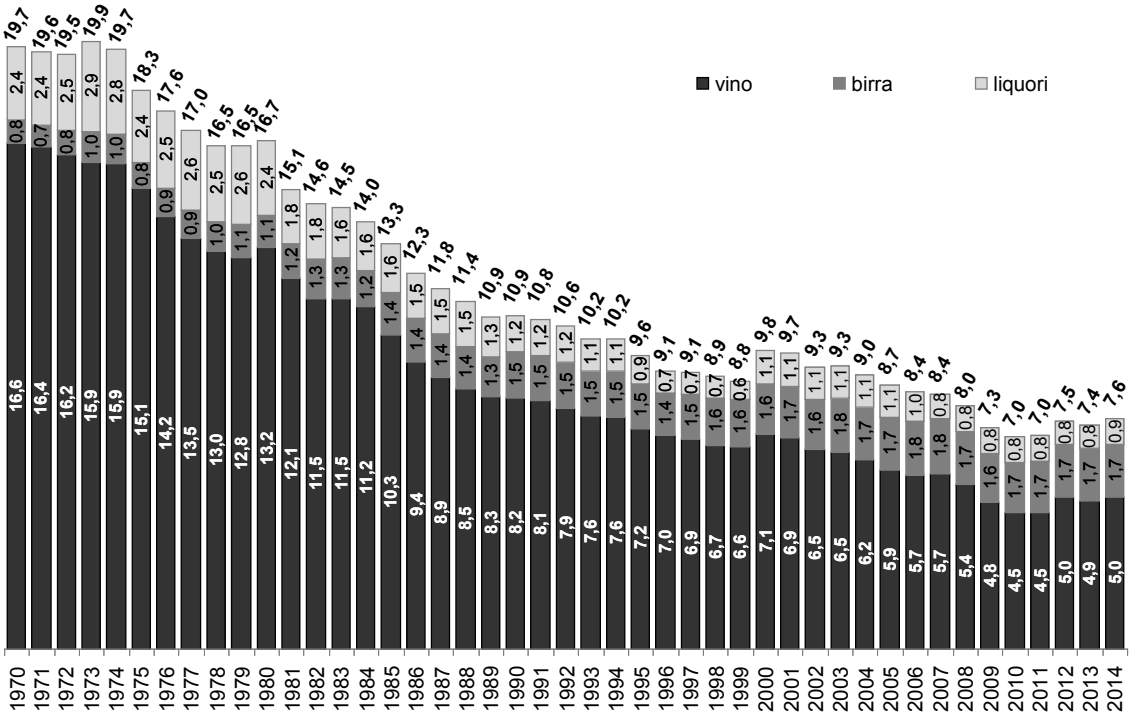


Figura 3. Litri (%) di alcol puro per tipologia di bevanda tra gli adulti in Italia (1970-2014)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati HFA-DB della WHO (al 20 dicembre 2016)

Consumo di alcol e mortalità alcol-attribuibile nella Regione europea della WHO tra il 1990-2014

Il rapporto "Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014" (8) pubblicato dal *WHO Regional Office for Europe* lo scorso ottobre 2016 descrive l'andamento del consumo di alcol e dei decessi alcol-attribuibili nei Paesi europei fornendo i dati per singola nazione.

Anche se negli ultimi 25 anni, il consumo di alcol all'interno della Regione europea della WHO è nel complesso diminuito, l'assunzione di bevande alcoliche continua a rappresentare uno dei principali rischi di mortalità. A livello europeo si è osservato, infatti, un leggero aumento (4%) dell'impatto globale della mortalità alcol-attribuibile, a cui contribuiscono principalmente i Paesi dell'Europa orientale (che registrano "trend" in significativa crescita).

Consumo di alcol in Europa

L'indicatore per valutare il consumo dannoso di alcol a livello nazionale e internazionale è il consumo *pro-capite* di alcol nella popolazione di 15 anni e oltre (9) che è una misura composita che comprende il consumo registrato e quello non registrato. Si definisce "registrato" il consumo delle bevande alcoliche che viene ufficialmente rilevato, attraverso il sistema di tassazione, nel Paese in cui la bevanda è consumata (8, 9). Si definisce invece "consumo non registrato" il consumo di prodotti di bevande alcoliche per lo più fatti in casa, prodotti alcolici registrati al di fuori della giurisdizione in cui sono consumati (acquisti oltre frontiera), surrogati dell'alcol (prodotti alcolici a base di etanolo non ufficialmente destinato al consumo umano), bevande prodotte illegalmente o di contrabbando (2, 10).

La Regione europea della WHO continua a oggi a essere la regione con il più alto consumo di alcol *pro-capite* sebbene esista una grande variabilità sia tra i diversi Paesi, sia all'interno dei singoli Paesi nel corso degli anni. Tra il 1990 e il 2014 si registra in questa Regione della WHO una lieve diminuzione del livello di consumo medio *pro-capite* di alcol che, combinato con l'aumento del consumo in Asia e in Africa durante lo stesso periodo, ha portato ad una convergenza dei livelli di consumo a livello mondiale.

La diminuzione dei livelli di consumo di alcol nella Regione europea della WHO è stata alimentata in particolare dalla diminuzione registrata nei Paesi più ricchi della zona europea centro-occidentale e dell'area mediterranea (Tabella 1, Figura 4).

L'Italia è stata inserita nell'analisi nel sottogruppo di Paesi dell'Europa mediterranea insieme a Cipro, Francia, Grecia, Israele, Malta, Portogallo, Spagna e Turchia. Tutti i Paesi di questa area sono considerati ad alto reddito ed erano caratterizzati in passato dalla medesima abitudine di consumo riassunto con il termine "stile mediterraneo" con l'assunzione di vino in quantità moderate quasi tutti i giorni ai pasti; tuttavia questo "stile mediterraneo" dal 2000 si è progressivamente spostato verso il consumo anche di birra e liquori in molti Paesi.

Tabella 1. Regioni utilizzate nel report e Paesi inclusi

Area	Paesi
Regione UE	
Centro-occidentale	Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Germania, Lussembourgo, Paesi Bassi e Svizzera
Centro-orientale	Bulgaria, Croazia, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Romania, Slovacchia and Slovenia
Mediterranea	Cipro, Grecia, Israele, Italia, Malta, Portogallo, Spagna e Turchia
Unione Europea	Austria, Belgio, Bulgaria, Croazia, Cipro, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Ungheria, Irelanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia and Regno Unito
Regione europea WHO	
Orientale	Federazione Russa, Bielorussia, Republica di Moldavia and Ucraina
Sud-orientale	Armenia, Azerbaigian, Georgia, Kazakistan, Kirghizistan, Tagikistan, Turchia, Turkmenistan e Uzbekistan

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati del rapporto *"Public health successes and missed opportunities"*(8)

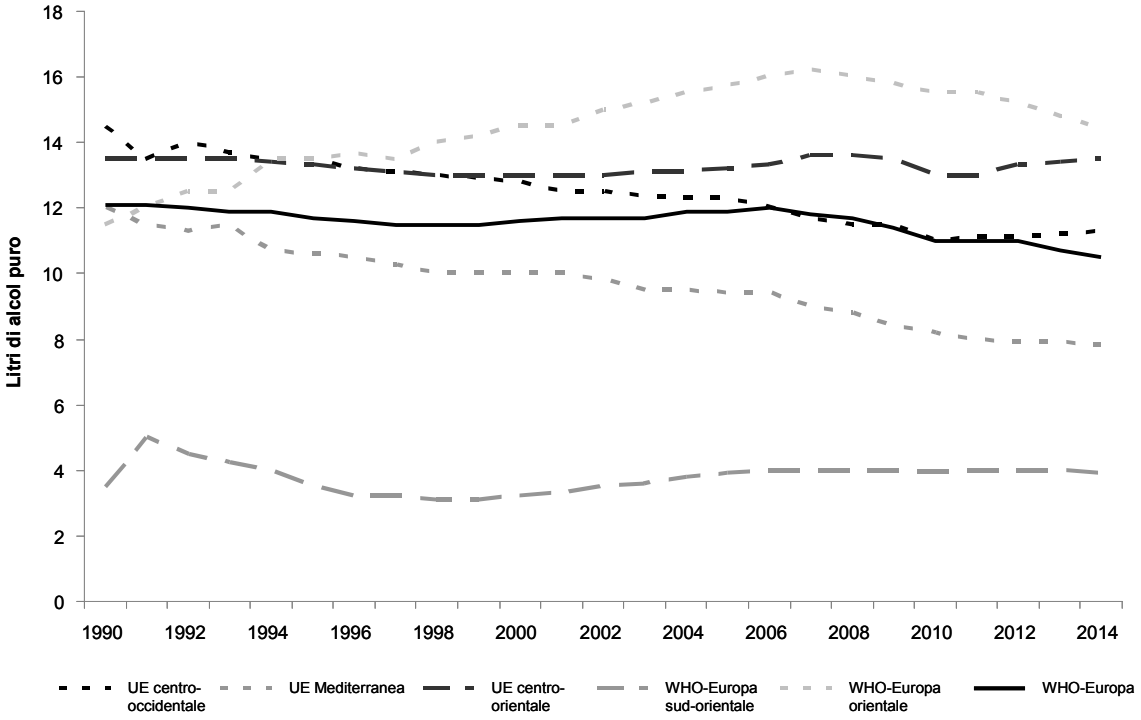


Figura 4. Trend del consumo di alcol *pro-capite* nella Regione europea della WHO e sub-regioni selezionate, 1990-2014
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC* su dati del rapporto *"Public health successes and missed opportunities"*(8)

Il consumo nella Regione europea della WHO negli ultimi 25 anni è diminuita di circa l'11%, e in particolare dall'anno 2007 si è assistito ad un graduale decremento. Una spiegazione di questo fenomeno è da ricercarsi nella recessione economica attraversata dai Paesi di quest'area geografica in quanto durante la recessione economica meno denaro viene stanziato dalle famiglie per acquistare bevande alcoliche; tale effetto inoltre sarebbe più rilevante per i Paesi con un reddito più basso, come quelli nella parte orientale della Regione europea della WHO.

La diminuzione del consumo di alcol nella Regione europea della WHO è da attribuire in primo luogo a una diminuzione quasi lineare dei consumi nei Paesi della UE nel periodo considerato (circa -18% in base al livello del 1990). I Paesi dell'Europa centro-occidentale UE vicini alla Germania hanno mostrato un modello molto simile a quello rilevato a livello europeo con una riduzione pari a -22%. All'interno dell'UE, il consumo nei Paesi del bacino Mediterraneo hanno mostrato una diminuzione del 34% e tale diminuzione, iniziato prima del 1990, è principalmente da attribuire alla diminuzione del consumo di vino nei Paesi che tradizionalmente producono vino come Francia, Grecia, Italia, Portogallo e Spagna.

Non tutte le regioni dell'UE hanno tuttavia mostrato una diminuzione del consumo di alcol nel periodo considerato. La zona centro-orientale ha mostrato un consumo pressoché stabile nel periodo considerato. La Regione orientale (che nel 1990 aveva livelli di consumo al di sotto sia dei Paesi dell'UE che dei Paesi del Mediterraneo) mostra nel 2014 un incremento di 3,1 (28%) e 6,6 (85%) litri di alcol puro *pro-capite* rispetto alla media della UE e dei Paesi mediterranei, rispettivamente.

Andando ad analizzare l'andamento del consumo medio di alcol rapportato ai bevitori anziché alla popolazione delle regioni dell'Unione Europea per sesso, nel caso degli uomini, si osserva che la maggior parte delle regioni si raggruppano intorno alla media della Regione europea della WHO, tra cui anche i Paesi della zona sud-orientale della Regione, a indicare ancora una volta che le sottopopolazioni che iniziano a consumare l'alcol, spesso tendono ad assumere i medesimi livelli di consumo, quasi indipendentemente dalla cultura. I livelli registrati nella zona orientale della regione europea della WHO sono nettamente superiori di quelli registrati in tutte le altre zone e aiutano a capire il maggior onere in termini di mortalità alcol-attribuibile rilevati in questa regione. Il più basso consumo pro-bevitore si registra nella zona centro-occidentale della UE, dove si registrano anche tassi di astinenza tradizionalmente molto bassi. Anche per le donne, si rileva un quadro in gran parte simile a quello degli uomini, ma i valori più bassi si registrano nella Regione europea della WHO sud-orientale dove si consuma sicuramente meno alcol rispetto alle altre regioni e alla Regione europea della WHO nel suo complesso.

Mortalità alcol-attribuibile in Europa

L'alcol, classificato come il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura (dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa), è causa di oltre 200 diverse malattie e incidenti della ICD-10 (11) che provocano ogni anno numerosi morti e feriti. Tuttavia, la stragrande maggioranza del carico di mortalità alcol-attribuibile, soprattutto in Europa, è nelle patologie croniche quali la cirrosi epatica, il cancro e le malattie cardiovascolari, nonché in patologie acute quali le lesioni intenzionali e non. Il recente *Global status report on alcohol and health* della WHO indica che nel 2012, globalmente per l'88%, il carico di mortalità alcol-attribuibile è dovuto alle suddette cinque categorie di cause di morte, prime fra tutte le morti cardiovascolari seguite dalle lesioni non intenzionali e la cirrosi epatica (2). La percentuale restante del carico di mortalità alcol-attribuibile è dovuta a malattie infettive (tubercolosi, AIDS, polmoniti), condizioni neuropsichiatriche (epilessia e disordini legati al consumo di alcol) e condizioni neonatali (sindrome feto-alcolica).

La cirrosi epatica è una delle più importanti cause di morte in Europa. Il consumo di alcol è da secoli identificato come un fattore causale per le patologie epatiche in generale, e per la cirrosi epatica in particolare, con una chiara relazione dose-risposta, che inizia lentamente per accelerare con il tempo.

L'alcol è stato identificato come sostanza cancerogena dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (*International Agency for Research on Cancer*, IARC). I tipi di cancro identificati per essere in parte attribuibili all'alcol sono i tumori di rinofaringe, esofago, laringe, pancreas, fegato, colon/retto e della mammella nelle donne con una relazione dose-risposta quasi lineare sulla scala del rischio relativo senza alcuna soglia inferiore apparente, e quindi dove anche il consumo di piccole quantità di alcol aumentano il rischio di cancro.

Le malattie cardiovascolari hanno un rapporto complesso con il consumo di alcol: da un lato, un consumo di piccole quantità è collegato alla diminuzione della morbilità e mortalità nella patologia ischemica, dall'altro, il consumo eccessivo sia episodico che cronico ha effetti negativi; per la maggior parte delle altre cause di morte cardiovascolare, il consumo è dannoso con una chiara relazione dose-risposta (ipertensione, ictus emorragico, fibrillazione atriale). Pertanto, come risultato, l'effetto complessivo del consumo di alcol sulle cause cardiovascolare di morte è negativo, fatta eccezione per l'ischemia miocardica ma non nei Paesi con modelli di consumo eccessivo episodico o cronico.

Infine, l'alcol ha un impatto causale su quasi tutte le categorie di lesioni, sia intenzionali sia non, gli incidenti stradali e le violenze, con un impatto sia sul bevitore sia a carico di terzi.

Qualsiasi livello di consumo di alcol ha un impatto sugli incidenti, poiché l'alcol ha effetti sul sistema nervoso centrale anche a piccole dosi (8).

Il rapporto "Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014" (8) evidenzia che l'elevato livello di consumo di alcol rilevato nella Regione europea della WHO ha portato, nel corso degli anni, a un incremento di decessi attribuibili al consumo di bevande alcoliche a causa di patologie croniche (come la cirrosi epatica, le malattie cardiovascolari e il cancro) e a causa di morti violente (incidenti stradali, omicidi e suicidi). Il documento – che per la prima volta mette in relazione sistematicamente i "trend" sul consumo alcolico e quelli sulla mortalità alcol-correlata, per tutti i Paesi Membri e per un periodo esteso di tempo – sottolinea la necessità di introdurre (o in certi casi ripensare) politiche di monitoraggio e prevenzione necessarie per ridurre i livelli *pro-capite* del consumo di alcolici (tra cui anche quelli del consumo episodico eccessivo, *binge drinking*) e per ridurre il peso della mortalità alcol-attribuibile. Di seguito saranno riportati i dettagli sulle categorie delle cause di morte attribuibili al consumo di alcol.

Cirrosi epatica

La cirrosi epatica è considerata una delle più importanti cause di morte a livello globale e in Europa (12-14) e il consumo di alcol è stato identificato come un fattore rischio sia per le malattie epatiche in generale che, ormai da molti anni, per la cirrosi epatica (15). Esiste una relazione dose-risposta, che evidenzia come all'aumentare del consumo di alcol aumenta esponenzialmente il rischio di incorrere in questo tipo di patologia (16). La mortalità per cirrosi epatica costituisce una parte importante della mortalità nel suo complesso (12, 17), in modo particolare in Europa (18).

Nel 2014, i Paesi dell'Europa occidentale e la maggior parte dei Paesi continentali (ad eccezione dei Paesi della parte centro-orientale e dei Paesi baltici) hanno fatto registrare un tasso di cirrosi epatica inferiore a quello medio della Regione europea della WHO. Coerentemente con l'andamento del consumo medio *pro-capite*, il Tasso Standardizzato di Mortalità Alcol-Attribuibile (TSM-AA) per cirrosi epatica è aumentato nel primo decennio del periodo di osservazione, per poi diminuire nel corso degli ultimi anni (Figura 5).

Nel Regno Unito, l'aumento dei tassi nel corso degli anni da valori relativamente bassi a valori che hanno reso la mortalità per cirrosi epatica la terza più importante causa di morte per le persone sotto i 65 anni di età, hanno portato a rendere necessario un intervento politico, tanto più che i tassi di altre malattie croniche sono diminuiti in questo Paese (19).

Nei Paesi dell'Europa centro-occidentale e nei Paesi mediterranei nel corso degli ultimi dieci anni si è registrata una riduzione dei tassi di mortalità alcol-attribuibile per cirrosi epatica, in linea con la riduzione dei livelli di consumo e attualmente queste regioni presentano valori al di sotto della media della Regione europea della WHO. Tutti i Paesi della regione centro-orientale hanno tassi di mortalità cirrosi epatica più alti della media della Regione europea della WHO, anche se in misura diversa. Nel corso degli ultimi cinque anni anche nei Paesi con i tassi più elevati si è registrata comunque una diminuzione.

Nei Paesi nordici, il tasso di mortalità alcol-attribuibile per cirrosi epatica è nettamente inferiore a quello medio della Regione europea della WHO, nonostante un leggero aumento registrato negli ultimi anni. In Islanda si registrano i tassi più bassi di mortalità per cirrosi alcolica alcol-attribuibile non solo rispetto alla media Europea ma anche a livello globale.

Sebbene i tassi di mortalità per cirrosi epatica alcol-attribuibile alla fine del secolo fossero molto sopra la media della Regione europea della WHO in tutti i Paesi e della Federazione russa e dell'Europa orientale (ad eccezione della Repubblica di Moldova), negli ultimi anni, i valori sono notevolmente diminuiti pur mantenendosi sopra la media.

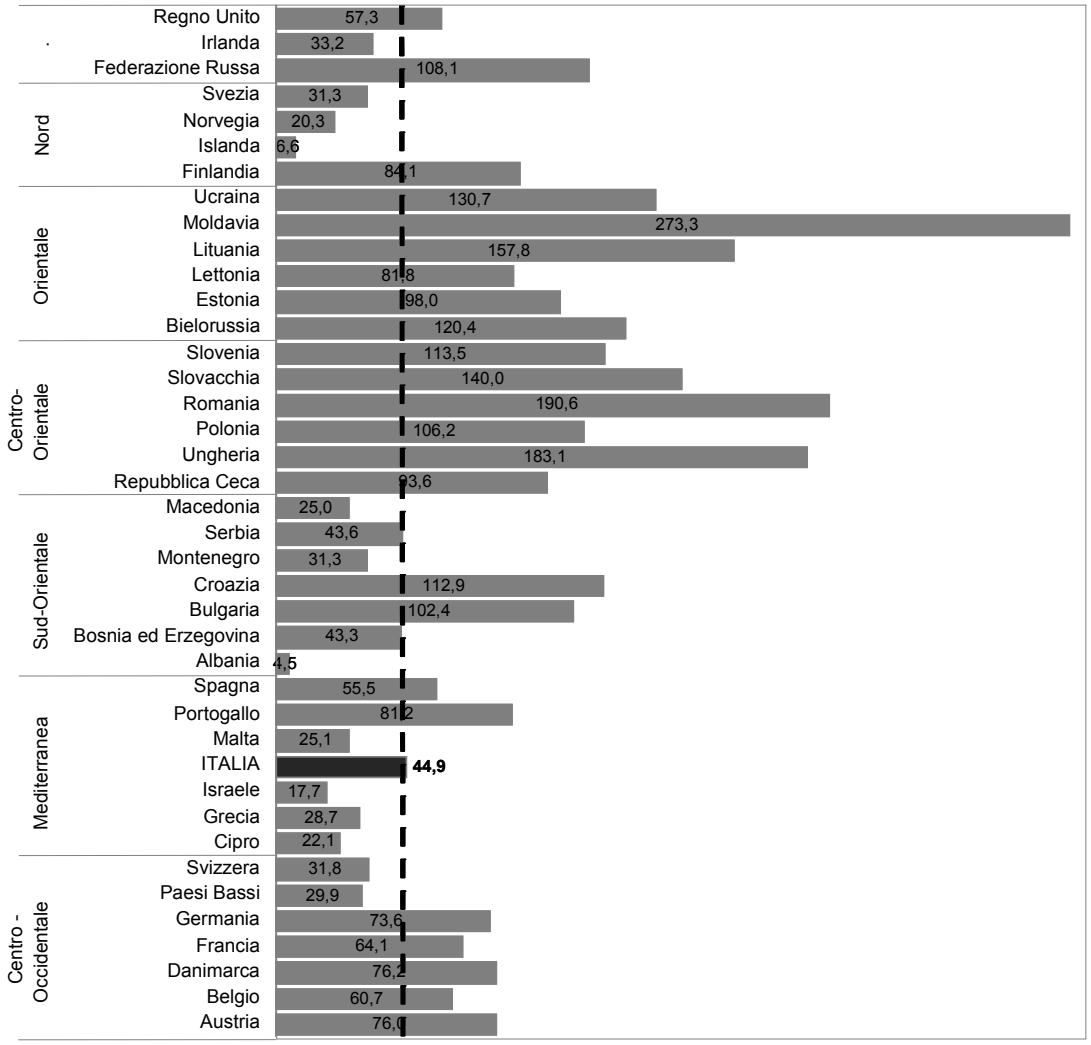


Figura 5. TSM alcol-attribuibile dovuta a cirrosi epatica nel 2014 (TSM totale e alcol-attribuibile*1.000.000/ab) nella Regione europea della WHO e sub-regioni selezionate, 2014
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC su dati del rapporto *Public health successes and missed opportunities* (8)

Nel 2014, in tutti i Paesi del sud-est della Regione europea della WHO, con l'eccezione della Turchia, sono stati rilevati i più alti tassi di mortalità per cirrosi epatica alcol-attribuibili, anche se il loro consumo era inferiore rispetto a quello rilevato nella Regione europea della WHO.

