

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

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

**Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS  
sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione  
delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute  
Rapporto 2011**

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo,  
Alessandra Rossi 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

**Rapporti ISTISAN  
11/4**

Istituto Superiore di Sanità

**Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2011.**

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

2011, vi, 59 p. Rapporti ISTISAN 11/4

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

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

Istituto Superiore di Sanità

**Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy. Evaluation of the National Observatory on Alcohol-CNESPS on the impact of the use and abuse of alcohol in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2011.**

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Alessandra Rossi and Silvia Ghirini for the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2011, vi, 59 p. Rapporti ISTISAN 11/4 (in Italian)

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

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

Si ringrazia l'Associazione Italiana dei Club Alcolisti in Trattamento (AICAT) e Alcolisti Anonimi (AA) per la cortese disponibilità e la collaborazione fornita attraverso la condivisione delle informazioni che sono state acquisite nel presente rapporto.

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

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

Per informazioni editoriali scrivere a: [pubblicazioni@iss.it](mailto:pubblicazioni@iss.it)

Citare questo documento come segue:

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Alessandra Rossi e Silvia Ghirini per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2011.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/4).

---

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

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



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

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

**Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA**

Emanuele SCAFATO (Coordinatore)

Pierfrancesco BARBARIOL

Silvia BRUNI

Tiziana CODENOTTI

Lucilla DI PASQUALE

Monica DI ROSA

Gino FARCHI

Lucia GALLUZZO

Claudia GANDIN

Silvia GHIRINI

Ilaria LONDI

Claudia MEDURI

Nicola PARISI

Valentino PATUSSI

Sonia MARTIRE

Lisa NADIR

Alessandra ROSSI

Rosaria RUSSO

Antonietta SCAFATO

Riccardo SCIPIONE

Elena VANNI

---

La presente pubblicazione è stata prodotta nell'ambito del progetto biennale "Mia-PNAS - Monitoraggio dell'impatto dell'alcol sulla salute in Italia, in supporto alla implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute", proposto e finanziato dal Ministero della Salute tramite le risorse del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) dello stesso Ministero.

La realizzazione del progetto è stata affidata dal Ministero all'Istituto Superiore di Sanità, che ne ha curato tutte le fasi di implementazione in qualità di ente attuatore tramite l'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS).



# INDICE

<b>Prefazione</b> .....	v
<b>Consumi di bevande alcoliche e modelli di consumo</b> .....	1
<b>Confronto con gli altri Paesi europei</b> .....	2
<i>European Health for All Database</i> della WHO .....	2
Indagine <i>Special Eurobarometer EU citizens' attitude towards alcohol</i> .....	3
Indagine ESPAD 2009.....	8
Indagine <i>Inequalities in young people's health</i> .....	10
<b>Consumi nella popolazione generale</b> .....	15
Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica) .....	15
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e super alcolici .....	16
Relazioni tra consumo di bevande alcoliche e alcuni parametri socio-demografici su dati ISTAT dell'Indagine Multiscopo 2009.....	17
<b>Comportamenti a rischio</b> .....	20
Consumatori fuori pasto.....	20
Consumatori <i>binge drinking</i> .....	21
Consumatori a rischio (criterio ISS) .....	22
Relazioni tra <i>binge drinking</i> e alcuni parametri socio-demografici su dati ISTAT dell'Indagine Multiscopo 2009.....	23
<b>Incidenti stradali</b> .....	26
Rapporto ACI-ISTAT 2009 .....	26
Rapporto ACI-CENSIS 2009.....	27
Dati dello studio PASSI.....	29
<b>Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni</b> .....	30
Italia nord-occidentale .....	31
Piemonte e Valle d'Aosta.....	31
Lombardia .....	31
Liguria.....	31
Italia nord-orientale .....	31
Trentino Alto Adige .....	31
Veneto .....	31
Friuli-Venezia Giulia .....	31
Emilia Romagna.....	32
Italia centrale .....	32
Toscana .....	32
Umbria .....	32
Marche .....	32
Lazio .....	32
Abruzzo.....	32
Molise .....	33

Italia meridionale .....	33
Campania .....	33
Puglia .....	33
Basilicata .....	33
Calabria .....	33
Italia insulare .....	34
Sicilia .....	34
Sardegna .....	34
<b>Consumo di alcol tra i giovani</b> .....	<b>35</b>
Consumatori al di sotto dell'età legale (11-15 anni) .....	36
Consumatori di 16-20 anni .....	36
Consumatori di 21-25 anni .....	37
<b>Consumo di alcol tra gli anziani</b> .....	<b>38</b>
Consumatori anziani "giovani" (65-74 anni) .....	39
Consumatori anziani "intermedi" (75-84 anni) .....	39
Consumatori ultra 85enni .....	40
Mortalità alcol-attribuibile .....	41
<b>Associazioni di volontariato</b> .....	<b>46</b>
Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento .....	46
Alcolisti Anonimi .....	48
<b>Conclusioni</b> .....	<b>51</b>
<b>Bibliografia</b> .....	<b>54</b>
<b>Bibliografia nazionale di approfondimento</b> .....	<b>56</b>