Tumori

Il consumo di alcol è stato identificato come cancerogeno dalla IARC (20-22) e il consumo di bevande alcoliche è stato identificato come un fattore di rischio per i seguenti tipi di cancro: tumore rinofaringeo, dell'esofago, della laringe, del pancreas, del fegato, del colon / retto e della mammella femminile (23). Il rischio di incorrere in queste patologie aumenta in modo lineare all'aumentare del consumo di bevande alcoliche e non è stata ancora individuata una soglia sotto alla quale il rischio è nullo (24, 25) (Figura 6).

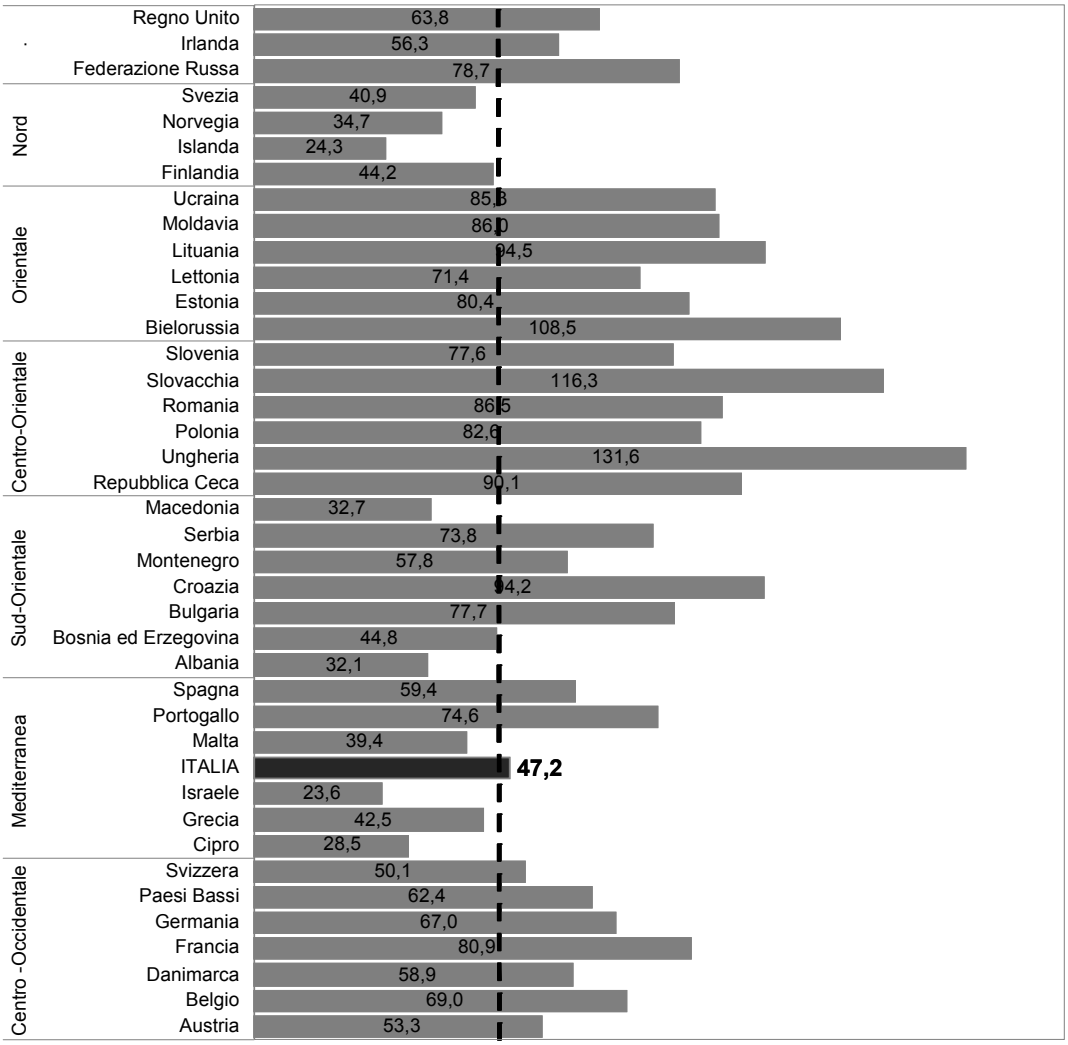


Figura 6. TSM alcol-attribuibile dovuta a tumori nel 2014 (TSM totale e alcol-attribuibile*1.000.000/ab) nella Regione europea della WHO e sub-regioni selezionate, 2014
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC su dati del rapporto *Public health successes and missed opportunities* (8)

Malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari sono correlate con il consumo di alcol (26, 27) in modo articolato perché, da una parte è stato dimostrato che un consumo moderato è correlato con una diminuzione della morbilità e della mortalità (28, 29) ma dall'altra, un consumo pesante di bevande alcoliche anche episodico ha invece ha effetti negativi (30-32) su queste patologie. Per la maggior parte delle cause di morte per patologie cardiovascolari, l'impatto è dannoso con una relazione dose-risposta molto chiara per l'ipertensione (33), l'ictus emorragico (29), la fibrillazione atriale (34). L'impatto complessivo dell'alcol sulle cause di morte per patologie cardiovascolari è stato negativo nella maggior parte dei Paesi (1101), in particolare in quelli con modelli di consumo pesante sia episodico sia cronico (35, 36) (Figura 7).

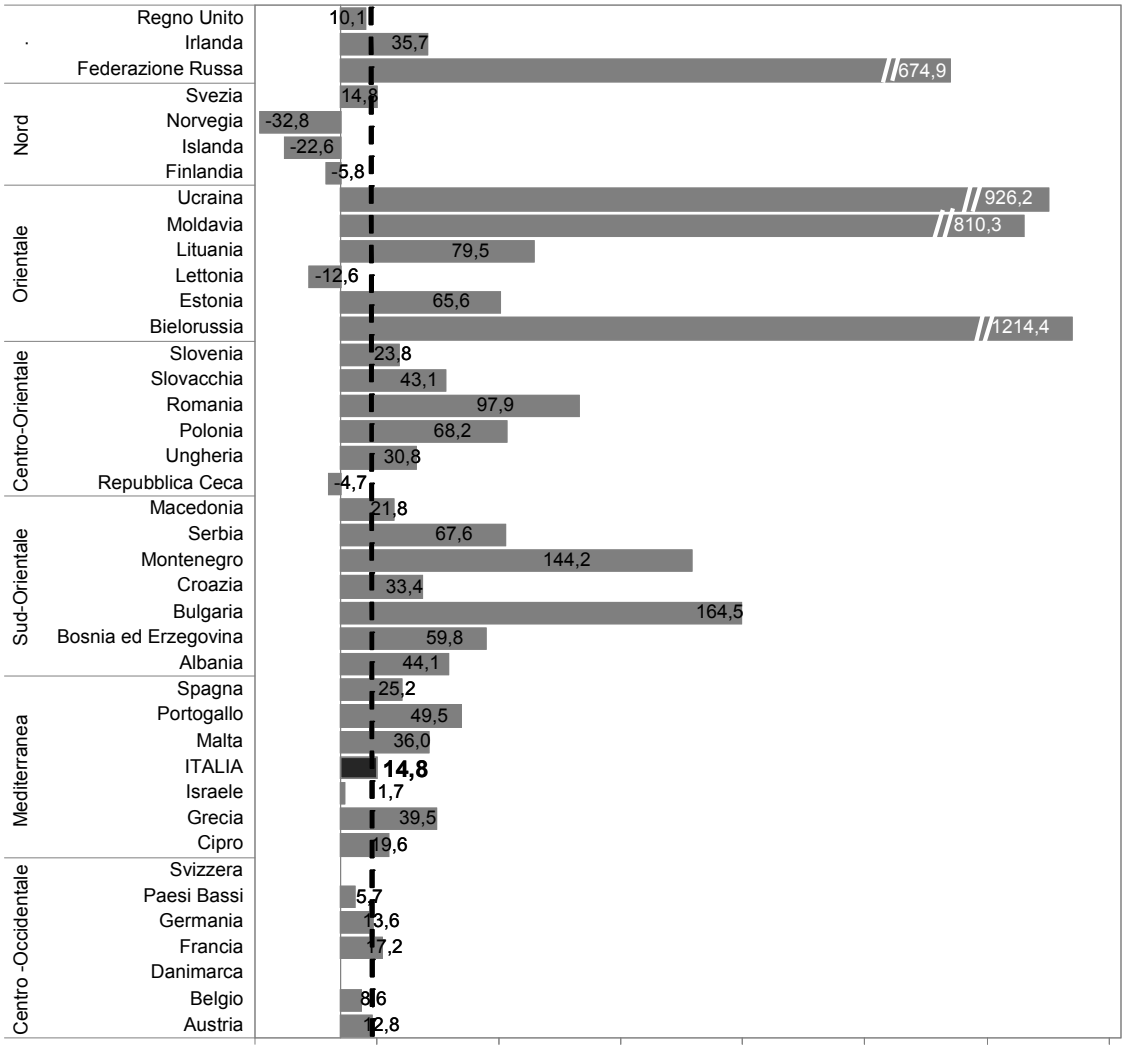


Figura 7. TSM alcol-attribuibile dovuta a malattie cardiovascolari nel 2014 (TSM totale e alcol-attribuibile*1.000.000/ab) nella Regione europea della WHO e sub-regioni selezionate, 2014
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC su dati del rapporto "Public health successes and missed opportunities"(8)

Incidenti

L'alcol ha un effetto causale su quasi tutte le categorie degli incidenti, sia volontari sia involontari (37-39). Per alcuni tipi di lesioni come quelle riportate in un incidente stradale e a causa di violenza, il consumo di bevande alcoliche può avere effetti negativi sia sul bevitore (40) che sugli altri (41, 42). Tutti i livelli di consumo di alcol hanno un certo impatto sugli incidenti perché l'alcol agisce sul sistema nervoso centrale anche a dosi basse a moderate (43, 44) e la relazione dose-risposta aumenta con livelli più elevati di consumo (45, 46) (Figura 8).

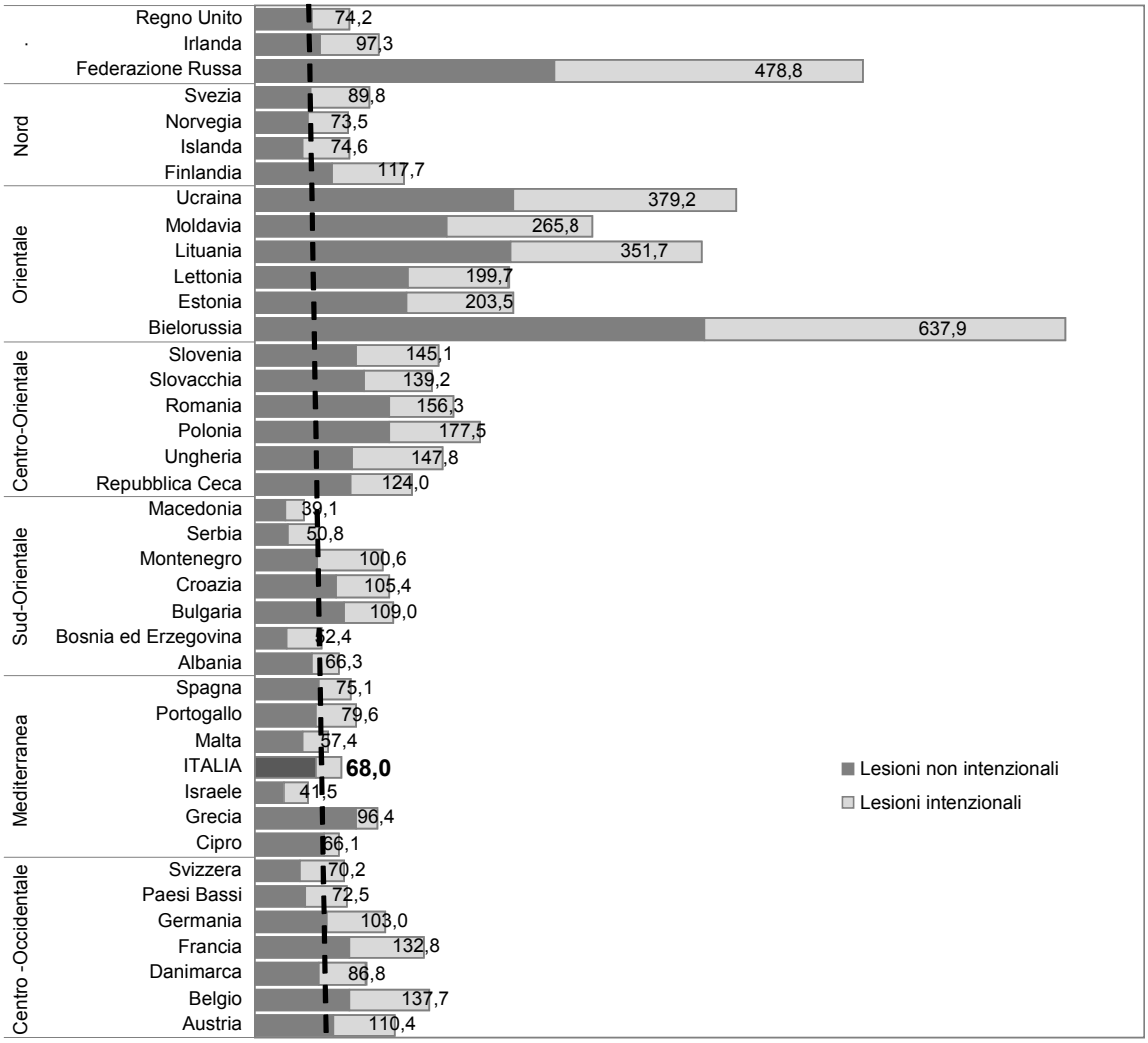


Figura 8. TSM alcol-attribuibile dovuta a incidenti nel 2014 (TSM totale e alcol-attribuibile*1.000.000/ab) nella Regione europea della WHO e sub-regioni selezionate, 2014
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC su dati del rapporto *Public health successes and missed opportunities* (8)

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'ONA-ISS ha analizzato anche per il 2015, come per l'anno precedente (47), l'Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana condotta dall'ISTAT (7) come previsto dal Programma Statistico Nazionale 2014-2016, aggiornamento 2016 (48) e dal Progetto SISMA. L'ONA avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate a livello europeo e internazionale fornisce annualmente un quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di sanità pubblica.

Le analisi condotte dall'ONA integrano le elaborazioni annuali fornite dalla statistica in breve pubblicata dall'ISTAT "L'uso e l'abuso di alcol in Italia – Anno 2016" (49) al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione, alla salvaguardia della salute dei cittadini. I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana. L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. I dati presentati si riferiscono alle abitudini di consumo rilevate nella popolazione italiana e regionale.

Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica)

Nel corso del 2015 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 64,5% degli italiani di 11 anni e più, pari a oltre 35 milioni di persone, con prevalenza maggiore tra gli uomini (77,9%) rispetto alle donne (52,0%); di questi il 22,2% (12 milioni circa di persone) beve quotidianamente (33,3% tra gli uomini e 11,8% tra le donne) (Figura 9).

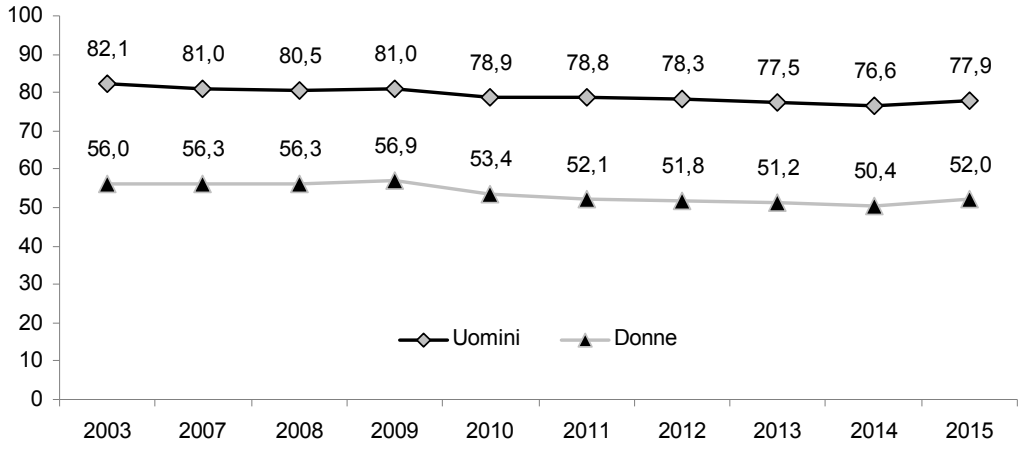


Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori di bevande alcoliche per genere (2003, 2007-2015)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La quota dei consumatori di età superiore a 11 anni nel 2015 mostra, per entrambi i generi, un incremento statisticamente significativo pari a 1,3 punti percentuale (p.p.) tra gli uomini e 1,6 p.p. tra le donne rispetto a quella dell'anno precedente (Figura 10) (47).

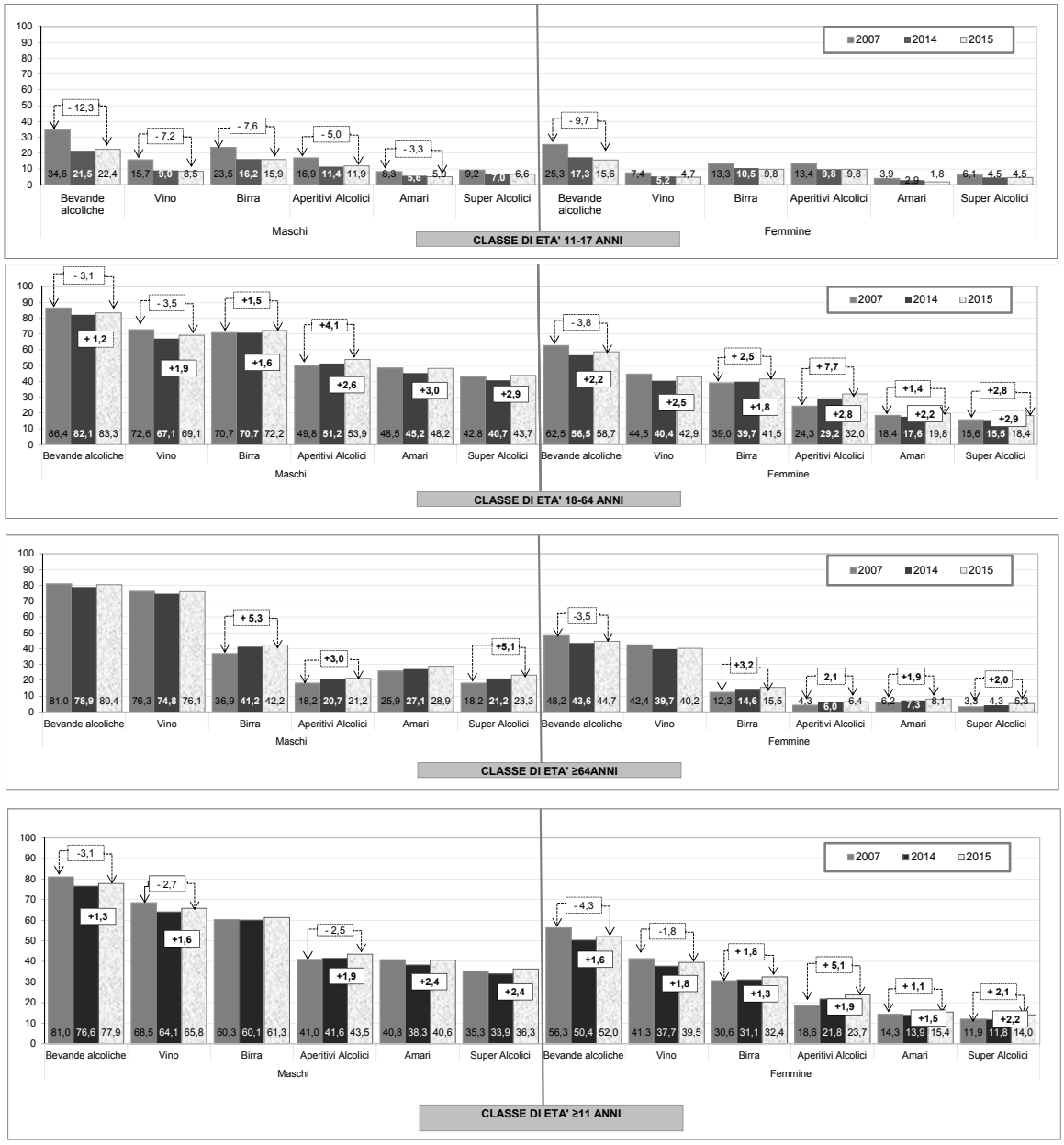


Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere e classe d'età (2007, 2014-2015)

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

L'analisi per classi di età (Figura 10) evidenzia che l'incremento significativo dei consumatori di almeno una bevanda alcolica rispetto all'anno 2014 si registra in particolare nella classe di età 18-64 anni sia tra gli uomini (+1,2 p.p.) che tra le donne (+2,2 p.p).

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

Nel 2015 si stima che oltre ventotto mila persone hanno consumato vino almeno una volta nel corso dell'anno e la prevalenza dei consumatori di questa bevanda, sebbene sia inferiore a quella rilevata nel 2007 di -1,8 p.p. per le donne e di -2,7 p.p. per gli uomini, nel corso dell'ultimo anno è aumentata per entrambi i generi rispettivamente di 1,8 p.p. e 1,6 p.p. L'analisi per classi di età mostra che l'incremento è statisticamente significativo anche nella classe di età 18-64 anni sia per gli uomini (+1,9 p.p.) che per le donne (+2,5 p.p.) (*vedi* Figura 10).

Oltre venticinque milioni di persone di età superiore a undici anni hanno riferito di aver consumato birra nel corso del 2015 con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile, doppia rispetto a quella femminile (61,3% e 32,4% rispettivamente) e per il solo genere femminile, aumentata di 1,8 p.p. rispetto al 2007. L'analisi per classe di età evidenzia, nella classe di età degli 11-18enni, valori di prevalenza approssimabili a quelli della precedente rilevazione per entrambi i generi, mentre nella classe di età 18-64 anni i valori sono aumentati rispetto allo scorso anno di 1,6 p.p. tra gli uomini e di 1,8 p.p. tra le donne, rimanendo quindi superiore ai rispettivi valori rilevati nel 2007. Nella classe di età anziana invece, non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto al 2014 sebbene il valore risulti superiore a quello registrato nel 2007 di 5,3 p.p e 3,2 p.p. rispettivamente (*vedi* Figura 10).