## PREFAZIONE

Dopo decenni di discussioni e un lungo processo di consultazione e di creazione di consenso, i Paesi afferenti all'Assemblea Mondiale della Sanità, riunita nella sede di Ginevra della *World Health Organization* (WHO), hanno adottato la prima strategia globale per ridurre l'uso rischioso di alcol.

La WHO stima che l'alcol causi 2,5 milioni di morti l'anno, 320 mila tra i 15 e i 29 anni. Il 3,8 per cento di tutte le morti sono attribuibili all'alcol; in Europa le prevalenze raddoppiano essendo la Regione Europea quella con il maggior consumo pro capite del pianeta. È sempre più evidente l'impatto su patologie importanti come il cancro, le patologie vascolari, quelle epatiche. Le ricadute nei giovani, invece, si fanno sentire soprattutto relativamente a incidenti stradali, suicidi e uso della violenza.

L'alcol è il terzo fattore di rischio per morti premature e disabilità nel mondo, il secondo in Europa, che si contraddistingue come l'area con i più rilevanti cambiamenti nei modelli di consumo alcolico rispetto agli stili e modelli tradizionali e il più elevato impatto registrato su scala mondiale in termini di disabilità, mortalità prematura e malattia.

La risoluzione dell'Assemblea Mondiale della WHO, adottata all'unanimità da 193 Stati Membri condivide la necessità e l'urgenza di una azione e di una articolata strategia di prevenzione. Le raccomandazioni, redatte dopo due anni di dibattito, non sono vincolanti, ma servono come orientamento per tutte le nazioni del mondo. Attraverso alcuni principi guida la strategia sollecita una attenta valutazione delle opzioni che le politiche di prevenzione e di controllo sull'alcol devono considerare per superare le barriere che impediscono l'esercizio del diritto della persona a vivere in un ambiente protetto dalle conseguenze negative dell'alcol. Si tratta di un invito alla responsabilità, che sintetizza l'approccio da perseguire nel breve, medio e lungo termine: responsabilità dell'individuo, della famiglia, ma anche responsabilità etica delle imprese, del mondo della produzione, della distribuzione, del marketing e delle stesse istituzioni.

Ovviamente per il raggiungimento di così ambiziosi obiettivi un ruolo centrale è affidato al monitoraggio epidemiologico alcol-correlato, reinterpretando anche la mera prassi statistica e arricchendola della componente di monitoraggio delle buone pratiche che hanno dimostrato l'utilità e l'efficacia in termini di prevenzione e contrasto dell'uso rischioso di alcol.

Il documento precedente, "Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Rapporto 2010", interpreta lo spirito che ha caratterizzato la risoluzione della WHO e il mandato istituzionale conferito da anni all'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), elaborando, analizzando, commentando i dati disponibili, applicando le competenze maturate a livello internazionale attraverso la partecipazione ai sistemi di monitoraggio globale del *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH) della WHO, condivisi dalla Comunità Europea, fornendo ai decisori politici le evidenze, i trend, i dati originali sulla mortalità parzialmente e totalmente alcol-attribuibile arricchite dai commenti di salute pubblica ispirati alle buone pratiche basate sull'evidenza e sull'efficacia quali quelle proposte nel manuale della WHO *Handbook for action to reduce alcohol-related harm* pubblicato nel 2009 rivolto ai *policy maker*, alla cui stesura ha contribuito il *WHO Collaborative Centre* (WHO CC) *Research on Alcohol* per la ricerca sull'alcol dell'ISS, identificando le azioni efficienti che costituiscono la cornice legale e scientifica della strategia mondiale per la riduzione del consumo nocivo di alcol.

Le conseguenze negative dell'uso rischioso e nocivo di alcol si registrano, come noto, anche a bassi livelli di consumo rappresentando un peso per le famiglie, le società e impattano sui sistemi sociali e sanitari, spesso ignorati, nonostante l'evidenza che l'onere sostenuto sia in crescita, anche a causa dell'incremento delle prestazioni specifiche (ospedalizzazione, ricorso ai servizi sanitari e al pronto soccorso, ricorso ai servizi per la riabilitazione dell'alcoldipendenza) e della gestione dei costi indiretti come quelli conseguenti alla incidentalità stradale alcol-correlata, prima causa di morte tra i giovani in Italia, e al traghetamento verso il consumo di droghe illegali di cui l'alcol favorisce l'assunzione "ricreazionale" nei luoghi di aggregazione giovanile. Si tratta di un fenomeno la cui gravità è oggi condivisa da 193 Stati membri e che richiede un forte sostegno finanziario alla prevenzione e un investimento reale nella ricerca e nel monitoraggio, per giungere a fornire un equo bilanciamento all'impatto degli enormi investimenti che il mondo della produzione destina al marketing delle bevande alcoliche, investimenti che superano in Italia di 160 volte quelli oggi destinati alla prevenzione e alla tutela dal rischio alcol-correlato. Anziani e minori sono le categorie più vulnerabili e più esposte al danno alcol-correlato. La strategia a questo proposito richiede "un serio e strutturato approccio rivolto all'identificazione precoce e all'intervento attraverso strumenti, come l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), che il WHO CC, l'ONA del CNESPS, in collaborazione con la Società Italiana di Alcologia (SIA), hanno da anni contribuito a validare anche in Italia. Sulla base dei dati e delle tendenze registrate e analizzate attraverso le elaborazioni del presente report, oggi più che mai, appare indispensabile integrare questi strumenti nella pratica clinica e ambulatoriale quotidiana, attraverso una formazione del personale sanitario, oggi carente sulla base dei riscontri fatti a livello europeo dal progetto *Alcohol Public Health Research Alliance* (AMPHORA) (Comunità Europea, VII Programma Quadro) e *Primary Health care European Project on Alcohol* (PHEPA) (Comunità Europea e Dipartimento della Salute del Governo della Catalonia, Spagna), con la speranza che la sensibilità e la cultura della prevenzione del rischio e del danno possano, nell'interesse della collettività, assumere la valenza e il ruolo capaci di ridurre nel tempo l'esigenza di risorse irragionevolmente destinate alla cura tardiva della dipendenza secondo l'assunto che un grammo di prevenzione costi sempre meno di un chilo di cura.

Il WHO CC per la ricerca sull'alcol dell'ISS e l'ONA per il prossimo triennio collaboreranno con rinnovata capacità tecnico-scientifica al monitoraggio nazionale e internazionale dell'implementazione delle politiche alcolologiche che già stanno derivando dall'adozione della strategia mondiale coordinando, su mandato della WHO, la definizione del prossimo Piano d'Azione Europeo sull'Alcol che è stato completato a Roma, all'ISS nel dicembre 2010 testimonianza che l'esercizio di monitoraggio epidemiologico si qualifica sempre più come uno strumento indispensabile per la realizzazione di iniziative di prevenzione basate sull'evidenza e sulla necessità di mantenere le politiche alcolologiche sempre adese alle esigenze di centralità dell'individuo reso consapevole e responsabile degli stili di vita e di consumo salutari.

Prof. Emanuele SCAFATO  
*Direttore del Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti*  
*Direttore del WHO CC Research on Alcohol*  
*Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS*  
*Presidente della Società Italiana di Alcologia*  
*Vice Presidente della Federazione Europea delle Società Scientifiche*  
*sulle Dipendenze*

## CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E MODELLI DI CONSUMO

L'Unione Europea è la regione con il maggior numero di consumatori di bevande alcoliche e con il più alto tasso di consumo al mondo. A quest'ultimo riguardo, ogni adulto beve in media 11 litri di alcol puro all'anno, un livello di oltre due volte e mezzo superiore alla media mondiale. Nell'Europa dei 25, circa 53 milioni di adulti (14%) non consumano alcolici; circa 58 milioni (16%) sono invece classificati come forti bevitori (un consumo superiore a 20 g di alcol al giorno per le donne, e superiore a 40 g per gli uomini) di cui circa 23 milioni (6%) risultano alcolodipendenti (1).

Nell'Unione Europea, il consumo di alcol è il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura, dopo il tabacco e l'ipertensione ed è causa di circa 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro. Ogni anno 195.000 individui muoiono in Europa a causa dell'alcol (il 12% dei casi di mortalità prematura nei maschi e il 2% nelle femmine) ed è causa di costi tangibili pari a 125 miliardi di euro l'anno (l'1,3% del PIL europeo) a cui sono da aggiungere circa 270 miliardi di euro relativi ai costi intangibili (2).

Il consumo rischioso e dannoso di bevande alcoliche come è noto contribuisce in maniera significativa ai problemi di salute, agli incidenti e ai decessi stradali e a numerose conseguenze sociali in ambito familiare, scolastico e lavorativo e ai fenomeni della criminalità, della violenza e dell'emarginazione sociale.