Gli aperitivi alcolici sono stati consumati, nel 2015, da circa 18 milioni di persone di età superiore a 11 anni e come nel caso della birra, la prevalenza tra gli uomini (43,5%) è superiore a quella tra le donne (23,7%) e i valori sono aumentati rispetto allo scorso anno di 1,9 p.p. per entrambi i generi, rimanendo superiore ai valori rilevati nel 2007 (*vedi* Figura 10). L'analisi per classi di età evidenzia valori di prevalenza pressoché stabili tra gli adolescenti mentre si registrano incrementi statisticamente significativi tra i consumatori 18-64enni di questa bevanda sia rispetto all'anno 2007 (M:+4,1 p.p.; F:+7,7 p.p.) che rispetto alla precedente rilevazione (M:+2,6 p.p.; F:+2,8 p.p.); nella classe di età anziana infine la prevalenza è superiore al valore registrato nel 2007 per entrambi i generi ma è rimasta pressoché stabile nel corso dell'ultimo anno.

Gli amari sono stati consumati, nel 2015, dai circa quindici milioni di persone di età superiore a 11 anni e anche in questo caso la prevalenza tra gli uomini risulta essere oltre il doppio di quella delle donne (M: 40,6%; F: 15,4%) (*vedi* Figura 10). Tra gli uomini si rileva rispetto al 2014 un aumento statisticamente significativo della prevalenza dei consumatori di amari pari a 2,4 p.p. tra gli uomini e di 1,5 p.p. tra le donne. L'analisi per classe di età evidenzia un incremento statisticamente significativo dei consumatori di questa bevanda nella classe di età 18-64 anni per entrambi i generi (M:+3,0 p.p.; F:+2,2 p.p.) (*vedi* Figura 10).

I liquori e i superalcolici sono stati consumati, nel 2015, da quasi tredici milioni e cinquecento mila persone di età superiore a 11 anni, pari al 36,3% degli uomini e al 14,0% delle donne. La prevalenza è aumentata rispetto alla precedente rilevazione di 2,4 p.p. tra gli uomini e di 2,2 p.p. tra le donne. L'analisi per classe di età evidenzia nella classe di età degli 11-18enni, valori di prevalenza approssimabili a quelli della precedente rilevazione per entrambi i generi mentre nella classe di età 18-64 anni i valori sono aumentati rispetto allo scorso anno di 2,9 p.p. per entrambi i generi.; nella classe di età anziana, nonostante il valore di prevalenza sia più elevato rispetto a quello rilevato nel 2007, non si registrano variazioni significative nel corso dell'ultimo anno (*vedi* Figura 10).

COMPORTAMENTI A RISCHIO

Il carico di malattie legate al consumo dannoso di alcol, sia in termini di morbilità che in termini di mortalità, è notevole in molte parti del mondo e in particolare in Europa (2, 50, 51). Il consumo di alcol produce conseguenze dannose per la salute e conseguenze sociali per il bevitore, tra cui un aumento del rischio di una serie di tumori (21, 52) dell'ictus e della cirrosi epatica. L'alcol infine contribuisce alla morte e all'invalidità a causa degli incidenti, di lesioni, aggressioni, violenza, omicidi e suicidi (53), infine l'esposizione del feto all'alcol durante i mesi della gravidanza aumenta il rischio di difetti alla nascita e deficit cognitivi. Si stima che l'alcol sia la causa ogni anno di oltre 3,3 milioni di morti in tutto il mondo, e contribuisca al 5,1% del globale carico di malattia (2). Il consumo di alcol provoca infine danni a livello sociale in quanto può essere motivo di perdita di produttività lavorativa a causa dell'assenteismo e della mortalità prematura, e può essere causa delle lesioni e della morte dei non bevitori (es. a causa di incidenti stradali causati da conducenti sotto l'influenza di alcol).

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* (54) sviluppato nell'ambito del Work Package 5 della *Joint Action* RARHA, le informazioni raccolte dall'ISS nel 2014 sui Paesi che avevano già adottato linee guida o raccomandazioni sul consumo di alcol a minor rischio. Dall'analisi è emerso che l'Italia è uno dei 21 Paesi investigati in cui sono già utilizzate le linee guida differenziate per sesso (55-57).

Le linee guida, che rappresentano la traduzione dei LARN (Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia) (58), ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). In questa ottica, è necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario sopra definito, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche, UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro).

Linee guida sul consumo di alcol a basso rischio della *Joint Action* RARHA

L'alcol è in Europa il secondo fattore di rischio in termini di mortalità, morbilità e disabilità. Gli Stati Membri dell'Unione Europea (UE) hanno congiuntamente aderito nel 2006 alle priorità individuate dalla strategia comunitaria *EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm* adottata dal Parlamento europeo al fine di contrastare l'impatto alcol-correlato. Con oltre 55 milioni di adulti a maggior rischio, oltre 195.000 morti, 23 milioni di alcol-dipendenti, l'Europa è l'area geografica in cui il consumo medio di alcol è il doppio rispetto alla media mondiale. La media di 30 grammi *pro-capite* di alcol consumato al giorno in Europa è causa di 132.000 nuovi casi di cancro e di impatto in termini di mortalità, morbilità e disabilità per oltre 60 malattie con costi che, nel 2003, incidevano per l' 1,3 % sul PIL europeo (di cui 66 miliardi solo per la componente legata ai problemi alcol-correlati).

La *Joint Action* RARHA, finanziata nell'ambito del Secondo Programma di Azione Comunitaria in materia di salute, nasce come risposta alle esigenze di mobilitare gli Stati Membri e favorire la cooperazione per lo sviluppo e la condivisione di un approccio comune in linea con la Strategia Europea sull'Alcol. RARHA è stata la prima *Joint Action* europea specificamente diretta al problema dell'alcol ed è stata promossa su iniziativa dei rappresentanti degli Stati Membri coinvolti nel CNAPA, l'organismo creato dalla Commissione Europea per supportare l'implementazione della strategia.

L'ONA-ISS ha rappresentato l'Italia, su nomina governativa e mandato del Ministero della Salute, nella *Joint Action* RARHA finalizzata a sostenere la collaborazione tra gli Stati Membri al fine di migliorare la comparabilità dei dati sul consumo, il rischio e il danno alcol-correlato e favorire approcci comuni d'informazione e sensibilizzazione efficace rivolti alla popolazione. Lo stretto e continuo contatto con il CNAPA nel corso delle attività della *Joint Action*, che ha avuto funzioni di guida e indirizzo, ha assicurato l'aderenza alle esigenze dei singoli Stati Membri.

La *Joint Action* RARHA, conclusa nel dicembre 2016, ha avuto la durata di 3 anni (2014-2016); è stata coordinata dal *Service for Intervention on Addictive Behaviours and Dependencies* (SICAD) del Portogallo; ha coinvolto 30 nazioni europee (27 Stati Membri + Islanda, Norvegia e Svizzera) rappresentate da enti e istituzioni pubbliche, organizzazioni non governative (OnG) e università, affiancate da organizzazioni internazionali quali: lo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA), la WHO, il Gruppo Pompidou e l'OECD; ha avuto un totale di 32 partner associati e 28 partner collaboranti.

Allo stato attuale, la sfida principale sottolineata da tutti gli organismi internazionali del settore, è rappresentata dall'adozione di politiche che partano dalla valutazione dell'impatto alcol-correlato e dal monitoraggio epidemiologico, attività utili ad identificare azioni per la riduzione del danno alcol-correlato le cui competenze coinvolgono vari ambiti oltre a quello sanitario, quali, ad esempio, il settore della produzione, il marketing, la sicurezza stradale. Un ulteriore elemento di fondamentale importanza è attribuito all'incremento della consapevolezza sui rischi e sui danni causati dall'alcol e alle informazioni alla popolazione sulle quantità che si riscontrano associate ad un incremento del rischio individuale per favorire una scelta consapevole. Pertanto, tenendo conto delle suddette sfide principali, il progetto esecutivo RARHA ha previsto il raggiungimento di tre obiettivi principali:

1. indagine conoscitiva e il monitoraggio del consumo di alcol;
2. linee guida per la riduzione del danno alcol-correlato;
3. pacchetto di strumenti (tool-kit), esempi di buona pratica in Europa per la riduzione del danno alcol-correlato.

Per le attività del progetto relative al monitoraggio e al tool-kit si rimanda alla consultazione di documenti tecnici e pubblicazioni disponibili sul sito web RARHA (www.rarha.eu). Di seguito vengono invece sintetizzate le principali informazioni raccolte sulle linee guida del consumo di alcol a basso rischio (WP5) in Europa derivanti dalla verifica e aggiornamento delle principali basi scientifiche disponibili (mediante l'attuazione di una *survey*) e dall'opinione di esperti (mediante analisi Delphi) (55-57, 59).

Indagine conoscitiva sull'implementazione delle linee guida sul consumo di alcol

Nel maggio 2014, l'ONA-ISS ha avviato una *survey* con tutti gli Stati Membri sviluppando e sottoponendo un questionario ai rappresentati del CNAPA con richiesta di informazioni ed eventuale verifica e aggiornamento (delle informazioni provenienti dalle più importanti banche

dati) sulle linee guida o raccomandazioni esistenti relative al consumo a basso rischio nei diversi Paesi dell'UE (55).

In sintesi l'indagine conoscitiva ha evidenziato che:

- La disponibilità di linee guida nazionali (o raccomandazioni) sul consumo di alcol a basso rischio è in due Paesi esaminati su tre (21/31) (Stati Membri dell'UE, Islanda, Norvegia e Svizzera), in genere governative o emesse da organizzazioni di sanità pubblica.
- La maggior parte delle linee guida sono espresse in grammi di alcol puro al giorno da non superare, separatamente per uomini e donne. Il consumo medio giornaliero da non superare varia da 20 a 48 grammi (g) di alcol puro per gli uomini, e da 10 a 32 g per le donne (Figura 11).

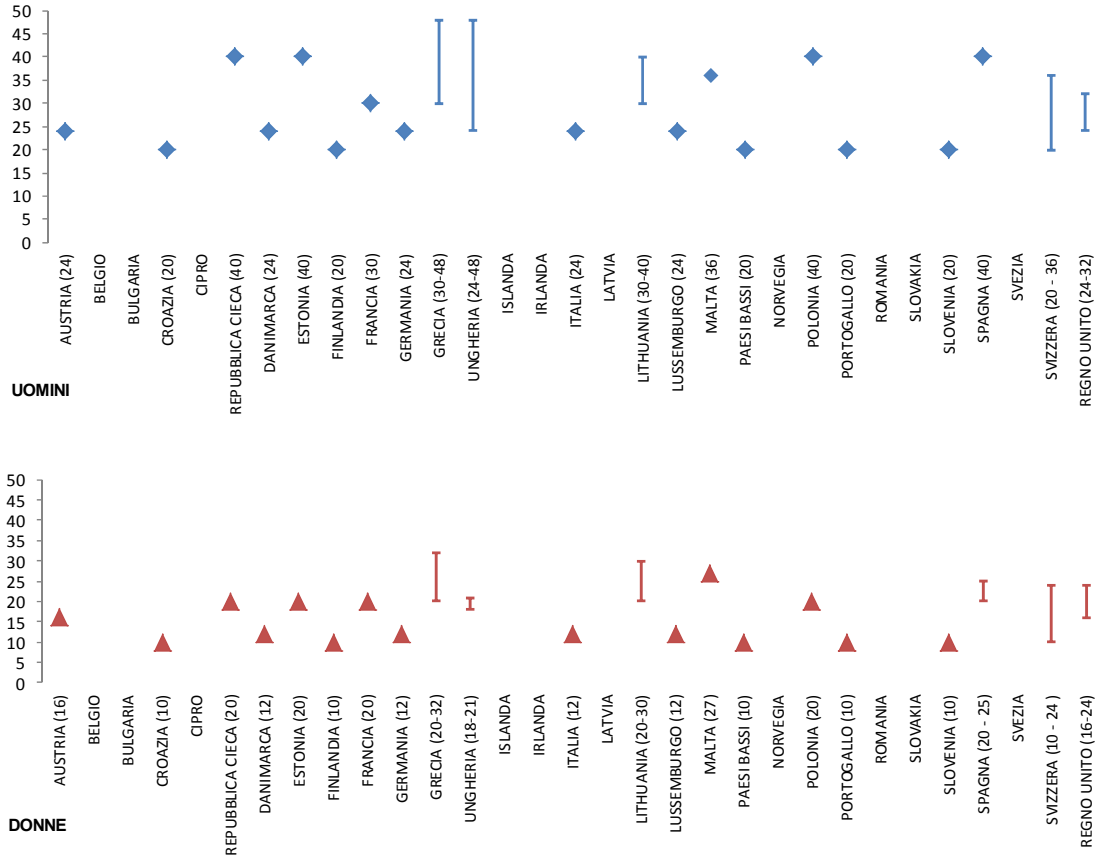


Figura 11. Livelli di assunzione media di alcol al giorno da non eccedere, espressi in grammi di alcol puro, per sesso in Europa. RARHA survey.
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol

- Nei 20 Paesi ove sono disponibili linee guida (o raccomandazioni) per evitare il consumo episodico eccessivo (*binge drinking*), i livelli massimi di consumo di alcol da non eccedere variano tra i 30 e i 84 grammi di alcol puro. Nella metà dei Paesi, tale limite è più basso nelle donne rispetto agli uomini (Figura 12).

- Rispetto ai gruppi di età, le linee guida (o raccomandazioni) per la riduzione del rischio di danno alcol-correlato nei giovani di età inferiore a 18 anni e negli anziani sono disponibili rispettivamente in 15 / 31 e in 6 / 31 Paesi che hanno partecipato all'indagine.
- Le linee guida (o raccomandazioni) nelle donne in gravidanza e allattamento che consigliano alle donne di limitare il consumo di alcol, e nella maggior parte dei casi, di astenersi completamente dall'assumere alcol sono disponibili in 25 su 31 Paesi.
- I limiti di BAC (*Blood Alcohol Concentration*) legali alla guida (cioè i livelli massimi di concentrazione di alcol nel sangue consentiti per i conducenti) sono la misura più comunemente usata per ridurre il rischio di danni alcol-correlati in Europa. In linea con le raccomandazioni della Commissione Europea, il limite di tasso alcolemico per tutti i conducenti è 0,5 g/L, o inferiore a 5 (moda = 0,5 g/L) in tutti i Paesi presi in esame nel 2014 (ad eccezione di due Stati membri dell'UE dove il limite era 0,8 g/L). Allo stesso modo, un limite inferiore è comunemente indicato per i conducenti giovani o inesperti (mode = 0,2 g/L), nonché per i conducenti professionali o commerciali (moda = 0,2 g/L).

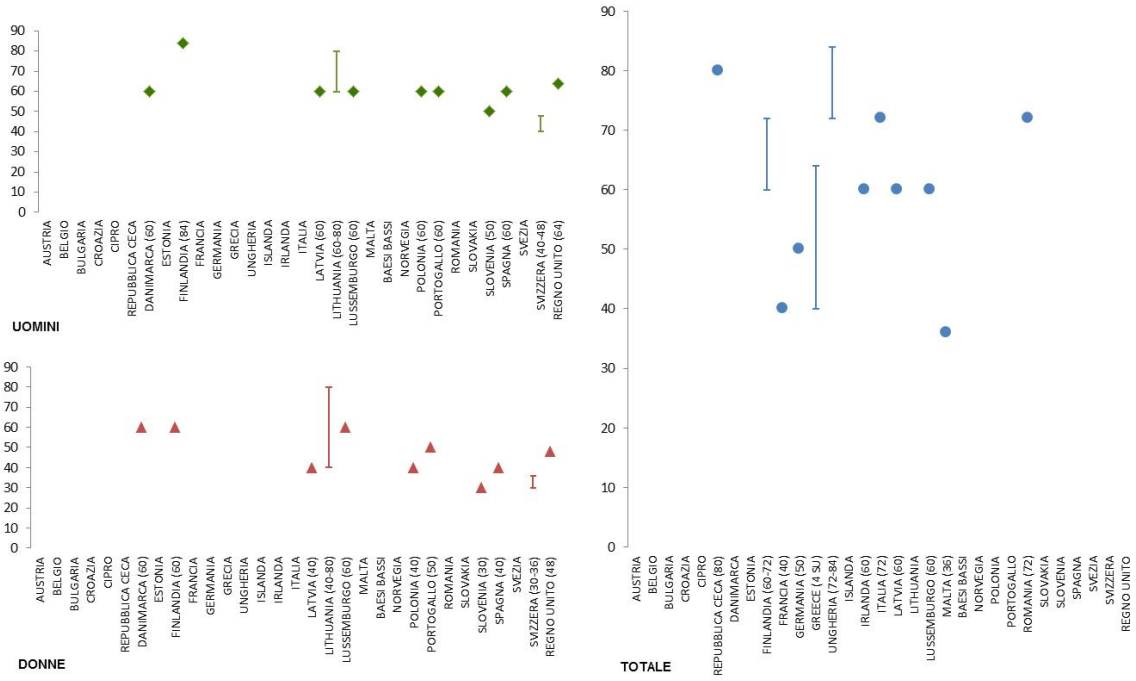


Figura 12. Livelli di assunzione massimi in Europa per il consumo episodico eccessivo - *binge drinking* (grammi di alcol puro) 2014. RARHA survey
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT, Multiscopo sulle famiglie

Opinione di esperti RARHA sul linee guida sul consumo di alcol

A completamento delle basi scientifiche raccolte è stata richiesta l'opinione di un gruppo di esperti, mediante analisi Delphi (circa 50 dell'UE dei settori della sanità pubblica e dipendenze individuati dai membri del CNAPA).

In sintesi l'opinione degli esperti che ha raggiunto il maggior consenso è la seguente:

- È importante diffondere le linee guida sul consumo a basso rischio per la popolazione in generale dal momento che, la motivazione principale, i consumatori hanno il diritto di essere informati sui rischi connessi al consumo di alcol per una scelta consapevole.
- La responsabilità della fornitura delle informazioni alla popolazione sui rischi e sui modi per ridurli spetta ai governi e alle proprie strutture di salute pubblica.
- Disporre di linee guida sul consumo di alcol a basso e alto rischio e sul consumo episodico eccessivo può contribuire, con il tempo, a favorire i cambiamenti delle modalità e attitudini di consumo nella popolazione: possono incoraggiare i consumatori ad alto rischio a ridurre il consumo, attrarre l'attenzione dei consumatori a rischio sulle abitudini del loro consumo e, per il consumo episodico eccessivo, ridurre il rischio di danni sanitari e sociali da stato di ubriachezza al bevitore stesso e a terzi.
- Le linee guida del consumo di alcol a basso rischio devono includere informazioni/ accomandazioni (*advice*) per ridurre i rischi e i danni immediati e a lungo termine.
- Le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio devono essere fornite separatamente per uomini e donne.
- Il messaggio deve essere concentrato sui rischi e non su potenziali effetti positivi dell'alcol sulla salute nella comunicazione del consumo a basso rischio.
- Il "consumo a basso rischio" non significa "assenza di rischio".
- Le linee guida sul consumo a basso rischio non sono utilizzabili per situazioni e gruppi di popolazione ad alto rischio per le quali l'opzione più sicura da comunicare è quella di non bere affatto (i minori, le donne in gravidanza, soggetti che assumono farmaci, con storia famigliare di alcol-dipendenza, con problematiche relative alla salute mentale e al consumo di sostanze, quando si è alla guida di veicoli, nell'ambiente di lavoro e per tutte le attività che richiedono concentrazione).
- L'alcol aumenta il rischio di cancro.
- L'alcol ha effetti negativi per la famiglia.
- Sono necessarie linee guida sul consumo a basso rischio per gli anziani, in particolare per aumentare la consapevolezza degli stessi sui rischi del consumo di alcol rispetto all'assunzione di farmaci, alle comorbidità e agli incidenti alcol-correlati.
- Fornire linee guida sul consumo di alcol a basso rischio per i minori di 18 anni potrebbe essere controproducente.
- Nella comunicazione del rischio nel consumo episodico eccessivo è opportuno sottolineare che il numero massimo di unità da non superare in una singola occasione non significa che il consumo al di sotto di quel livello sia sicuro; dovrà inoltre essere specificato l'arco temporale e il fatto che il consumo episodico eccessivo è dannoso come il consumo eccedentario giornaliero.
- Le bevande alcoliche devono includere etichette con informazioni sul contenuto delle bevande in particolare il contenuto di calorie delle bevande, gli additivi e coloranti eventualmente utilizzati, il contenuto di zucchero e/o di dolcificanti.
- È necessario sostenere politiche a favore delle etichette con informazioni sui rischi per la salute (*warning message*) sui contenitori delle bevande alcoliche.

Lungi dal definire livelli raccomandabili o ammissibili di consumo, il consenso degli esperti europei RARHA appare allineato alle indicazioni già prodotte dalla WHO e da numerose Società Scientifiche ribadendo l'esigenza di tutelare scelte informate e massima salvaguardia per i minori ai quali appare urgente posticipare l'avvio al consumo di alcolici anche dopo l'età minima legale e sino ai 25 anni sottolineando che l'alcol consumato prima di tale età pregiudica un normale sviluppo funzionale e cognitivo del cervello pregiudicando la maturazione in senso razionale come

acquisito dall'*Action Plan* comunitario sul bere dei giovani e sul *binge drinking* che non includa l'educazione al bere o il bere responsabile tra le misure efficaci di prevenzione per i giovani.

Le misure per migliorare il potenziale delle linee guida sul consumo, sostenute dalla maggioranza degli esperti consultati sono le seguenti:

- applicare e far rispettare il limite di 18 anni di età per la vendita e la somministrazione di qualsiasi bevanda alcolica;
- supportare, in particolare i servizi sanitari di base, nell'identificazione dei consumatori a rischio e offrire loro interventi finalizzati alla riduzione del consumo a rischio come parte della pratica clinica e fornire la formazione professionale richiesta;
- fornire informazioni utili per la salute sulle etichette delle bevande alcoliche, in particolare il loro contenuto calorico, i grammi di alcol puro contenuti in una bottiglia o altra confezione;
- richiedere che le bevande alcoliche e la pubblicità di alcolici contengano informazioni sui rischi per la salute associati al consumo di alcol.

Consumatori abituali eccedentari

I nuovi limiti, basati sulle valutazioni pubblicate nel 2014 dai nuovi LARN (58), già acquisite dal Ministero della Salute, stabiliscono che per non incorrere in problemi per la salute è consigliato non superare mai quantità di alcol definite a minor rischio (*lower-risk drinking*). Sotto i diciotto anni qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le due UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. È importante precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerare a rischio poiché la legge, per questa fascia di popolazione, vieta la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2015, il 15,1% degli uomini e il 6,5% delle donne di età superiore a undici anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.800.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M= 47,4%; F= 33,3%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (Figura 13).

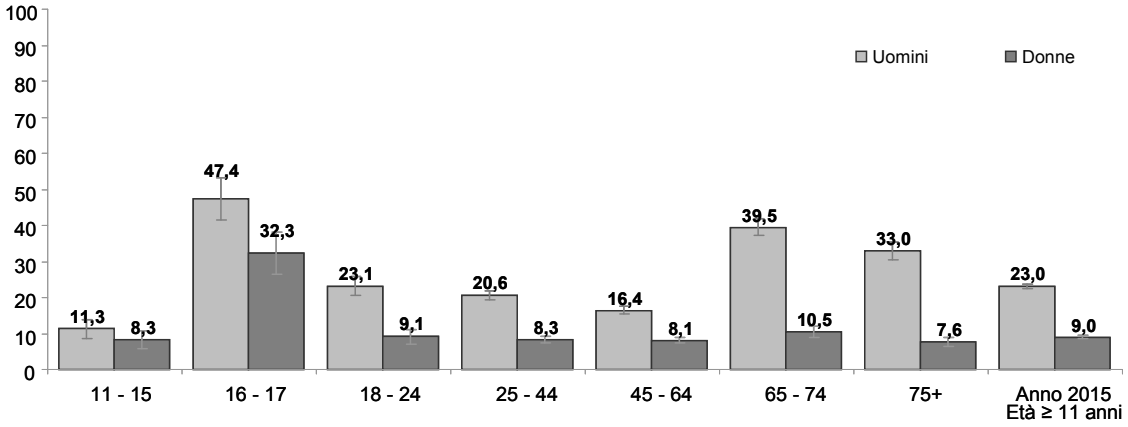


Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2015)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari condotta separatamente per uomini e donne sulla popolazione di età superiore a undici anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita tra il 2007 e il 2015.

La diminuzione è stata più consistente tra gli uomini (M= -5,4 p.p.) tra le donne sebbene però, nel corso degli ultimi anni non si sono rilevate differenze significative indipendentemente dal genere dell'interessato (Figura 14).

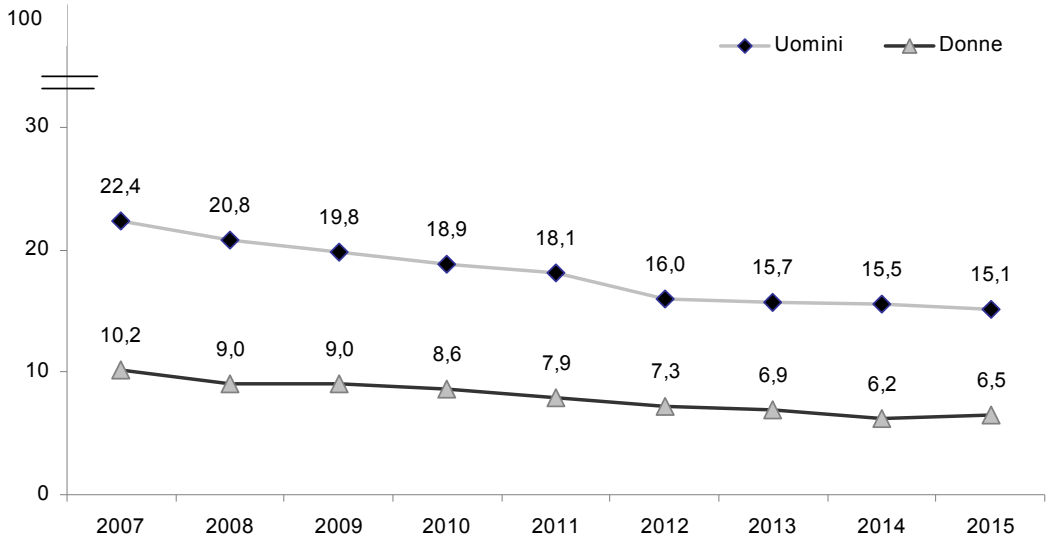


Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2007-2015)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2015 il 38,9% degli uomini e il 17,7% delle donne, pari a circa quindici milioni persone di età superiore a 11 anni (Figura 15). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=52,9% e 25-44=52,5%); tra le donne i valori massimi sono nella classe di età 18-24 anni (40,2%); per entrambi i sessi, oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente.

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (18-24=52,9% e 25-44=52,5%); tra le donne i valori massimi sono nella classe di età 18-24 anni (40,2%); per entrambi i sessi, oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente.

Le classi di età con percentuali più basse sono quelle al di sotto dei 16 anni per entrambi i sessi pasti (M=3,9% F=2,8%), a cui si aggiunge quella delle ultra 75enni per le donne. Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età ad eccezione di quelle al di sotto dei 17enni per i quali invece non le differenze non risultano significative (Figura 15).

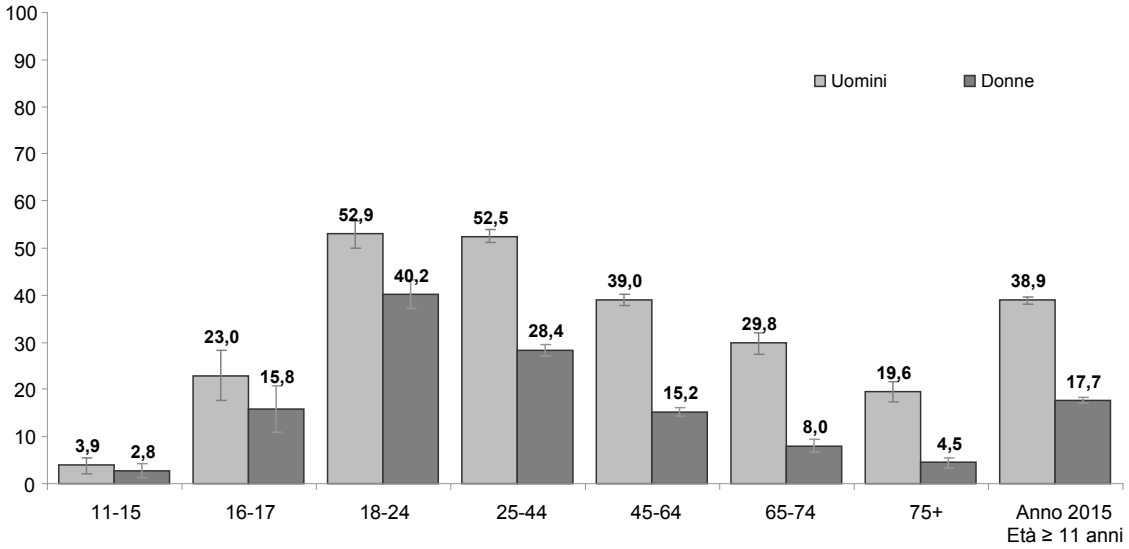


Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2015)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che tra gli uomini, rispetto all'anno 2007, la prevalenza dei consumatori fuori pasto ha subito delle oscillazioni ed è aumentata rispetto al 2013; tra le donne si registra nel corso degli anni un incremento della prevalenza delle consumatrici fuori pasto e in particolare, nel corso dell'ultimo anno, la prevalenza è aumentata di 1,2 p.p.; tra le donne l'incremento risulta statisticamente significativo anche nella classe di età 25-44 anni (Figura 16).

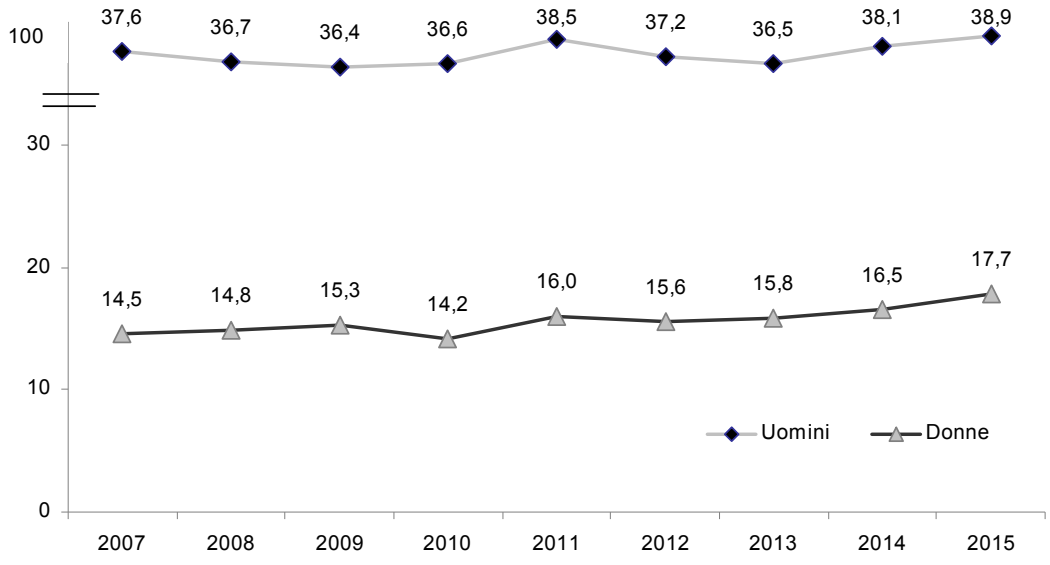


Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori (≥14 anni) di vino o alcolici fuori pasto (2007-2015)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori *binge drinking*

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

Il fenomeno, vista la diffusione in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea, compresa l'Italia, ha portato allo sviluppo di una strategia comunitaria denominata *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking*) *(2014-2016)* (60) che si concluderà il questo anno e che identifica sei aree su cui è necessario intervenire per contrastare il consumo eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani. Nel documento una particolare enfasi è posta sulla necessità di ridurre gli episodi di *binge drinking*, l'accessibilità e la disponibilità di bevande alcoliche, l'esposizione alle pubblicità e al marketing legato all'alcol, di ridurre i danni causati dall'assunzione di bevande alcoliche in gravidanza, di garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani, e infine di migliorare le attività di ricerca e monitoraggio sul tema.

Dal 2003 l'ISTAT in accordo con l'ISS ha introdotto nel questionario dell'indagine Multiscopo sulle famiglie una domanda specifica per monitorare il consumo occasionale di sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione, al fine di monitorare ogni anno l'andamento della prevalenza dei consumatori *binge drinking* nella popolazione.

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 nella popolazione, nel 2015 è stata pari a 10,8% tra gli uomini e 3,1% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica oltre 3.700.000 *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione (Figura 17).

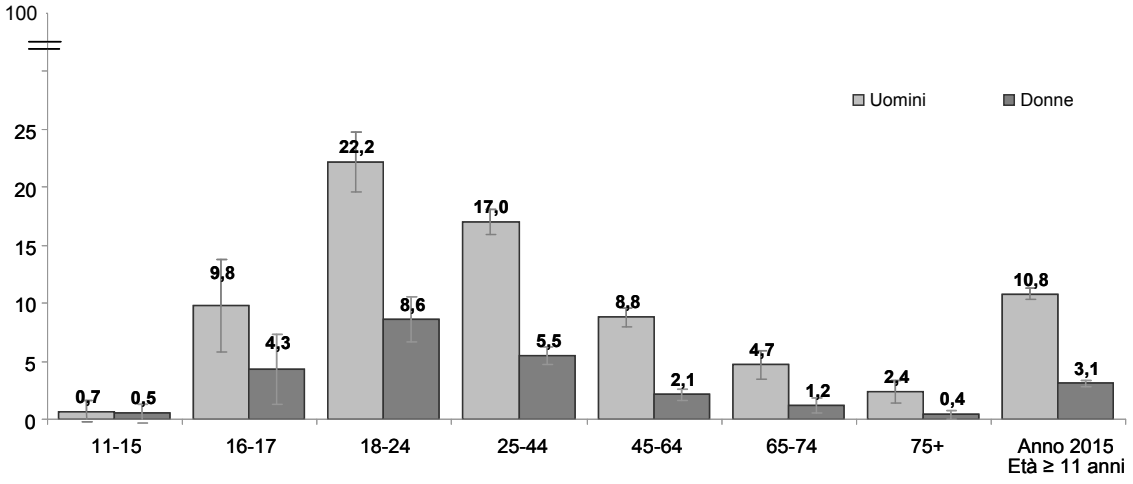


Figura 17. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2015)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,2%; F=8,6%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione degli adolescenti, ossia quella fascia di popolazione per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età.

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* condotta, separatamente per maschi e donne sulla popolazione di età superiore a 11 anni, mostra che rispetto al 2003 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita tra gli uomini mentre si è mantenuta pressoché stabile tra le donne. Rispetto alla precedente rilevazione tuttavia si registra un incremento della prevalenza dei *binge drinker* sia tra gli uomini (+0,8 p.p.) che tra le donne (+0,6 p.p.), in particolare nella classe di età dei 25-44enni (Figura 18).

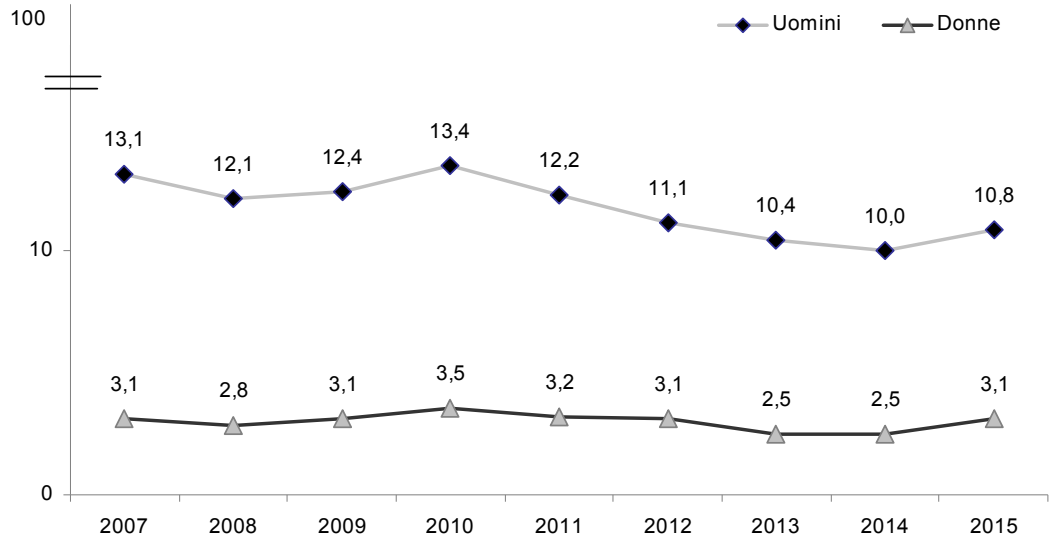


Figura 18. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) *binge drinking* per genere (2003; 2005-2015)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori a rischio (criterio ISS)

Ad oggi tutte le strategie comunitarie e i Piani di Azione della WHO (61-64) ribadiscono che non si può parlare, in una prospettiva di salute pubblica, di soglie, di livelli raccomandabili o "sicuri", dal momento che non è possibile, sulla base delle conoscenze attuali, identificare quantità di consumo alcolico non pregiudiziali per la salute e la sicurezza. Sono, infatti, molteplici i parametri da prendere in considerazione per una corretta valutazione dei rischi: le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo ai pasti, la capacità di metabolizzare l'alcol in relazione al sesso e all'età, le controindicazioni al consumo di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci e la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

L'ONA-ISS tenendo conto anche delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcologia (SIA), e dei nuovi LARN (58) ha costruito un indicatore di sintesi, coerente e

aggiornato, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale, quotidiano eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*.

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

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2015 del 23% per uomini e del 9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.500.000 individui (M=6.000.000, F=2.500.000) che nel 2015 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (Figura 19).

L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazioni più a rischio per entrambi i generi è quelle dei 16-17enni (M=47,4%, F=32,3%), che non dovrebbero consumare bevande alcoliche e dei "giovani anziani", cioè i 65-74enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 750.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono consumatori a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, persone quindi che non sono identificate precocemente e sensibilizzate sul loro consumo non conforme alle raccomandazioni di sanità pubblica.

Le quote percentuali di consumatori a rischio di sesso maschile sono superiori a quelle delle donne per tutte le classi di età, ad eccezione di quella dei minorenni, dove invece le differenze non raggiungono la significatività statistica (Figura 19).

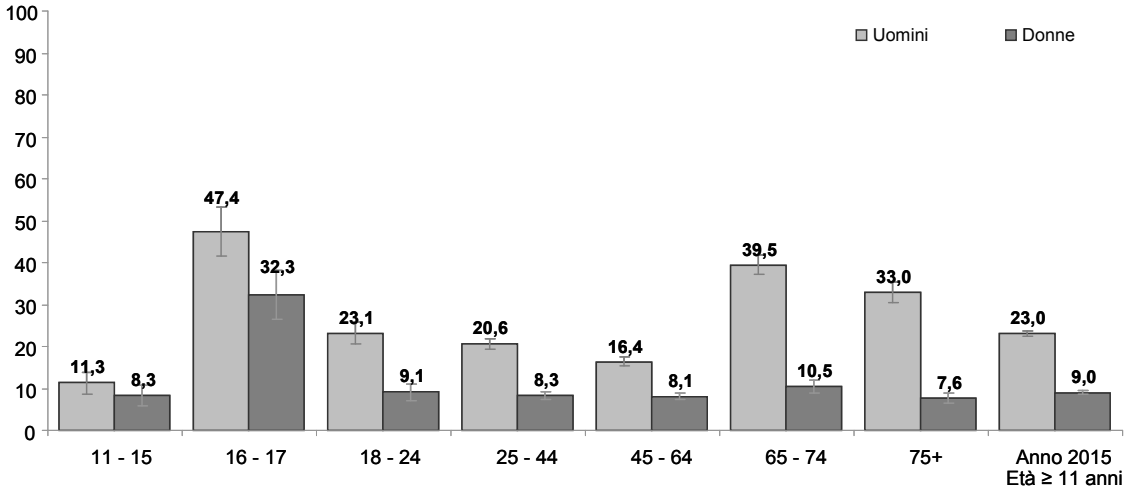


Figura 19. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2015)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi otto anni si è registrata una progressiva diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore a 11 anni per entrambi i

sessi sebbene nel corso dell'ultimo anno tra le donne si è assistito ad un incremento delle consumatrici a rischio che sono passate da 8,2% a 9% (Figura 20).

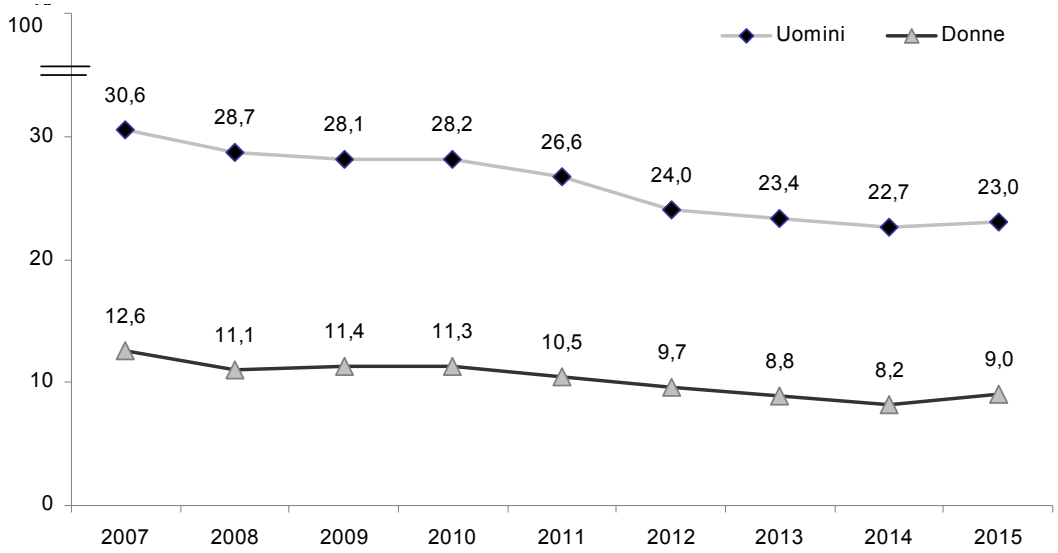


Figura 20. Prevalenza (%) di consumatori (≥11 anni) a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2015)

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 e dal Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) (65) grande importanza assume il "monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi alcol correlati". In linea con questa premessa, ogni regione ha il compito di orientarsi alla realizzazione di un Piano Regionale di Monitoraggio su Alcol e Salute per analizzare l'andamento del fenomeno, sia sotto il profilo delle azioni di contrasto, che dell'implementazione del PNAS; per sostenere le Regioni e a seguito dell'inserimento nel Piano Statistico Nazionale 2011-2013, 2014-2016 e approvata anche per gli anni 2017-2019 della statistica derivata ISS-00034 (48) "Monitoraggio dell'Impatto del consumo di Alcol sulla salute in Italia in supporto all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute (MIA-PNAS)", il Ministero della Salute ha approvato un progetto CCM denominato SISMA, finalizzato allo sviluppo di un sistema standardizzato di monitoraggio in grado di fornire indicazioni regionali fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione. I risultati del sistema di monitoraggio, disponibile sul sito www.epicentro.iss.it/alcol, hanno permesso un'analisi dell'andamento temporale degli indicatori di monitoraggio in tutte le regioni e le provincie autonome e sono di seguito riportate per macroarea di riferimento.

Italia nord-occidentale

Nell'anno 2015 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,9% tra gli uomini e al 55,9% tra le donne. Nel corso degli ultimi anni la prevalenza dei consumatori è diminuita sia per gli uomini che per le donne ma nel corso dell'ultimo anno i valori sono aumentati in maniera statisticamente significativa di +2,1 punti percentuali (p.p.) tra gli uomini e di +3,2 p.p. tra le donne. Tra il 2014 e il 2015 l'analisi dei consumatori delle singole bevande alcoliche ha evidenziato incrementi significativi dei consumatori di vino pari a +2,9 p.p. per gli uomini e di +3,0 p.p. tra le donne; dei consumatori di birra di sesso maschile pari a 2,7; dei consumatori di aperitivi alcolici pari a +2,6 p.p. per gli uomini e di +3,8 p.p. tra le donne; dei consumatori di amari pari a +2,7 p.p. per gli uomini e di +2,2 p.p. tra le donne e infine delle consumatrici di super alcolici pari a +3,4 p.p.. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia in quest'area geografica una prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto e dei consumatori a rischio (criterio ISS) superiore alla media nazionale per entrambi i sessi e delle consumatrici *binge drinking* di sesso femminile ma non si rilevano variazioni significative rispetto al 2014 (Tabella 2-3).

Piemonte

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2105 è stata del 55,9% tra le donne e del 78,9% tra gli uomini e in quest'ultimo caso il valore rispetto al 2014 è aumentato di +4,1 p.p.. L'analisi delle diverse tipologie di bevande consumate mostra che la percentuale di consumatori e consumatrici di vino è superiore al valore medio nazionale. Tra gli uomini si registra un incremento delle prevalenze dei consumatori di birra (+5,8 p.p.), di aperitivi alcolici (+5 p.p.) e di amari (+4,2 p.p.).

Tabella 2. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2015)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	vino		birra		aperitivi alcolici		amari		super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	**67,3↗**	**44,3↗**	**60,6↗**	**32,6**	**45,0↗**	**27,2↗**	**37,6↗**	**15,4 ↗**	**36,4**	**16,5↗**
Piemonte	69,5	43,6	62,7↗	33,6	45,4↗	25,4	39,5↗	15,2	37,0	13,7
Valle d'Aosta	68,4	43,3	65,3	35,3	51,7	33,1	36,7	14,7	39,7	17,9
Lombardia	66,8	44,7↗	60,0	32,0	45,0	27,8↗	**37,3**	15,7↗	36,0	17,6↗
Liguria	64,2	43,7	58,0	33,4	43,5	27,5	34,7	14,5	36,7	17,1
Italia nord-orientale	**68,9**	**47,6↗**	**62,5**	**36,3**	**47,6↗**	**28,9↗**	**38,3↗**	**16,6↗**	**41,1↗**	**17,9↗**
PA Bolzano	66,0	45,9	67,5	34,1	46,0	38,9	38,4	**30,1**	44,5	**26,8**
PA Trento	**58,9↘**	37,2	64,3	37,6	43,2	30,4	**30,0**	14,3	35,1	15,4
Veneto	66,9	48,0↗	60,6	35,6	48,5	29,1	38,9↗	16,5	40,4↗	16,8↗
Friuli-Venezia Giulia	68,1	44,0	66,1	39,1	47,3	26,5	**37,1**	15,8	39,1	17,4
Emilia Romagna	72,8	49,6	62,8	36,5	47,4↗	28,0↗	38,9↗	15,6	42,7↗	18,5↗
Italia centrale	**66,9↗**	**41,1↗**	**60,9**	**33,4**	**43,3**	**23,6↗**	**39,5↗**	**13,7↗**	**38,9↗**	**14,1↗**
Toscana	71,6↗	45,6	64,3↗	36,1↗	43,7	25,0	37,9↗	12,4↗	41,1↗	16,0↗
Umbria	65,9	47,7	57,6	34,0	41,3	24,8	37,8	13,6	36,4	14,1
Marche	70,6	45,8	62,6	34,0	45,0↗	24,8	37,3	12,0	40,0	14,2
Lazio	63,0	**35,9**	58,9	31,5	42,9	22,2	41,4	15,1	37,6	13,0
Italia meridionale	**63,3**	**31,3**	**61,8**	**29,1**	**40,4**	**17,6**	**46,3**	**16,3**	**32,1**	**9,9**
Abruzzo	70,6↗	43,5↗	67,3	36,1↗	47,1	22,1	43,9	14,8	31,9	11,4
Molise	66,8	29,6	63,6	25,9	46,4	21,0	46,3	14,1	34,8	9,8
Campania	63,2	28,9	59,3	25,6	41,0	16,5	44,7	16,1	32,0	9,9
Puglia	60,2	30,5	62,0	30,5	35,4	17,1	48,6	16,9	32,3	9,2
Basilicata	64,9	29,1	59,3	26,8↗	36,8	17,3	37,6	13,9	28,0	7,5
Calabria	64,1	32,5	65,5	33,0	44,7	18,7	50,1	17,7	33,2	11,2
Italia insulare	**59,9**	**28,4**	**60,7**	**30,5**	**39,7**	**19,5**	**42,0**	**14,7**	**32,4**	**9,9**
Sicilia	57,6	27,8	59,0	30,2	39,4	19,2	43,4	14,8	30,6	8,5
Sardegna	66,9	30,1	65,6	31,1	40,7	20,4	37,9	14,4	37,8	14,5
Italia	***65,8↗***	***39,5↗***	***61,3↗***	***32,4↗***	***43,5↗***	***23,7↗***	***40,6↗***	***15,4↗***	***36,3↗***	***14,0↗***

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2014
↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2014

MINIMO NAZIONALE | Inferiore alla media nazionale | Superiore alla media nazionale | MASSIMO NAZIONALE

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

Tabella 3. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2015)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		*binge drinker*		a rischio (criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	**78,9↗**	**55,9↗**	**16,4**	**6,9**	**42,9**	**22,5**	**12,1**	**4,6**	**25,4**	**10,4**
Piemonte	81,4↗	56,3	17,3	6,2	43,1↗	21,8	14,9	4,9	27,7	10,3
Valle d'Aosta	79,9	56,1	20,2	7,4	52,7	30,9	18,9	6,3	32,8	12,7
Lombardia	78,5	55,7	16,3	7,2	43,8	22,9↗	11,4	4,6	25,1	10,4
Liguria	74,9	55,9	14,6	7,1	36,0	21,1	8,5	3,6↗	20,6	10,1
Italia nord-orientale	**79,4**	**59,5↗**	**16,7**	**8,4**	**49,4**	**24,8**	**14,2**	**3,6**	**27,4**	**11,4**
PA Bolzano	80,5	**65,3**	12,4	5,9	**61,3**	**36,1**	**25,6**	6,7	33,4	11,9↘
PA Trento	76,0	55,6	15,3	6,3	56,1	28,2	16,1	3,5	27,6	9,5
Veneto	77,9	59,6↗	17,5	8,5	49,8	25,3	13,6	3,6	27,9	11,4
Friuli-Venezia Giulia	80,1	57,1↘	16,4	8,8	55,7	25,4	18,1	4,5	31,3	12,2
Emilia Romagna	81,2	60,0↗	16,5	8,7	45,1↗	22,4	12,2↗	3,0	25,0	11,3
Italia centrale	**78,4↗**	**52,6**	**15,8**	**7,4**	**34,6**	**16,1**	**8,3**	**2,7**	**21,8**	**9,4**
Toscana	81,8↗	57,5↗	18,2	9,5	38,8	19,0	9,7	3,0	25,3	11,6
Umbria	76,8	58,1	14,5	7,9	33,2	17,0	8,4	3,4	20,6	10,8
Marche	80,8↗	54,1	16,6	7,8	39,0	17,2	11,6↗	3,6	25,8↗	11,0
Lazio	75,7	48,2	14,3	5,8	31,0	13,8	6,5	2,2	18,6	7,4
Italia meridionale	**76,9**	**44,8**	**13,6**	**5,2**	**31,4**	**10,6**	**8,5**	**1,6**	**19,4**	**6,4**
Abruzzo	81,8	53,8↗	16,1	5,1	42,8	16,7	11,9	1,9	24,4	7,0
Molise	78,6	43,4	16,7	4,9	45,1	13,9	16,4	2,8	27,9	7,3
Campania	74,4	41,3	11,9	4,5	28,3	8,8	6,1	1,3	15,1	5,4
Puglia	77,5	46,4	15,4	6,4	28,5	10,8	7,1	1,5	21,0	7,5
Basilicata	78,9	43,0	17,2	4,5	33,2	11,1	12,0	0,9	25,4	5,4
Calabria	78,6	46,5	11,6	4,8	35,8	10,7	13,6	2,5	22,1	6,7
Italia insulare	***73,9***	***43,7***	***10,6***	***3,7***	***34,3***	***12,2***	***11,5***	***2,9***	***19,4***	***6,1***
Sicilia	72,2	43,2	8,6	3,4	29,1	10,2	8,6	2,1	15,5	5,2
Sardegna	79,2	45,2	16,5	4,6	49,7	18,2	20,1	5,4	30,8	8,8
Italia	***77,9↗***	***52,0↗***	***15,1***	***6,5***	***38,9***	***17,7↗***	***10,8***	***3,1↗***	***23,0***	***9,0↗***

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2014
↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2014

MINIMO NAZIONALE | Inferiore alla media nazionale | Superiore alla media nazionale | MASSIMO NAZIONALE

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

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori superiori alla media nazionale della prevalenza dei *binge drinker* e dei consumatori fuori pasto, e in quest'ultimo caso il valore è aumentato negli uomini, rispetto al 2014, di +6 p.p.. Tra gli uomini inoltre risultano superiori alla media nazionale le percentuali di consumatori abituali eccedentari e di consumatori a rischio per il criterio ISS (*vedi* Tabella 2-3).

Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata dell'79,9% tra gli uomini e 56,1% tra le donne, per queste ultime con un valore superiore alla media nazionale. Per entrambi i generi si rilevano valori superiori alla media nazionale dei consumatori di aperitivi alcolici e, solo per le donne delle consumatrici di super alcolici.

Analizzando le modalità di consumo delle bevande alcoliche si evince che sono al di sopra della media nazionale, per entrambi i generi, i valori delle prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei *binge drinker* e di quelli a rischio, oltre alla prevalenza dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile (*vedi* Tabella 2-3).

Lombardia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata del 78,5% tra gli uomini e 55,7% tra le donne, valore per queste ultime superiore alla media nazionale .Tra gli uomini, come già evidenziato nella precedente rilevazione, risulta inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari mentre tra le donne sono aumentate le prevalenze delle consumatrici di amari (+3,4 p.p.), di aperitivi alcolici (+4,4 p.p.) e di super alcolici (+4,7 p.p.) e per le ultime due bevande (aperitivi alcolici e super alcolici) i valori di prevalenza risultano superiori al valore medio nazionale.

L'analisi comportamenti a rischio mostra valori al di sopra della media nazionale della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche lontane dai pasto per entrambi i generi; tra le donne il valore è aumentato di +3,6 p.p. rispetto alla precedente rilevazione e si registra un valore superiore alla media anche della prevalenza di consumatrici *binge drinker* (*vedi* Tabella 2-3).

Liguria

I consumatori di sesso maschile di almeno una bevanda alcolica e delle diverse tipologie di bevande nel 2015 sono rimasti pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione e per tutte le bevande considerate non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alla media nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra un dato di prevalenza superiore alla media nazionale delle consumatrici fuori pasto e viceversa un valore inferiore alla media degli uomini *binge drinker*. La prevalenza delle consumatrici *binge drinker* è inoltre aumentata rispetto alla precedente rilevazione di +2,1 p.p. (*vedi* Tabella 2-3).

Italia nord-orientale

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

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata pari al 79,4% tra gli uomini e al 59,5% tra le donne e per queste ultime, il valore è il più elevato di tutte le realtà territoriali ed è aumentato di +3,2 p.p. rispetto al 2014. Le prevalenza delle consumatrici di vino e di birra tra le donne e dei consumatori di aperitivi alcolici tra gli uomini, sono le più alte rispetto a tutte le altre realtà territoriali. La prevalenza dei consumatori di vino e di super alcolici tra gli uomini e degli aperitivi alcolici tra le donne sono comunque superiori alla media nazionale. Rispetto al 2014, per entrambi i generi si registra un incremento dei consumatori di aperitivi alcolici (M:+5 p.p.; F:+2,5 p.p.), di amari (M:+4,7 p.p.; F:+2,1 p.p.) e di super alcolici (M:+5,9 p.p.; F:+3,2 p.p.) e delle consumatrici di vino, come già evidenziato lo scorso anno (+2,7 p.p.).

L'analisi dei comportamenti a rischio in questa area geografica mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto per entrambe i generi e dei *binge drinker* tra i soli uomini è la più elevata di tutte le realtà territoriali; complessivamente i consumatori a rischio per il criterio identificato dall'ISS sono superiori alla media nazionale per entrambi i generi. Per tutti gli indicatori di rischio considerati, non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabella 2-3).

Provincia Autonoma di Bolzano

Per il quarto anno consecutivo la prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica è nel 2015 la più elevata di tutte le regioni italiane (65,3%) così come quella delle consumatrici di amari (30,1%) e superalcolici (26,8%); sempre tra le donne risultano inoltre superiori alla media nazionale le prevalenze di consumatrici di vino e aperitivi alcolici. Tra gli uomini la prevalenza di consumatori di birra e superalcolici è più elevata della media nazionale.

I dati sulle abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano che in questa Provincia Autonoma si registrano, per entrambi i sessi, i valori più elevati di tutte le altre realtà territoriali della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto (M=61,3%; F=36,1%) e dei consumatori uomini in modalità *binge drinking* (25,6%); sono inoltre superiori alla media nazionale i valori di prevalenza dei consumatori a rischio per entrambi i generi e delle consumatrici in modalità *binge drinking* (6,7%). Non si registrano infine variazioni percentuali significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze delle diverse bevande alcoliche e delle abitudini di consumo ad eccezione delle consumatrici a rischio di sesso femminile che sono diminuite di -6,3 p.p. (*vedi* Tabella 2-3).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è pari a 76,0% tra gli uomini e 55,6% tra le donne ed è rimasta pressoché stabile rispetto alla precedente rilevazione; tra le donne tale valore è superiore alla media italiana così come per la prevalenza di birra e aperitivi alcolici; tra gli uomini il dato di prevalenza di amari è invece inferiore alla media nazionale.

L'analisi della modalità di consumo delle bevande evidenzia che le prevalenze degli indicatori considerati sono tutti superiori alle media nazionale tra gli uomini così come è superiore alla media nazionale la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (*vedi* Tabella 2-3).

Veneto

La prevalenza delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica nel 2014 è aumentata di +5,4 p.p. ed è superiore a quello medio nazionale (59,6%). Sono inoltre superiori alla media italiana sia per gli uomini che per le donne le prevalenze di consumatori di aperitivi alcolici (M=48,5%; F=29,1%) e la prevalenza dei consumatori di super alcolici (M=40,4%; F=16,8%) e questi ultimi, i super alcolici, aumentati rispetto al 2014 di +6,1 p.p. e +3,6 p.p. rispettivamente. Tra le donne sono superiori alla media nazionale la prevalenze delle consumatrici di birra e di vino, quest'ultima aumentate di 6,3 p.p. rispetto allo scorso anno. Tra gli uomini infine si registra un incremento di+6 p.p. dei consumatori di amari, sebbene il dato rimanga in linea con quello nazionale.

Nel 2015 i valori degli indicatori riguardanti i consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio (criterio ISS) sono superiori alla media nazionale per entrambi i generi, così come la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e degli uomini *binge drinker* (*vedi* Tabella 2-3).

Friuli-Venezia Giulia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 in Friuli Venezia Giulia è pari all' 80,1% degli uomini, 57,1% delle donne; sebbene il dato si mantiene superiore al nazionale, tra le donne si registra una diminuzione 5,5 p.p.. Sono superiori alla media nazionale, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di birra, aperitivi alcolici negli uomini, vino e super alcolici nelle donne. Il dato del consumo di amari per gli uomini è invece inferiore alla media nazionale. Nel 2015 i valori degli indicatori relativi ai consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio (criterio ISS) sono superiori alla media nazionale per entrambi i generi, così come la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e dei consumatori *binge drinking* tra gli uomini (*vedi* Tabella 2-3).

Emilia Romagna

Nel 2015 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata superiore alla medio nazionale per entrambi i generi e pari a 81,2% tra gli uomini e del 60,0% tra le donne, per queste ultime inoltre si registra un incremento rispetto al 2014 pari a +4,7 p.p.. Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale, così come di aperitivi alcolici e super alcolici ed è superiore alla media nazionale quella delle donne che consumano birra. Si registrano incrementi statisticamente significativi sia tra gli uomini che tra le donne dei consumatori di aperitivi alcolici (M:+9,8 p.p.; F:+6,3% p.p., di super alcolici (M:+8,2 p.p.; F:+4,0 p.p.), e tra gli uomini un incremento dei consumatori di amari pari a +5,8 p.p..

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i generi, valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto, delle consumatrici abituali eccedentarie e delle consumatrici a rischio. Per gli uomini si rileva un incremento statisticamente significativo dei consumatori in modalità *binge drinking* (+4,4 p.p.) e dei consumatori fuori pasto (+6,1 p.p.) (*vedi* Tabella 2-3).

Italia centrale

Nel 2015 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 78,4% tra gli uomini e al 52,6% tra le donne e rispetto all'anno 2014 si rileva un incremento dei consumatori di almeno una bevanda alcolica di sesso maschile pari a +3,1 p.p.. La prevalenza dei consumatori di vino è aumentata rispetto al 2014 di +2,9 p.p. tra gli uomini e 2,8 p.p. tra le donne, così come quella di amari (M:+3,1 p.p.; F:+2,9 p.p.), di super alcolici (M:+5,0 p.p.; F:+3,1 p.p.) e di aperitivi alcolici per le sole donne (+2,4 p.p.). Per tutte le bevande considerate, la prevalenza è in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quella relativa alla birra e agli amari tra le donne che risultano invece inferiori. L'unico valore che risulta al di sopra della media nazionale è la prevalenza dei consumatori di super alcolici per gli uomini.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che per entrambi i generi, gli indicatori sono rimasti pressoché stabili rispetto alla precedente rilevazione e che, nell'Italia centrale le prevalenze dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto, per entrambi i generi, e *binge drinker* per i soli uomini, sono statisticamente inferiori alla media nazionale (*vedi* Tabella 2-3).

Toscana

Nel 2015 la prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è risultata superiore alla media nazionale sia tra gli uomini (81,8%) che tra le donne (57,5%) e risulta aumentata rispettivamente di +7,8 p.p. e +6,1 p.p. rispetto al 2014. Rispetto alla tipologia delle bevande, al di sopra della media nazionale sono le prevalenze di consumatori di vino per entrambi i generi, di consumatrici di birra e di consumatori di super alcolici. Per entrambi i generi sono aumentate le prevalenze dei consumatori di birra (M:+8,1 p.p.; F:+4,9 p.p.) di amari (M:+9,7 p.p.; F:+4,3 p.p.) e di super alcolici (M:+8,1 p.p.; F:+5,3 p.p.).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che in Toscana sono superiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari in entrambi i generi, e la prevalenza delle consumatrici a rischio (*vedi* Tabella 2-3).

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è pari a 76,8% tra gli uomini e a 58,1% tra le donne, e solo per queste ultime il valore è superiore a quello medio nazionale. Le prevalenze dei consumatori delle singole bevande alcoliche risultano in linea con il dato nazionale ad eccezione dei consumatori uomini di birra per i quali si registra un valore al di sotto della media nazionale e delle consumatrici di vino per le quali è superiore alla media nazionale.

Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio considerati, sono in linea con il dato medio nazionale ad eccezione di quello relativo alla prevalenza degli uomini che consumano lontano dai pasti o che praticano il *binge drinking*, che invece sono più bassi (*vedi* Tabella 2-3).

Marche

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 80,8% tra gli uomini e al 54,1% tra le donne; per gli uomini il valore è aumentato rispetto alla precedente rilevazione

di +5,3 p.p. e risulta superiore alla media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori e consumatrici di tutte le bevande considerate sono in linea con la media nazionale ad eccezione del vino che per entrambi i generi è superiore alla media nazionale, degli amari per le donne, che risulta più basso, dei super alcolici per gli uomini più alto. Unico incremento significativo rispetto al 2014 si registra tra gli uomini che consumano aperitivi alcolici (+7,5 p.p.).

Gli indicatori riguardanti i comportamenti a rischio sono in linea con il dato nazionale, ma rispetto al 2014 si rileva un incremento tra gli uomini dei consumatori *binge drinker* (+5,4 p.p.) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (5,2 p.p.) (*vedi* Tabella 2-3).

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile nel 2015 ed è stata pari al 75,7% tra gli uomini e al 48,2% tra le donne e per entrambi i generi i valori risultano inferiori alla media nazionale. I valori di prevalenza delle diverse bevande considerate sono tutti in linea con la media nazionale ad eccezione del vino per le donne e della birra per gli uomini che risultano più bassi rispetto alla media nazionale.

La prevalenza di consumatori fuori pasto per entrambi i generi, quella dei consumatori *binge drinking* e a rischio per i soli uomini sono inferiori alla media nazionale (*vedi* Tabella 2-3).

Italia meridionale

Nel 2015 nell'Italia meridionale, le percentuali di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini sono pari al 76,9% e in linea con il dato medio nazionale, e tra le donne 44,8%, dato inferiore alla media. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici, per entrambi i generi, sono inferiori alla media nazionale; per i soli uomini, come già segnalato lo scorso anno, si registra invece il valore più elevato rispetto a tutte le altre realtà regionali dei consumatori di amari (quasi un uomo su due ha dichiarato di averne consumato).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, tutti i valori degli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sono inferiori al dato medio nazionale e in particolare la prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile e delle consumatrici *binge drinking* sono i più bassi di tutte le realtà territoriali analizzate. Tra il 2014 e il 2015 non si rilevano variazioni significative né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi* Tabella 2-3).

Abruzzo

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini è superiore alla media nazionale (81,8%), tra le donne non è superiore alla media nazionale ma è aumentata rispetto al 2014 di +8,0 p.p.. Per gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e di amari, mentre risulta inferiore alla media la prevalenza dei consumatori di super alcolici. Tra le donne, sono superiori alla media nazionale i valori di prevalenza delle consumatrici di vino e birra mentre, come per gli uomini, è inferiore alla media la prevalenza dei consumatrici di super alcolici. Rispetto alla precedente rilevazione sono aumentate le prevalenze dei consumatori e consumatrici di vino (M:+5,8 p.p.; F:+10,9 p.p.) e, per le sole donne la prevalenza delle consumatrici di birra (+6,2 p.p.).

Tutti gli indicatori che si riferiscono ai comportamenti a rischio non mostrano differenze statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori fuori pasto è superiore alla media nazionale mentre tra le donne sono al di sotto della media le prevalenze delle consumatrici *binge drinking* e a rischio (criterio ISS) (*vedi* Tabella 2-3).

Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 78,6% tra gli uomini e al 43,4 % tra le donne, per queste ultime, inferiore alla media nazionale. Analizzando le singole bevande si evince che le prevalenze delle consumatrici di vino, birra e super alcolici sono inferiori alla media italiana, mentre tra gli uomini risulta superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari.

Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori fuori pasto, *binge drinking* e dei consumatori a rischio sono superiori alla media nazionale, tra le donne i valori risultano in linea con quello nazionale ad eccezione delle consumatrici fuori pasto che risulta invece inferiore rispetto alla media nazionale. Per nessun indicatore si evidenziano variazioni rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabella 2-3).

Campania

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica, è inferiore alla media nazionale sia per gli uomini (74,4%) che per le donne (41,3%) . L'analisi delle bevande alcoliche evidenzia che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di birra e super alcolici sono inferiori alla media nazionale, così come per le sole donne, le prevalenza delle consumatrici di vino e aperitivi alcolici; unico valore al di sopra della media nazionale si rileva tra i consumatori di amari di sesso maschile. Per entrambi i generi tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale (*vedi* Tabella 2-3).

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è pari a 77,5% tra gli uomini e 46,4% tra le donne. Per entrambe i generi sono inferiori alla media italiana i valori della prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici; l'unico valore superiore a quello medio nazionale è per i consumatori di amari di sesso maschile (48,6%) come già rilevato nelle ultime due rilevazioni.

Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti e *binge drinker* è inferiore alla media nazionale. Negli ultimi tre anni non si rilevano variazioni significative né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi* Tabella 2-3).

Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è pari a 78,9% tra gli uomini e 43,0% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore risulta inferiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici è inferiore al dato

medio italiano sia per gli uomini sia per le donne. Le prevalenze di consumatrici di vino e di birra sono più basse della media italiana ma in quest'ultimo caso il valore è aumentato di +5,5 p.p. rispetto alla precedente rilevazione.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per entrambe i generi, una prevalenza di consumatori fuori pasto al di sotto della media nazionale; è al di sotto della media nazionale, tra le sole donne, la prevalenza delle consumatrici eccedentarie, *binge drinking* e delle consumatrici a rischio. Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2014 e il 2015 né delle prevalenze dei diversi comportamenti a rischio (*vedi* Tabella 2-3).

Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è pari a 78,6% tra gli uomini e 46,5% tra le donne e in quest'ultimo caso il valore risulta inferiore alla media nazionale. Tra gli uomini, è superiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di birra e di amari mentre tra le donne è inferiore alla media la prevalenza delle consumatrici di vino e super alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale della prevalenza di tutti i comportamenti a rischio considerati, mentre tra gli uomini la prevalenza dei *binge drinker* è superiore al dato medio nazionale.

Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2014 e il 2015 delle prevalenze dei diversi comportamenti a rischio ne delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate (Tabella 2-3).

Italia insulare

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2015 pari al 73,9% tra gli uomini (valore più basso rispetto a tutte le realtà territoriali analizzate) e al 43,7% tra le donne. Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di vino è la più bassa di tutte le realtà territoriali e risultano comunque inferiori alla media nazionale i valori delle prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio (criterio ISS) nel 2015 sono state inferiori alla media italiana e che la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è la più bassa di tutte le realtà territoriali considerate.

Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2014 e il 2015 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi* Tabella 2-3).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2015 è stata pari al 72,2% tra gli uomini, 43,2% tra le donne; per entrambi i generi tali valori sono inferiori alla media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e super alcolici per entrambi i generi sono inferiori alla media italiana, per i soli uomini anche i valori relativi alla prevalenza dei consumatori di birra e di aperitivi alcolici.

Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale indipendentemente dal sesso ad eccezione della prevalenza

delle donne *binge drinker* che non si discosta in maniera statisticamente significativa dal dato medio. Non si rilevano variazioni statisticamente significative tra il 2014 e il 2015 né delle prevalenze delle bevande alcoliche consumate, né di quelle relative ai diversi comportamenti a rischio (*vedi* Tabella 2-3).

Sardegna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è in linea con il dato medio italiano tra gli uomini (79,2%) e inferiore alla media nazionale tra le donne (45,2%) senza differenze significative rispetto allo scorso anno. L'analisi delle diverse bevande consumate mostra che la prevalenza delle donne che consumano vino è inferiore a quella nazionale, mentre la prevalenza dei consumatori di birra e di sesso maschile è superiore al dato medio, così com'è superiore alla media nazionale la prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici. L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2015 si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei *binge drinker* per entrambi i generi, e le prevalenze dei consumatori fuori pasto e dei consumatori a rischio per gli uomini. Tra le donne infine si registra una prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie inferiore alla media nazionale. Per tutti gli indicatori considerati non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabella 2-3).

MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

Si definiscono "morti totalmente alcol-attribuibili" (11) quei decessi che, in accordo con la codifica internazionale delle malattie (ICD-10) (28), sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol:

- Sindromi psicotiche indotte da alcol (ICD-10: F10);
- Polineuropatia alcolica (ICD-10: G62.1);
- Cardiomiopatia alcolica (ICD-10: I42.6);
- Gastrite alcolica (ICD-10: K29.2);
- Epatopatie alcoliche (ICD-10: K70);
- Effetti tossici dell'alcol (ICD-10: T51.0, T51.1);
- Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol (ICD-10: G31.2);
- Pancreatite cronica indotta da alcol (ICD-10: K86.0).

Nella lista delle patologie totalmente alcol-attribuibili sono incluse anche la "Miopatia alcolica (ICD-10: G72.1)" e "Eccessivo livello ematico di alcol (ICD-10: R78)", ma queste due condizioni non sono incluse nelle analisi di mortalità in quanto non sono causa di decesso.

Le informazioni qui presentate si basano su dati di fonte ISTAT elaborati dall'ONA e dall'Ufficio di Statistica dell'ISS (66).

Il dato più recente in questo momento disponibile si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2013; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese (67). Al fine di consentire confronti spazio temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come standard di riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011 (67).

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

Mortalità alcol-attribuibile per età e genere

Nell'anno 2013 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.180, di cui 924 (78,3%) uomini e 256 donne (21,7%) (Tabella 4); questi numeri se rapportati alla popolazione corrispondono a circa 37 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 1 decesso per milione tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche e sindromi psicotiche indotte da alcol che nel complesso causano oltre il 90% dei decessi alcol-attribuibili sia tra gli uomini che tra le donne.

Per il complesso delle patologie alcol-attribuibili nel 2013 il tasso standardizzato di mortalità tra la popolazione di 15 anni è stato pari a 3,79 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,92 per le donne; con una, seppur lieve, riduzione rispetto all'anno precedente quando si era registrato un valore di 4,41 per gli uomini e 0,95 per le donne (Figura 21).

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata tra le fasce di popolazione di età più avanzata. Tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 6,82 per 100.000 abitanti tra gli uomini e di 1,60 tra le donne (Figura 22).

Negli anni più recenti, dal 2007 al 2013, la mortalità per patologie alcol-attribuibili e diminuita per entrambi i generi e in tutte le classi di età (Tabella 4, Figure 21 e 22). Se si confronta l'anno 2013 con il 2007, la riduzione del tasso di mortalità per la popolazione di 15 anni e più è stata di circa il 24% tra gli uomini e di circa 26% tra le donne.

Tabella 4. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2013

Causa di morte (codici ICD-10)	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	%	Morti	%	Morti	%
Sindromi psicotiche indotte da alcol (F10)	161	17,5	49	19,0	210	17,8
Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol (G31.2)	28	3,0	4	1,6	32	2,7
Polineuropatia alcolica (G62.1)	8	0,9	0	0,0	8	0,7
Cardiomiopatia alcolica (I42.6)	18	2,0	3	1,2	21	1,8
Gastrite alcolica (K29.2)	2	0,2	1	0,4	3	0,3
Epatopatie alcoliche (K70)	698	75,7	196	76,0	894	75,8
Pancreatite cronica indotta da alcol (K86.0)	4	0,4	0	0,0	4	0,3
Effetti tossici dell'alcol (T51)	5	0,3	3	1,9	8	0,7
	924	**100,0**	**256**	**100,0**	**1.180**	**100,0**

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

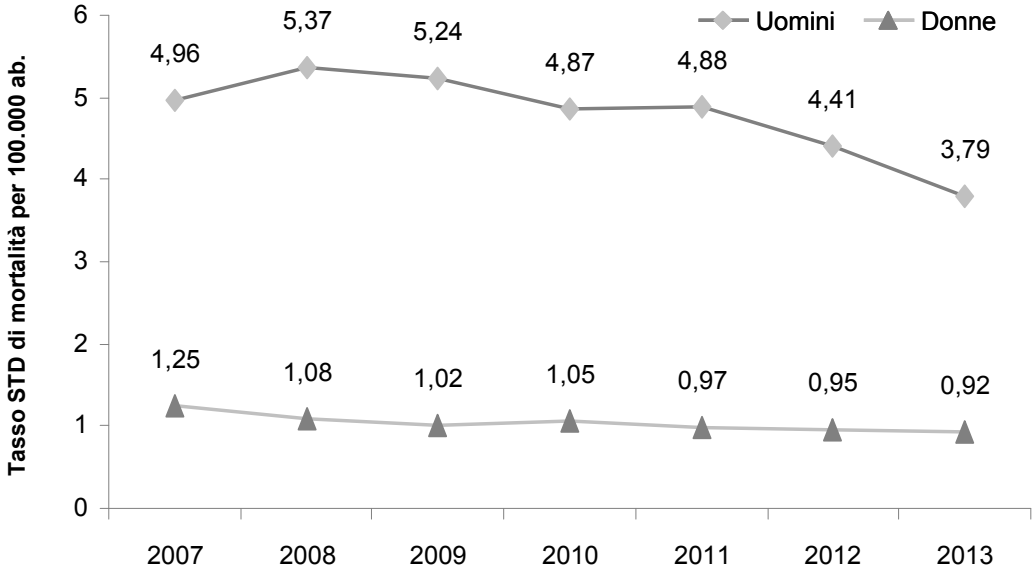


Figura 21. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Italia, 2007-2013

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

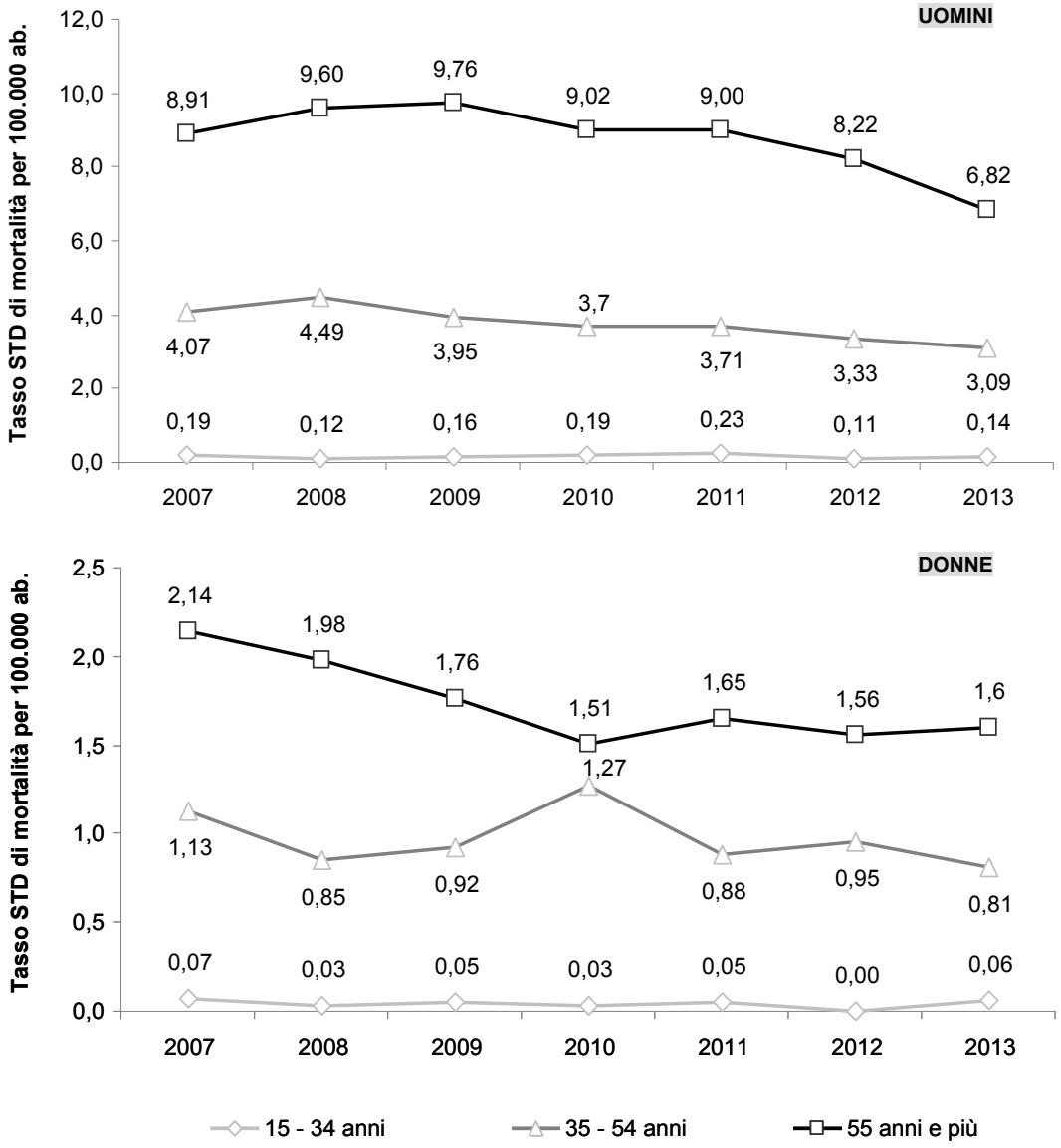


Figura 22. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili per sesso. Popolazione di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Italia, 2007-2013

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

Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol-attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità piuttosto elevata. Le regioni che nel 2013 hanno fatto registrare il numero maggiore di decessi sono state Lombardia, Lazio e Veneto con più di 100 decessi per patologie totalmente alcol-attribuibili. Tuttavia, quando si rapporta il numero di decessi alla popolazione residente e mediante la standardizzazione si "depura" il tasso dall'influenza della diversa struttura per età

nelle varie regioni, emerge che i livelli più elevati di mortalità (tassi standardizzati) si registrano in Valle d'Aosta (6,15 per 100.000 abitanti), la provincia autonoma di Bolzano (5,76 per 100.000 abitanti) e Molise (5,08 per 100.000 abitanti) con più che doppi della media nazionale (2,26 100.000 abitanti); valori estremamente elevati sono stati registrati anche in Friuli Venezia Giulia (3,99 per 100.000 abitanti) e in Calabria (3,38 decessi ogni 100.000 abitanti).

Le regioni in cui si registrano i livelli più bassi del tasso standardizzato sono invece la Toscana (1,30 per100.000 abitanti), la Sicilia (1,53 per 100.000 abitanti), la Campania (1,71 decessi ogni 100.000 abitanti) e l'Emilia Romagna (1,94 per 100.000 abitanti) (Figura23).

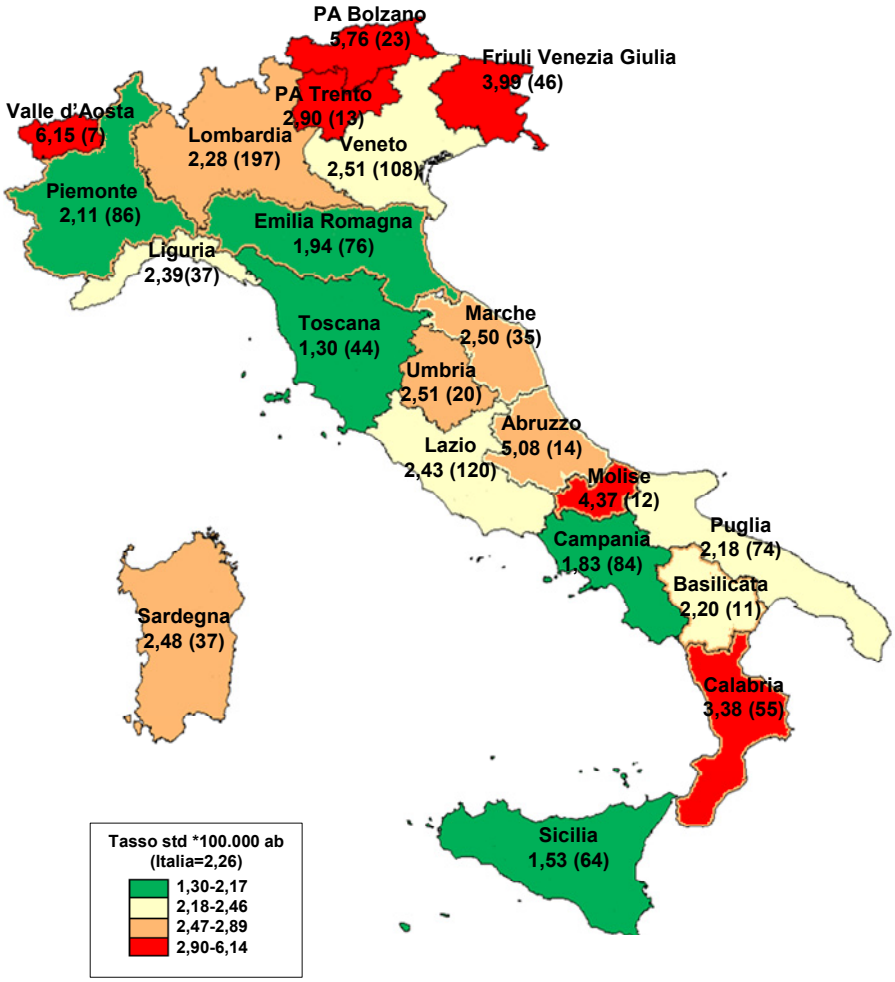
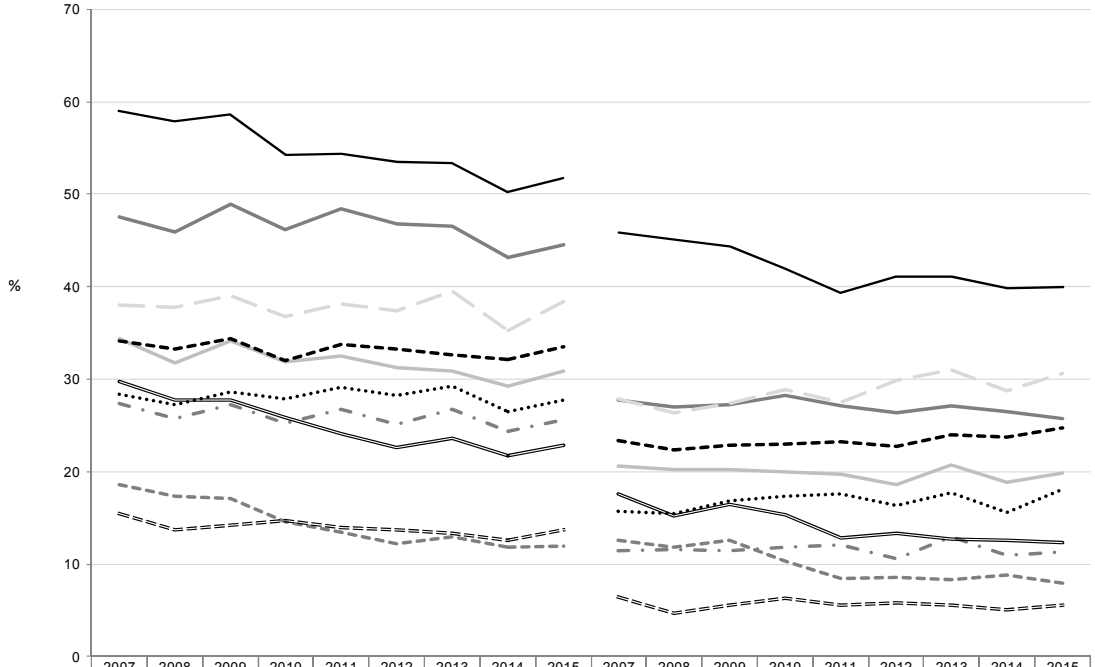


Figura 23. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane. Tassi grezzi per 100.000 abitanti (numero di decessi). Italia, 2014

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

CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

Nel 2015, il 51,7% dei ragazzi e il 40,0% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; nonostante la diminuzione registrata rispetto al 2007, per entrambi i generi non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 24).



	MASCHI									FEMMINE								
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
bevande alcoliche	59,1	57,8	58,6	54,3	54,4	53,5	53,4	50,3	51,7	45,9	45,1	44,4	42,0	39,4	41,1	41,0	39,9	40,0
vino	34,4	31,7	34,2	31,9	32,5	31,3	30,9	29,3	30,9	20,6	20,3	20,3	20,0	19,7	18,5	20,7	18,8	19,9
birra	47,5	45,9	48,9	46,1	48,4	46,8	46,6	43,1	44,5	27,7	27,0	27,2	28,3	27,1	26,3	27,2	26,5	25,7
aperitivi alcolici	38,0	37,8	39,0	36,8	38,1	37,3	39,5	35,3	38,4	27,9	26,4	27,3	28,9	27,4	29,8	31,0	28,7	30,6
amari	27,4	25,7	27,3	25,3	26,8	25,1	26,7	24,3	25,6	11,4	11,5	11,4	11,9	12,1	10,6	12,9	10,9	11,3
super alcolici	28,3	27,2	28,6	27,9	29,1	28,3	29,3	26,5	27,7	15,7	15,4	16,9	17,3	17,6	16,4	17,8	15,6	18,1
abituali eccedentari	18,7	17,3	17,1	14,6	13,4	12,2	12,9	11,8	12,0	12,6	11,8	12,6	10,3	8,5	8,6	8,3	8,8	7,9
fuori pasto	34,1	33,3	34,4	32,0	33,8	33,2	32,6	32,1	33,5	23,3	22,3	22,8	22,9	23,3	22,7	24,0	23,7	24,7
binge drinking	15,5	13,7	14,3	14,7	13,9	13,7	13,4	12,6	13,7	6,5	4,7	5,6	6,3	5,6	5,9	5,6	5,1	5,6
rischio ISS	29,8	27,7	27,7	25,9	24,1	22,6	23,7	21,8	22,9	17,6	15,2	16,5	15,3	12,9	13,3	12,7	12,5	12,3

Figura 24. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età 11-25 anni) (2007-2015)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le prevalenze più elevate tra gli uomini si registrano per i consumatori la birra seguiti dai consumatori di aperitivi alcolici (44,5% e 38,4% rispettivamente), viceversa per le donne le prevalenze di consumatrici più elevate si rilevano per gli aperitivi alcolici seguiti dalla birra (30,6% e 25,7% rispettivamente); per entrambe le bevande non si registrano variazioni significative nel corso degli ultimi anni (Figura 24 e Tabella 5).

Tabella 5. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per classi di età tipologia di consumo e genere (2015)

Tipologia di consumo	11-17[1]		18-20[2]		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	22,4	15,6	73,5	60,6	78,7	61,2	51,7	40,0
Consumatori di vino	8,5	4,7	44,6	28,7	53,3	35,2	30,9	19,9
Consumatori di birra	15,9	9,8	64,6	38,5	71,4	39,8	44,5	25,7
Consumatori di aperitivi alcolici	11,9*	9,8*	59,4	46,9	62,0	49,4	38,4	30,6
Consumatori di amari	5,0	1,8	35,6	16,5	47,8	21,2	25,6	11,3
Consumatori di super alcolici	6,6*	4,5*	43,0	29,4	47,2	29,8	27,7	18,1
Consumatori abituali eccedentari	22,4	15,6	2,9	0,8#	3,4*	1,8*	12,0	7,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	9,8	6,8	51,1	39,9	55,3	40,1	33,5	24,7
Consumatori *binge drinking*	3,5*	1,7*	20,8	8,6	23,3	9,0	13,7	5,6
Consumatori a rischio-criterio ISS	22,4	15,6	21,6	8,6	24,3	10,0	22,9	12,3

[1] Età minima legale per la somministrazione o la vendita di bevande alcoliche
[2] Età minima legale con tasso alcolemico alla guida pari a 0
* La differenza di genere non è statisticamente significativa (IC 95%).
\# Dato non attendibile
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il comportamento a rischio che presenta il valore di prevalenza più alto sia tra i ragazzi che tra le ragazze di età 11-25 anni è il consumo bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 33,5%; F: 24,7%) e i valori registrati tra il 2007 e il 2015 sono rimasti pressoché stabili per entrambi i generi. Il 13,7% dei giovani di sesso maschile e il 5,6% delle loro coetanee hanno praticato il *binge drinking* nel corso dell'anno e anche in questo caso i valori sono rimasti pressoché stabili nel corso degli ultimi anni. Consumare bevande alcoliche in maniera abituale eccedentaria infine, è un comportamento dichiarato nel 2015 dal 12% dei ragazzi e dall'7,9% delle ragazze e nonostante una diminuzione rilevata rispetto all'anno 2007, nel corso degli ultimi cinque anni non si registrano variazioni statisticamente significative (*vedi* Figura 24 e Tabella 5).

Complessivamente sono stati identificati come consumatori a rischio nel 2015 il 22,9% dei giovani 11-25enni e il 12,3% delle loro coetanee per un totale di circa 1.600.000 ragazzi che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (*vedi* Figura 24 e Tabella 5).

Consumatori di 11-17 anni

La WHO raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni, e in Italia, dal 2012 (Legge 189/2012), vige il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni; da queste due indicazioni si deduce che i giovani di età inferiore ai 18 anni che consumano anche una sola bevanda alcolica durante l'anno presentano un comportamento a rischio. Nella fascia di età 11-17 anni quindi l'indicatore relativo al consumo di almeno una bevanda alcolica, quello del consumo abituale eccedentario e quello del consumo a rischio coincidono e nel 2015 sono stati identificati il 22,4% dei ragazzi e il 15,6% delle ragazze che

non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (*vedi* Tabella 5). Nonostante la prevalenza dei consumatori a rischio sia diminuita rispetto al 2007, nel corso degli ultimi 5 anni non si registrano variazioni significative dell'indicatore ne tra gli uomini ne tra le donne di questa fascia d'età.

Il 9,8% dei ragazzi e il 6,8% delle ragazze ha 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: 1,7%) e anche per questi indicatori non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto allo scorso anno.

La percentuale più elevata di consumatori si registra tra chi beve birra (M: 15,9%; F: 9,8%) e aperitivi alcolici (M: 11,9%; F: 9,8%); si registrano invece valori più bassi tra chi beve superalcolici e amari. Le prevalenze di consumatori di vino, birra e amari sono statisticamente superiori tra gli uomini rispetto alle donne.

Per tutte le bevande considerate nel 2015 non si registrano variazioni statisticamente significative dei valori di prevalenza rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabella 5).

In totale si stima che gli adolescenti minorenni che gli organismi di sanità pubblica considerano a rischio sulla base delle nuove evidenze scientifiche sono stati nel 2015 circa 800.000, con una marcata differenza di genere.

Consumatori di 18-20 anni

Una revisione di 132 studi ha mostrato che cambiamenti sull'età minima legale per la vendita di bevande alcoliche possono avere effetti sostanziali sul bere dei giovani e sui danni legati al consumo di alcol, in particolare in relazione agli incidenti stradali (68) e in Italia l'età minima legale per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche sono da qualche anno stati innalzati a 18 anni.

L'alcol agisce su diverse funzioni cerebrali (percezione, attenzione, elaborazione, valutazione, ecc.), con effetti diversi e strettamente correlati alla quantità di alcol presente nel sangue (alcolemia), allo stato fisico, al sesso della persona e alla sua età 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 g7Litro ma la Legge n. 120 del 29 luglio 2010 "Disposizioni in materia di sicurezza stradale", entrata in vigore il 13 agosto 2010, ha introdotto la tolleranza zero; la nuova legge infatti prevede che i neopatentati con meno di 21 anni, così come coloro che hanno preso la patente da meno di 3 anni, non possono bere neanche un piccolo quantitativo di alcol quando si mettono al volante. Le sanzioni per neopatentati trovati con tasso alcolemico compreso tra 0,1 e 0,5 g7L consistono in una multa da 155 a 624 euro e decurtazione di 5 punti dalla patente; le sanzioni raddoppiano nel caso in cui il conducente provochi un incidente. La tolleranza zero vale anche per i minorenni alla guida dei ciclomotori; se il ciclomotorista viene fermato con un tasso di alcol nel sangue compreso tra 0,1 e 0,5 g7L non potrà prendere la patente B fino ai 19 anni, mentre se il livello di alcol supera 0,5 g7L la patente non potrà essere conseguita prima dei 21 anni.

Nella classe di età 18-20 anni, il 73,5% dei ragazzi e il 60,6% delle ragazze dichiarano di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2015, e né tra gli uomini né tra le donne si registrano variazioni significative ne rispetto al 2007 ne rispetto alla precedente rilevazione.

Tra i ragazzi la prevalenza di consumatori più elevata si registra tra chi beve birra (M: 64,6; F: 38,5%) e aperitivi alcolici (M: 59,4; F: 46,9%) seguita da chi beve vino e superalcolici; gli amari sono la bevanda che presenta la prevalenza di consumatori più bassa (M: 35,6; F: 16,5%).

Le prevalenze dei ragazzi che consumano vino, birra aperitivi alcolici e super alcolici sono superiori a quelle rilevate per le loro coetanee (*vedi* Tabella 5).

Il 51,1% dei ragazzi e il 39,9% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2015 sono stati il 20,8% e il 8,6% rispettivamente; per entrambe queste tipologie di consumo non si registrano variazioni significative rispetto agli anni precedenti (*vedi* Tabella 5).

In totale si stima che nel 2015 sono stati circa 300.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS (circa 200.000 uomini e 100.000 donne pari al 21,6% e 8,6% rispettivamente dei 18-20enni (*vedi* Tabella 5).

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).

Nel 2015 il 78,7% dei ragazzi e il 61,2% delle ragazze di 21-25 anni, dichiarano di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno e né tra gli uomini né tra le donne si registrano variazioni significative nel corso degli ultimi anni.

In questa fascia d'età, la prevalenza di consumatori di sesso maschile è più elevata per la birra (71,4%) seguita dagli aperitivi alcolici (62%) e vino (53,3%); tra le donne la prevalenza è più elevata tra le consumatrici di aperitivi alcolici (49,4%), seguita dalla prevalenza delle consumatrici di vino (35,2) e birra (39,8%). Per tutte le bevande considerate, i valori sono più elevati tra gli uomini rispetto alle donne. Nel corso degli anni non si sono registrate variazioni statisticamente significative delle prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche considerate ad eccezione degli aperitivi alcolici per le donne che sono aumentati rispetto al 2007 di 9 p.p.

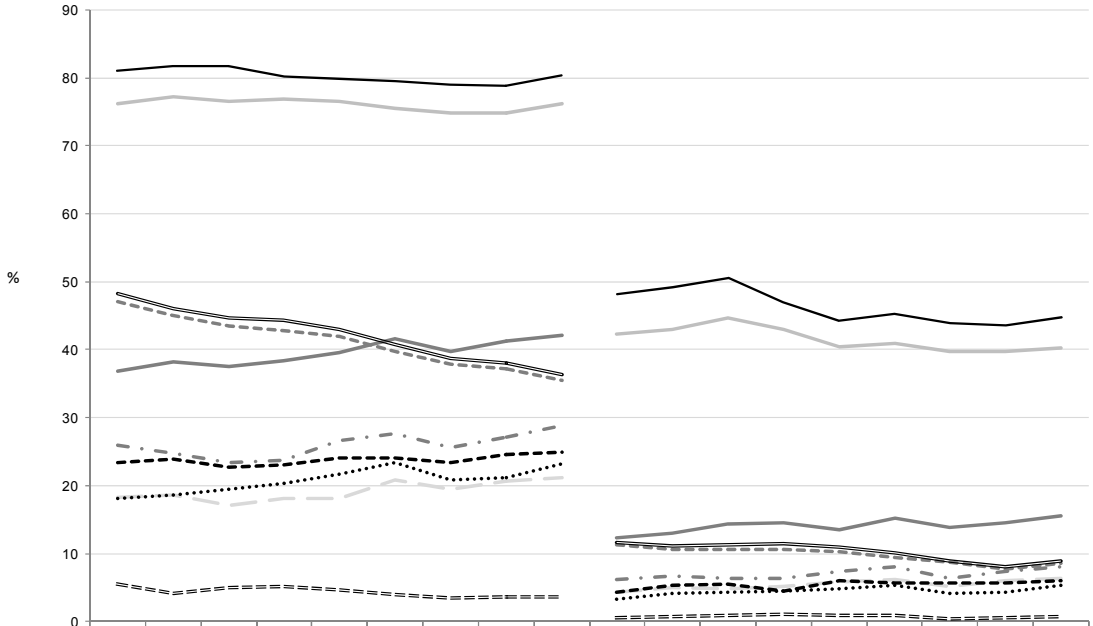
Il 55,3% dei ragazzi e il 40,1% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2015 sono stati il 23,3% e il 9% rispettivamente; il consumo abituale eccedentario in questa classe di età è pari nel 2015 al 3,4% degli uomini e all'1,8% delle donne. Per tutte le tipologie di comportamento a rischio considerate non si registrano variazioni significative rispetto agli anni precedenti.

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

In totale si stima che nel 2015 sono stati circa 500.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS (oltre 350.000 uomini e quasi 150.000 donne pari al 24,3% e 10,0% rispettivamente dei 21-25enni (*vedi* Tabella 5).

CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

L'alcol è una sostanza tossica, potenzialmente cancerogena e gli anziani, così come i giovani e le donne, sono in genere più vulnerabili agli effetti delle bevande alcoliche rispetto al resto della popolazione, a causa di una ridotta capacità dell'organismo a metabolizzare l'alcol in conseguenza del mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo con il passare degli anni (Figura 25).



	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	MASCHI									FEMMINE								
bevande alcoliche	81,0	81,8	81,7	80,2	79,9	79,6	79,0	78,9	80,4	48,2	49,2	50,5	47,0	44,3	45,2	44,0	43,6	44,7
vino	76,3	77,2	76,5	76,8	76,5	75,5	74,8	74,8	76,1	42,4	42,9	44,8	43,0	40,4	40,9	39,8	39,7	40,2
birra	36,9	38,3	37,5	38,3	39,5	41,7	39,7	41,2	42,2	12,3	12,9	14,4	14,6	13,5	15,3	13,9	14,6	15,5
aperitivi alcolici	18,2	18,5	17,2	18,2	18,0	20,9	19,5	20,7	21,2	4,3	5,0	4,8	5,2	5,8	6,3	5,3	6,0	6,4
amari	25,9	24,8	23,4	23,8	26,6	27,7	25,5	27,1	28,9	6,2	6,7	6,3	6,3	7,4	8,1	6,3	7,3	8,1
super alcolici	18,2	18,7	19,6	20,3	21,7	23,3	20,8	21,2	23,3	3,3	4,1	4,4	4,4	4,8	5,4	4,2	4,3	5,3
abituali eccedentari	47,1	45,0	43,5	42,9	42,0	39,7	37,9	37,2	35,5	11,3	10,7	10,6	10,7	10,3	9,5	8,7	7,8	8,5
fuori pasto	23,3	23,8	22,6	23,0	24,1	24,0	23,5	24,6	25,0	4,3	5,3	5,5	4,5	6,0	5,7	5,6	5,7	6,1
binge drinking	5,5	4,1	5,0	5,1	4,6	3,9	3,5	3,6	3,6	0,6	0,8	1,0	1,1	1,0	0,8	0,4	0,5	0,8
rischio ISS	48,2	46,0	44,7	44,3	43,0	40,7	38,6	38,0	36,4	11,7	11,2	11,3	11,4	10,9	10,1	8,9	8,1	9,0

Figura 25. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età ≥65 anni) (2007-2015)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La quantità d'acqua presente nell'organismo e il funzionamento di alcuni organi, come il fegato e i reni, si riduce con l'avanzare dell'età diminuisce in quanto diventa più difficile la completa eliminazione dell'alcol dall'organismo; si indebolisce la muscolatura e si riduce la mobilità facilitando le cadute e le fratture; inoltre in questa fascia di età si assumono molto spesso farmaci quotidianamente che possono essere influenzati dal consumo di bevande alcoliche.

Le linee guida (69) dell'Istituto Nazionale per la Ricerca sugli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) consigliavano, già nel 2003, di ridurre il consumo di alcol in età avanzata per non incorrere in problemi per la salute, di non superare il limite di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 UA (330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) senza distinzioni tra uomini e donne.

In Italia nel 2015 il 60,1% degli ultra-65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 80,4%; F: 44,7%) (Figura 25 e Tabella 6).

Nel corso degli anni, non si registrano variazioni statisticamente significative tra gli uomini che consumano bevande alcoliche mentre tra le donne si rilevata una diminuzione statisticamente significativa tra il 2007 e il 2011 e una stabilità del dato nel corso degli ultimi tre anni.

Tabella 6. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2015)

Tipologia di consumo	65-74		75-84		85+		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,3	48,9	77,5	44,4	75,9	33,8	80,4	44,7
Consumatori di vino	78,3	42,6	73,9	41,2	72,5	31,6	76,1	40,2
Consumatori di birra	52,7	22,0	33,2	11,7	21,7	5,9	42,2	15,5
Consumatori di aperitivi alcolici	27,4	10,0	16,9	3,8	6,5	2,2	21,2	6,4
Consumatori di amari	35,0	10,6	24,6	7,0	14,5	3,2	28,9	8,1
Consumatori di super alcolici	30,7	7,2	16,8	4,4	9,2	2,5	23,3	5,3
Consumatori abituali eccedentari	38,4	9,9	33,1	8,3	29,9	5,3	35,5	8,5
Consumatori di alcolici fuori pasto	29,8	8,0	21,6	5,0	12,7	3,2	25,0	6,1
Consumatori *binge drinking*	4,7	1,2	2,9	0,6	0,6	0,0	3,6	0,8
Consumatori a rischio-criterio ISS	39,5	10,5	33,9	8,7	30,3	5,3	36,4	9,0

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. Anno 2015

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: 76,1%; F: 40,2%). Nel corso degli anni, non si registrano variazioni statisticamente significative tra i consumatori di vino mentre tra le donne, a fronte di una diminuzione registrata tra il 2007 e il 2011 e registra nel corso degli ultimi anni una stabilità del dato. La prevalenza dei consumatori di birra, pari a circa la metà del valore rilevato per i consumatori di vino, è stata nel 2015 pari al 42,2% per gli uomini e al 15,5% per le donne e nel corso degli anni si registra una tendenza all'incremento dei consumatori di questa bevanda per entrambi i generi.

Valori molto più bassi sono stati rilevati anche nel 2015 per le prevalenze dei consumatori di amari (M: 28,9%; F: 8,1%), di aperitivi alcolici (M: 21,2%; F: 6,4%) e i superalcolici (M: 23,3%; F: 5,3%) (*vedi* Tabella 6).

Nel corso degli anni si registra una tendenza all'aumento dei consumatori delle diverse bevande alcoliche (complessivamente uomini e donne) e si sottolinea, in particolare, che la

prevalenza dei consumatori di super alcolici tra gli ultra 65enni è aumentata rispetto al 2007 e di 3,5 p.p. e, sebbene nei precedenti 2 anni si era registrata una diminuzione della prevalenza di consumatori di questa bevanda, nel corso dell'ultimo anno il valore è nuovamente aumentato di 1,5 p.p.

L'analisi dei comportamenti a rischio in questo target sensibile di popolazione mostra che, a fronte di un'errata comunicazione nel corso degli anni dei rischi per la salute legati al così detto stile di consumo "mediterraneo" di bevande alcoliche. Il consumo "mediterraneo" di bevande alcoliche, prevedeva, infatti, l'assunzione di una quantità moderata di vino durante i pasti, e ancora oggi, il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione è rappresentato proprio dal consumo abituale eccedentario, verosimilmente in virtù della mancata conoscenza da parte delle persone dei limiti da non superare per non incorrere in problemi con la salute.

La prevalenza dei consumatori abituali eccedentari nel 2015 è stata del 35,5% tra gli uomini e dell'8,5% tra le donne e si rileva anche quest'anno una tendenza pressoché lineare alla diminuzione dei consumatori eccedentari, in particolar modo tra gli uomini.

Circa un anziano su quattro e un'anziana su dieci hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche lontano dai pasti nel corso dell'anno 2015 (M: 25,0%; F: 6,1%), mentre la quota di *binge drinker* in questa fascia di età è più bassa rispetto al resto della popolazione ed è pari al 3,6% tra gli uomini e allo 0,8% tra le donne.

Il valore dell'indicatore del consumo fuori pasto è aumentato rispetto all'anno 2007 tra le donne mentre si è mantenuto pressoché stabile tra gli uomini; per tutti gli altri indicatori di rischio analizzati si rileva una tendenza alla diminuzione rispetto al 2007 sebbene nel corso dell'ultimo anno i valori siano rimasti pressoché stabili per entrambe i generi (*vedi* Figura 25).

In totale si stima che nell'anno 2015 sono stati quasi 2.800.000 gli ultra 65enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, di cui 2.100.000 uomini e 700.000 donne, pari al 36,4% e 9% rispettivamente (*vedi* Tabella 6).

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

Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

I giovani anziani che nel 2015 hanno bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno sono stati l'83,3% degli uomini e il 48,9% delle donne.

La percentuale più elevata di consumatori si registra tra coloro che hanno bevuto vino (M: 78,3%; F: 48,9%), seguita da chi ha bevuto birra (M: 52,7%; F: 22%) per entrambi i sessi; risultano invece valori molto più basse le prevalenze dei consumatori di aperitivi alcolici (M: 27,4%; F: 10,0), amari (M: 35%; F: 10,6%), e i superalcolici (M: 30,7%; F: 7,2%). Per tutte le bevande considerate, le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (*vedi* Tabella 6).

Dal 2007, si rileva una tendenza all'aumento delle prevalenze dei consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e super alcolici e per quest'ultima si registra anche un incremento statisticamente significativo rispetto alla precedente rilevazione pari a 2,5 p.p.; la prevalenza dei consumatori di vino invece nel corso degli ultimi anni è rimasta pressoché stabile per entrambi i generi.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza di consumatori abituali eccedentari nel 2015 è stata pari al 38,4% tra gli uomini e 9,9% tra le donne, quelli che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 29,8% e l'8% quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati il 4,7% e 1,2% delle loro coetanee. Per tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non si rilevano variazioni significative rispetto al 2014 ne rispetto al 2007 della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari.

Nell'anno 2015, si stima quindi che sono circa 1.600.000 gli "anziani giovani" che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS e che sono pari al 39,5% degli uomini e al 10,5% delle donne. In questa classe di età si rileva una riduzione rispetto ai valori registrati nel 2007 della prevalenza dei consumatori a rischio, nonostante il valore sia rimasto pressoché invariato rispetto allo scorso anno (*vedi* Tabella 6).

Consumatori anziani (75-84 anni)

Nel 2015, nella classe degli anziani 75-84enni, il 58,6% degli intervistati (M: 77,5%; F: 44,4%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno e non si registrano variazioni significative sia rispetto al 2007 sia rispetto all'ultima rilevazione. La bevanda più consumata come già visto anche per i "giovani anziani" è il vino e le persone che hanno dichiarato di averne consumato sono state il 73,9% degli uomini e il 41,2% delle donne; dichiarano inoltre di aver consumato birra il 33,2% e il 11,7%, aperitivi alcolici il 16,9% e 3,8%, amari il 24,6% e 7% e infine dichiarato di aver consumato superalcolici il 16,8% degli anziani e il 4,4% delle loro coetanee.

Le prevalenze dei consumatori delle bevande alcoliche considerate sono tutte minori tra le donne (*vedi* Tabella 6) e i valori inoltre, per entrambe i sessi, si mantengono pressoché stabili sia rispetto alla precedente rilevazione sebbene si sia rilevata complessivamente rispetto al 2007 una tendenza all'aumento dei consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e super alcolici. L'analisi delle abitudini di consumo in questa classe d'età mostra che il dato di prevalenza del consumo abituale eccedentario è il più elevato di tutti i comportamenti a rischio analizzati (M: 33,1%; F: 8,3%) seguito dal consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 21,6%; F: 5,0%).

Risulta aumentata rispetto al 2007, complessivamente per uomini e donne, la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti mentre risulta diminuita quella dei consumatori abituali eccedentari. In totale si stima che nell'anno 2015 sono stati circa 950.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 33,9% degli uomini e il 8,7% delle donne appartenenti alla classe di età 75-84 anni (*vedi* Tabella 6).

Consumatori grandi anziani (≥ 85anni)

La prevalenza dei "grandi vecchi" ultra 85enni che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2015 è stata del 75,9% per gli uomini e del 44,4% delle donne senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni; verosimilmente a causa di un peggioramento dello stato di salute di questi soggetti con l'avanzare dell'età per entrambi i sessi il valore di prevalenza dei coloro che hanno consumato almeno una bevanda alcolica è il valore più basso rispetto a quello degli altri gruppi di anziani analizzati in questo capitolo del rapporto.

L'analisi delle diverse bevande alcoliche mostra che il più alto valore di prevalenza si registra, come per le altre classi di età, per entrambi i sessi per il vino (M: 72,5%; F: 31,6%), seguito dalla birra (M: 21,7%; F:5,9%), amari (M: 14,5%; F:3,2%), superalcolici (M: 9,2%; F:2,5%), e aperitivi alcolici (M: 6,5%; F:2,2%). Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate e per entrambi i sessi non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alle precedenti rilevazioni (*vedi* Tabella 6).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che la prevalenza più elevata si registra per i consumatori abituali eccedentari (M:29,9%; F:5,3%) seguita dai consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 12,7%; F: 3,2%).

In totale si stima che nell'anno 2015 sono stati circa 250.000 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 30,3% degli uomini e il 5,3% delle donne (*vedi* Tabella 6).

CONCLUSIONI

La valutazione epidemiologica del rischio alcol-correlato finalizzata all'incremento di solide basi conoscitive, in supporto al Piano Nazionale di Prevenzione e all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute, è stata valorizzata dal Piano Sanitario Nazionale (PSN), inserita nel Programma Statistico Nazionale per l'anno 2011-2013, e di recente nell'aggiornamento per il triennio 2014-2016.

Le informazioni fornite dalle attività di monitoraggio sull'andamento delle Problematiche e Patologie Alcol-Correlate (PPAC), a livello sia nazionale che regionale e di Provincie Autonome consentono una valutazione del soddisfacimento dei bisogni sanitari e dell'adempimento di quanto richiesto dal PSN a livello delle singole regioni. Gli indicatori di consumo e delle patologie alcol-correlate utilizzate per le attività di monitoraggio, forniscono inoltre gli elementi utili per la valutazione periodica delle azioni a suo tempo identificate dal Piano Nazionale Alcol e Salute e attualmente recepite dal Piano Nazionale Prevenzione; informazioni evidentemente indispensabili per orientare l'adozione di adeguate iniziative strategiche. A partire dl 2012 le elaborazioni per il monitoraggio, dei dati dell'indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana, svolte dall'ISTAT, e della banca dati sulla mortalità dell'ISTAT sono state inserite nel PSN e affidate formalmente all'ONA-ISS; rispetto alle statistiche prodotte dall'ISTAT, a cui si integrano, hanno quale valore aggiunto l'utilizzo di procedure e metodologie originali sviluppate dal gruppo di ricerca dell'ONA in collaborazione con i principali gruppi attivi a livello europeo e internazionale al fine di provvedere alla definizione di flussi informativi e di stime armonizzate sviluppate in Europa in una chiave di interpretazione più aderente alla prospettiva di salute pubblica.

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

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

Tale premessa è fondamentale per connotare la valenza e l'autorevolezza delle stime e dell'analisi fornita particolarmente rispetto a tutte quelle fonti non ufficiali, quali quelli derivanti da studi non controllati o controllabili, da associazioni o fondazioni che hanno interessi diversi da quelli di salute o conflitti d'interesse non dichiarati; elaborazioni che spesso vengono impropriamente usate a livello locale nonostante non siano riconosciute come statistica formale e quindi non utilizzabili in un contesto ufficiale come quello inerente lo sviluppo di politiche istituzionali di prevenzione.

Il consumo rischioso e dannoso di alcol interessa in Italia milioni d'individui di tutte le fasce d'età ed è associato a una serie di conseguenze a breve, medio e a lungo termine. Il mondo dei *social network*, le tecnologie alla portata di mano di tutti, contribuiscono sempre più alla diffusione rapida di culture del bere, favorite da disapplicazioni normative, scarso rigore, contraddizioni e convenienze alle quali è spesso difficile rispondere con tempestività attraverso adeguate risposte istituzionali ed efficaci politiche sull'alcol spesso contrastate dalle logiche del mercato a scapito di quelle di tutela della salute.

La comunità scientifica, da anni, e in particolare nel corso degli ultimi 3 grazie alle attività della *Joint Action* europea RARHA, ha focalizzato l'attenzione sull'importanza di fornire evidenze e linee guida per ridurre i rischi e i danni causati dal bere, dai modelli, dalle tendenze che influenzano i comportamenti individuali, dalle modalità di relazione e di aggregazione che caratterizzano la società moderna.

Nel 2016 nell'ottica di mobilitare e favorire la cooperazione per lo sviluppo e la condivisione di un approccio comune in linea con la strategia europea sull'alcol, un ampio consenso di opinione di 50 esperti RARHA, condiviso da 30 nazioni europee rispetto alle linee guida sul consumo di alcol, in aggiunta alla raccolta e aggiornamento delle basi scientifiche, è stato raggiunto rispetto ai punti seguenti:

- le linee guida sul consumo a basso rischio devono essere diffuse alla popolazione in generale dal momento che i consumatori hanno il diritto di essere informati sui rischi connessi al consumo di alcol per una scelta consapevole;
- la responsabilità della fornitura delle informazioni alla popolazione sui rischi e sui modi per ridurli spetta ai governi e alle proprie strutture di salute pubblica;
- disporre di linee guida sul consumo di alcol a basso, sul consumo ad alto rischio e sul consumo episodico eccessivo può contribuire, con il tempo, a favorire i cambiamenti delle modalità e attitudini di consumo nella popolazione: possono incoraggiare i consumatori ad alto rischio a ridurre il consumo, attrarre l'attenzione dei consumatori a rischio sulle abitudini del loro consumo e, per il consumo episodico eccessivo, ridurre il rischio di danni sanitari e sociali da stato di ubriachezza al bevitore stesso e a terzi;
- le linee guida del consumo di alcol a basso rischio devono includere informazioni/raccomandazioni per ridurre i rischi e i danni sia nell'immediato che a lungo termine;
- le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio devono essere fornite separatamente per uomini e donne;
- il messaggio deve essere concentrato sui rischi e non su potenziali effetti positivi dell'alcol sulla salute nella comunicazione del consumo a basso rischio;
- il "consumo a basso rischio" non significa "assenza di rischio";
- le linee guida sul consumo a basso rischio non devono essere utilizzate per situazioni e gruppi di popolazione ad alto rischio per le quali l'opzione più sicura da comunicare è quella di non bere affatto (i minori, le donne in gravidanza, soggetti che assumono farmaci, con storia famigliare di alcol-dipendenza, con problematiche relative alla salute mentale e al consumo di sostanze, quando si è alla guida di veicoli, nell'ambiente di lavoro e per tutte le attività che richiedono concentrazione);
- l'alcol aumenta il rischio di cancro;
- l'alcol ha effetti negativi per la famiglia;
- sono necessarie linee guida sul consumo a basso rischio per gli anziani, in particolare per aumentare la consapevolezza degli stessi sui rischi del consumo di alcol rispetto all'assunzione di farmaci, alle comorbidità e agli incidenti alcol-correlati;

- si ritiene controproducente fornire linee guida sul consumo di alcol a basso rischio ai minori di anni 18;
- nella comunicazione del rischio nel consumo episodico eccessivo è opportuno sottolineare che il numero massimo di unità da non superare in una singola occasione non significa che il consumo al di sotto di quel livello sia sicuro; dovrà inoltre essere specificato l'arco temporale e il fatto che il consumo episodico eccessivo è dannoso così come lo è il consumo eccedentario giornaliero;
- le bevande alcoliche devono includere etichette con informazioni sul contenuto delle bevande in particolare il contenuto di calorie delle bevande, gli additivi e coloranti eventualmente utilizzati, il contenuto di zucchero e/o di dolcificanti;
- è necessario sostenere politiche a favore delle etichette con informazioni sui rischi per la salute (*warning message*) sui contenitori delle bevande alcoliche.

Irrinunciabile e indispensabile per catalizzare l'attenzione e il dibattito istituzionale è un sistema di monitoraggio istituzionale sempre più evoluto, capace di sostanziare e orientare le considerazioni e le indicazioni delle azioni dotate di provata efficacia che emergono come rilevante risorsa per la tutela della salute.

Ogni anno lo scenario epidemiologico tracciato dall'analisi dei dati prodotta dall'ONA-ISS per la Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001, e dall'ISTAT contribuisce a delineare le tendenze e le pratiche che guidano il decisore politico nell'opportuna scelta di interventi oggi maggiormente disponibili rispetto al passato, il cui rapporto costo-benefici e la cui valenza è oggi ampiamente sollecitata dalle evidenze prodotte dalla vasta e consolida rete europea di ricerca scientifica e di *advocacy*. L'ONA-ISS, tenendo conto anche delle indicazioni della WHO, della SIA, e dei nuovi LARN ha costruito un indicatore di sintesi, coerente e aggiornato, per monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale, quotidiano eccedentario e quello episodico eccessivo (*binge drinking*). La prevalenza dei consumatori a rischio in Italia è nel 2015 del 23% per uomini e del'9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.500.000 individui (M=6.000.000, F=2.500.000) che nel 2015 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica: sono più a rischio, indipendentemente dal genere, la classe di età 16-17enni (M=47,4%, F=32,3%), che non dovrebbero affatto consumare bevande alcoliche e la classe dei 65-74enni. Nel 2015 in Italia sono quindi circa 750.000 i minori e 2.700.000 gli ultra sessantacinquenni che rientrano nella categoria dei consumatori di alcol a rischio; persone che, se non identificate precocemente e sensibilizzate sulle abitudini di consumo, possono consolidare i modelli non salutari di consumo e sviluppare patologie e problematiche alcol-correlate delle quali l'alcol-dipendenza appare solo una delle oltre 200 condizioni patologiche che includono una decina di tipi di cancro, primo tra tutti quello del seno nella donna.

Le dimensioni del consumo rischioso e dannoso di alcol, che interessa quindi in Italia milioni di individui di tutte le fasce di età, è associato a una serie di conseguenze a breve, medio e a lungo termine in funzione dei tempi di esposizione al consumo di alcol e alle modalità di assunzione, ai modelli del bere, non più tradizionali ma sempre più impostati da logiche di mercato e spinti dalla pubblicità verso il consumo fuori pasto e secondo modalità intossicanti nei luoghi di aggregazione giovanili sottratti ad adeguati e rigorosi livelli di controllo e sanzione.

I giovani rappresentano un target di popolazione estremamente vulnerabile a tutte le bevande alcoliche il cui consumo risulta essere la prima causa di mortalità, morbilità e disabilità; causa evitabile se venissero assicurati adeguati livelli di consapevolezza derivati dall'informazione e dall'educazione alla salute e venisse contemporaneamente garantito e supportato il rispetto delle

norme di tutela della salute e di sicurezza (rese ampiamente disponibili da anni in tutti contesti ma altrettanto ampiamente disapplicate a livello locale). Un'attenzione particolare è pertanto indispensabile relativamente ai problemi della legalità per il mancato rispetto delle leggi (che vietano, in Italia, vendita e somministrazione ai minori di 18 anni), ma anche quello delle disuguaglianze in salute causate dall'alcol e non adeguatamente contrastate da politiche, piani, strategie e azioni nazionali e regionali.

Lo stato dell'arte e i trend supportano l'adozione di politiche, interventi, piani di azione e strategie di cui oggi, più che mai, si sollecita l'urgente necessità e indispensabilità, favorendo l'incremento di attività mirate a far aumentare la consapevolezza sul problema e, soprattutto, l'investimento nei servizi sanitari per offrire prevenzione, trattamento e cura, iniziative di screening e interventi nel sociale. Quest'ultimo aspetto in considerazione del fatto che, in linea con quanto osservato attraverso le statistiche internazionali, sono i gruppi a basso reddito a risultare i più vulnerabili alle conseguenze sociali dell'esposizione dei fattori di rischio connessi agli stili di vita e ai comportamenti.

Molti italiani bevono ben oltre i limiti che il nostro organismo possa tollerare; c'è chi lo fa in maniera quotidiana e chi assume alcol occasionalmente, ma tutti in maniera dannosa per se stessi e spesso per gli altri. Ci sono molte azioni, iniziative, strategie e programmi da realizzare e che, sicuramente, non possono essere completamente compatibili con le finalità spesso prevalenti di tutela e promozione dei prodotti alcolici e del marketing fatto salvo un sempre possibile esercizio virtuoso teso a controbilanciare le esigenze di tutela e promozione della salute in omaggio all' approccio supportato dal concetto europeo di "salute nelle altre politiche" e di pieno rispetto delle leggi nazionali di tutela dei minori, obiettivo non negoziabile e di diritto.

Poiché non esistono livelli di consumo alcolico privi di rischio e poiché la comunità scientifica suggerisce di considerare sempre il rischio alcol-correlato come espressione di esposizione a un continuum di quantità crescenti di alcol consumate, di progressivi rischi e di danni subiti, appare centrale e urgente garantire e integrare, come vero investimento in salute, risorse per la formazione continua e l'integrazione nella pratica clinica quotidiana dell'identificazione precoce dei consumatori a rischio (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 di counselling 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.

Nel 2017, si attuerà la verifica dell'*Action Plan* 2014-2016 on *Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)* in merito alle azioni e strategie adottate dai Governi attivi nel CNAPA. Il comitato, che si riunisce a Lussemburgo per dirimere le questioni specifiche, ha impegnato gli Stati Membri a considerare sei aree di azioni prioritarie:

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

Il Piano di azione 2014-2016 sul consumo di alcol nei giovani e sul *binge drinking* non lascia spazi a interpretazioni e identifica chi ha il dovere di agire, come farlo e attraverso quali azioni basate sull'evidenza che, sottolinea, precisa, ribadisce e rimarca che l'alcol è nocivo per lo sviluppo cerebrale sino ai 25 anni (aggiornate le evidenze che ponevano questa "soglia" ai 21-24 anni). In tale ottica l'età minima legale dovrebbe di conseguenza subire variazioni sostanziali per sottrarre i giovani, gli adulti del futuro, a una compromissione evitabile delle capacità

cognitive e all'interferenza e al danno cerebrale esitante in un mancato completo sviluppo in senso razionale della cognitività.

Questo è il motivo per cui il Piano di azione si focalizza sui diversi target dei giovani a partire dai bambini, passando attraverso gli adolescenti, i maggiorenni (secondo le differenti età legali correnti nelle diverse Nazioni della Unione Europea) e, non ultimi, i giovani adulti. In questa fascia ampia di età l'alcol fa registrare in tutta Europa il più elevato impatto negativo per mortalità prematura, morbilità e disabilità causate dal consumo di bevande alcoliche tra i giovani. Come appare chiaro non tutte le scelte sono di carattere sanitario e interventi incisivi sono da attivare relativamente alle competenze commerciali, economiche e di mercato, rivolte a creare forme di regolamentazione della pubblicità e di marketing con istituzione di modalità di prelievo fiscale, analogamente a quanto avviene per le sigarette, attraverso tasse di scopo. Con esse è possibile finanziare la ricerca, il monitoraggio epidemiologico e la prevenzione finalizzata al contenimento e al contrasto degli effetti del consumo dannoso e rischioso di alcol nella popolazione, tutelando la promozione di interventi di sensibilizzazione nelle scuole rivolte ai minori da parte delle Istituzioni e Autorità sanitarie competenti, escludendo esplicitamente qualunque intervento da interlocutori portatori di interessi commerciali, come richiesto e richiamato dalla WHO. La finalità condivisa da tutte le strategie e i Piani di azione, in cui l'Italia è impegnata a livello comunitario e internazionale, è quella di contribuire a rendere più sicuri e salutari i contesti sociali, sanitari, lavorativi e familiari, favorendo scelte informate capaci di guidare verso stili e modelli del bere ispirati a più elevati livelli di consapevolezza, basati su informazioni valide e oggettive. La finalità ultima è di garantire a tutti il più elevato livello di benessere a cui l'individuo possa aspirare attraverso l'adozione di comportamenti salutari e sicuri per se stessi e per la collettività.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: WHO; 2004. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf; ultima consultazione 14/2/2017.
2. WHO. *Global status report on alcohol and health 2014.* Geneva: WHO; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/; ultima consultazione 14/2/2017.
3. Baan R, *et al.* Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
4. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
5. Stewart BW, Wild CP (Ed.). *World cancer report 2014.* Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2014.
6. WHO Regional Office for Europe. *European health for all database*. Copenhagen: WHO. Disponibile all'indirizzo http://data.euro.who.int/hfadb/; ultima consultazione 20/12/2016.
7. ISTAT. *Indagine Multiscopo – Aspetti della vita quotidiana.* Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2015. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/it/archivio/91926; ultima consultazione 9/2/2016.
8. Shield KD, Rylett M and Rehm J. *Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990-2014.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/319122/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-19902014.pdf?ua=1; ultima consultazione 14/2/2017.
9. Poznyak V, Fleischmann A, Rekve D, Rylett M, Rehm J, Gmel G. The World Health Organization's Global Monitoring System on Alcohol and Health. *Alcohol Res.* 2013;35:244-9.
10. Rehm J, Larsen E, Lewis-Laietmark C, Gheorghe P, Poznyak V, Rekve D et al. Estimation of unrecorded alcohol consumption in low-, middle-, and high-income economies for 2010. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40:1283-9.
11. World Health Organization. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) 10th Revision.* Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo http://www.who.int/classifications/icd/en/; ultima consultazione 14/02/2017.
12. Lopez AD,Williams TN, Levin A, Tonelli M, Singh *Joint Action*, Burney PJG et al. Remembering the forgotten non-communicable diseases. *BMC Med.* 2014;12:200
13. Mokdad AA, Lopez AD, Shahraz S, Lozano R, Mokdad AH, Stanaway J, *et al*. Liver cirrhosis mortality in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *BMC Med* 2014;12:145
14. Blachier M, Leleu H, Peck-Radosavljevic M, Valla DC, Roudot-Thoraval F. *The burden of liver disease in Europe: a review of available epidemiological data.* Geneva: European Association for the Study of the Liver; 2013 Disponibile all'indirizzo: http://www.easl.eu/medias/EASLimg/Discover/EU/54ae845caec619f_file.pdf, ultima consultazione 14/2/2017.
15. Rush B. *An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind: with an account of the means of preventing, and of the remedies for curing them*. 8th edition. Reprint. Exeter: Richardson; 1785.
16. Rehm J, Taylor B, Mohapatra S, Irving H, Baliunas D, Patra J et al. Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Rev* 2010;29:437-45.

17. Rehm J, Samokhvalov AV, Shield KD. Global burden of alcoholic liver diseases. *J Hepatol* 2013;59:160-8.

18. Zatonski W, Sulkowska U, Manczuk M, Rehm J, Lowenfels AB, La Vecchia C. Liver cirrhosis mortality in Europe, with special attention to central and eastern Europe. *Eur Addict Res* 2010;16:193-201.

19. Tackling liver disease in the UK: a Lancet Commission. *Lancet* 2014;384:1902. Disponibile all'indirizzo: http://thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)62263-7/fulltext; ultima consultazione 14/2/2017.

20. International Agency for Research and Cancer. *Alcohol drinking.* Lyon: IARC; 1988. (Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 44). Disponibile all'indirizzo. http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol44/mono44.pdf, ultima consultazione 14/2/2017.

21. International Agency for Research and Cancer. *Alcohol consumption and ethyl carbamate.* Lyon: WHO, IARC; 2010. (Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 96). Disponibile all'indirizzo: http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol96/index.php; ultima consultazione: 14/2/2017.

22. International Agency for Research and Cancer. *Personal habits and indoor combustions. A review of human carcinogens.* Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2012. (Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 100). Disponibile all'indirizzo: http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E.pdf, ultima consultazione: 14/2/2017.

23. Rehm J, Shield K. Alcohol consumption. In: Steward BW, Wild CP (Ed.). *World cancer report.* Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014. p. 97-107.

24. Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami F, Fedirko V, *et al*. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer.* 2015;112:580-93.

25. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35:155-71.

26. Roerecke M, Rehm J. Alcohol intake revisited: risks and benefits. *Curr Atheroscler Rep* 2012;14:556-62.

27. Rehm J, Shield KD, Roerecke M, Gmel G. Modelling the impact of alcohol consumption on cardiovascular disease mortalityforcomparative risk assessments: an overview. *BMC Public Health* 2016;16:363.

28. Roerecke M, Rehm J. The cardioprotective association of average alcohol consumption and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2012;107:1246-60.

29. Patra J, Taylor B, Irving H, Roerecke M, Baliunas D, Mohapatra S, *et al*. Alcohol consumption and the risk of morbidity and mortality from different stroke types – a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2010;10:258.

30. Roerecke M, Rehm J. Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Med* 2014;12:182-6.

31. Roerecke M, Rehm J. Chronic heavy drinking and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Open Heart* 2014;1:e000135.

32. Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Am J Epidemiol* 2010;171:633-44.

33. Taylor B, Irving HM, Baliunas D, Roerecke M, Patra J, Mohapatra S et al. Alcohol and hypertension: gender differences in dose-response relationships determined through systematic review and meta-analysis. *Addiction* 2009;104:1981-90.

34. Samokhvalov AV, Irving HM, Rehm J. Alcohol as a risk factor for atrial fibrillation: a systematic review and metaanalysis. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17:706-12.

35. Shield K, Rehm J. Russia-specific relative risks and their effects on the estimated alcohol-attributable burden of disease. *BMC Public Health* 2015;15:482.

36. Ezzati M, Obermeyer Z, Tzoulaki I, Mayosi BM, Elliott P, Leon DA. Contributions of risk factors and medical care to cardiovascular mortality trends. *Nat Rev Cardiol*. 2015;12:508-30.

37. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, *et al*. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010;105:817-43.

38. Cherpitel CJ. Focus on: the burden of alcohol use – trauma and emergency outcomes. *Alcohol Res* 2013;35:150-4.

39. Rehm J. The risks associated with alcohol use and alcoholism. *Alcohol Res Health* 2011;34:135-43.

40. Shield KD, Gmel G, Patra J, Rehm J. Global burden of injuries attributable to alcohol consumption in 2004: a novel way of calculating the burden of injuries attributable to alcohol consumption. *Popul Health Metr* 2012;10:9

41. Gell L, Ally A, Buykx P, Hope A, Meier P. *Alcohol's harm to others: an Institute of Alcohol Studies report.* London: Institute of Alcohol Studies; 2015. Disponibile all'indirizzo: http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp18072015.pdf, ultima consultazione 14/2/2017.

42. Navarro HJ, Doran CM, Shakeshaft AP. Measuring costs of alcohol harm to others: a review of the literature. *Drug Alcohol Depend* 2011;114:87-99.

43. Eckardt M, File S, Gessa G, Grant KA, Guerri C, Hoffman PL et al. Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:998-1040.

44. Clausen T, Martinez P, Towers A, Greenfield T, Kowal P. Alcohol consumption at any level increases risk of injury caused by others: data from the Study on Global AGEing and Adult Health. *Subst Abuse* 2016;9:125-32.

45. Cherpitel C, Ye Y, Bond J, Borges G, Monteiro M, Chou P, *et al.* Alcohol attributable fraction for injury morbidity from the dose-response relationship of acute alcohol consumption: emergency department data from 18 countries. *Addiction.* 2015;110:1724-32.

46. Taylor B, Irving HM, Kanteres F, Room R, Borges G, Cherpitel C, *et al*. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug Alcohol Depend* 2010;110:108-16.

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

48. SIstema STAtistico Nazionale-ISTAT. *Programma statistico nazionale 2011-2013 Aggiornamento 2014-2016.* Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2015. Disponibile all'indirizzo: http://www.sistan.it/index.php?id=361; ultima consultazione 9/2/2016.

49. Bologna E. *L'uso e l'abuso di alcol in Italia – Anno 2015. Statistica Report.* Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2016. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/it/archivio/184658; ultima consultazione 6/2/2017.

50. Sassi F (Ed.). *Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy*. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponibile all'indirizzo: http://www.oecd.org/health/tackling-harmful-alcohol-use-9789264181069-en.htm; ultima consultazione 14/2/2017.

51. Rehm J, Mathers C, Popova S, *et al.* Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet* 2009;373(9682):2223-33.

52. Baan R, Straif K, Grosse Y, *et al.* Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.

53. Borges G, Loera CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Current Opinion in Psychiatry* 2010;23(3):195-204.

54. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of *Joint Action* RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines. Joint Action RARHA.* 2016. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf; ultima consultazione 10.01.2017.

55. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. Disponibile all'indirizzo: http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/21/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf; ultima consultazione 10.01.2017.

56. Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Di Pasquale L, Martire S, Scipione R. *Le linee guida europee: il ruolo di leadership dell'Istituto Superiore di Sanità nella Joint Action Europea per la riduzione del danno alcol-correlato (RARHA).* Roma. Istituto Superiore di Sanità; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2014/OK%20SCAFATO%20FACTSHEET%20RARHA%20APD%202014.pdf; ultima consultazione 10.01.2017.

57. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure.* Helsinki. National Institute for Health and Welfare; 2016. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1; ultima consultazione 10.01.2017.

58. Società Italiana di Nutrizione Umana. *Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana (LARN) IV Revisione.* Milano: SICS editore; 2014.

59. Rados Krnel S, Budde A, van Dalen W, van Dale D, Vegt K, Segura L, Palacio-Vieira J, Frango P, Misic J, Rozman T, Lamut A on behalf of *Joint Action* RARHA WP6. *Public Awareness, school-based and early interventions to reduce alcohol related harm. A tool kit for evidence-based good practice. Joint Action RARHA.* 2016; Disponibile all'indirizzo: http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Pages/details.aspx?itemId=10&lista=Work Package 6&bkUrl=/Resources/Deliverables/ ; ultima consultazione 10.01.2017.

60. European Commission endorsed by the Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA). *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016).* Brussels: European Commission; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf; ultima consultazione 9/2/2016.

61. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.* Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstragegy.pdf; ultima consultazione 9/2/2016.

62. WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen: WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf; ultima consultazione 9/2/2016.

63. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (traduzione a cura di). *Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf; ultima consultazione 9/2/2016.

64. Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS (A cura di). *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf; ultima consultazione 01/12/2015.

65. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf; ultima consultazione 9/2/2016.

66. 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).

67. ISTAT. *GeoDemo, Demografia in cifre*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://demo.istat.it/; ultima consultazione 9/2/2016.

68. Wagenaar AC, Toomey TL. Alcohol policy: gaps between legislative action and current research. *Contemporary Drug Problems* 2000;27:681-733.

69. Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Roma: Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, INRAN; 2003.

Serie Rapporti ISTISAN
numero di gennaio 2017

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

Roma, marzo 2017