Il danno causato dall'alcol non interessa solo chi beve ma si ripercuote anche sugli altri, sulla famiglia, sulla collettività. I problemi causati a terzi da parte dei bevitori spaziano dal semplice disturbo della quiete pubblica, i rumori molesti notturni, fino a conseguenze più serie come i maltrattamenti coniugali, l'abuso sui minori, la criminalità e la violenza. È stato stimato che 1 omicidio su 4 è alcol-correlato. Attualmente si stima che in Europa 5-9 milioni di bambini vivano in famiglie con problemi di alcol (2).

Considerato l'impatto negativo sulla persona e sulla società del consumo rischioso e dannoso di alcol, nel 2006 è stata adottata la strategia dell'UE volta a sostenere gli Stati membri nel ridurre i danni alcol-correlati (3). Il primo rapporto sull'implementazione della suddetta strategia indica che nel 2009 numerose iniziative sono state attivate e in particolare gran parte degli Stati Membri ha adottato nuove politiche sull'alcol quali l'innalzamento dell'età legale per la vendita e la somministrazione di alcol e l'abbassamento dei livelli di alcolemia consentita alla guida per i giovani e i neopatentati (4).

Importanti studi epidemiologici condotti sia a livello nazionale che internazionale confermano che il rischio di morbilità, di mortalità e di conseguenze sociali nella popolazione aumenta in misura direttamente proporzionale all'aumentare della quantità ingerita senza alcun effetto soglia apparente.

Il consumo a rischio di alcol (inteso come un livello di consumo o una modalità del bere che può essere causa di rischio per la salute a seguito del persistere di tali abitudini) è stimato in Europa pari al 15% dei consumatori e il *binge drinking* (il bere per ubriacarsi, o consumo eccessivo episodico inteso come il consumo di almeno 6 unità di alcol in un'unica occasione) è giunto a caratterizzarsi, anche in Italia, come un fenomeno rapidamente diffuso a fasce sempre più ampie di popolazione e non più relegato alle fasce giovanili.

All'interno di questo contesto, è importante, quindi, monitorare i modelli di consumo dei cittadini dell'Unione Europea, la consapevolezza e le conoscenze relative ai rischi per la salute e per le conseguenze commesse alle problematiche sociali, l'opinione della popolazione rispetto alle politiche per ridurre i danni alcol-correlati.

## CONFRONTO CON GLI ALTRI PAESI EUROPEI

In questo capitolo sono confrontati i dati relativi alle abitudini di consumo alcolico degli italiani rispetto a quelli di altri Paesi europei. In particolare sono state analizzate e valutate le quattro più importanti basi di dati al momento disponibili:

1. *European Health for All Database* della WHO;
2. Indagine *Special Eurobarometer EU citizens' attitude towards alcohol*;
3. Indagine ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*) 2009;
4. Indagine *Inequalities in young people's health*.

### **European Health for All Database della WHO**

Rispetto alle informazioni fornite e disseminate a livello nazionale attraverso i rapporti degli anni precedenti, in questa sezione vengono forniti e analizzati i nuovi dati, aggiornati all'anno 2005, relativi ai 27 Paesi europei. I dati dello *European Health For All database* (HFA-DB) (5) rilevati dall'Ufficio Regionale della WHO per l'Europa, mostrano che in Italia i litri pro capite di alcol puro consumati nella popolazione di età superiore a 15 anni sono lievemente diminuiti (da 8,61 nel 2001 a 8,02 nel 2005) (Tabella 1).

**Tabella 1. Alcol puro consumato (litri pro capite) da soggetti di età superiore a 15 anni**

Paesi	2001	Paesi	2003	Paesi	2005
1 Malta	5,77	Malta	5,24	Malta	5,26
2 Svezia	6,00	Svezia	7,00	Svezia	6,60
3 Polonia	7,71	<b>Italia</b>	<b>8,61</b>	<b>Italia</b>	<b>8,02</b>
4 Slovenia	7,84	Grecia	8,73	Grecia	9,21
5 <b>Italia</b>	<b>8,61</b>	Finlandia	9,30	Cipro	9,29
6 Grecia	8,65	Polonia	9,33	Polonia	9,47
7 Cipro	8,81	Lettonia	9,40	Belgio	9,69
8 Lituania	8,90	Belgio	9,86	Finlandia	9,95
9 Finlandia	8,95	Slovacchia	9,90	Spagna	10,03
10 Lettonia	9,06	Cipro	9,98	Lettonia	10,20
11 Olanda	9,94	Spagna	10,24	Slovenia	10,53
12 Belgio	10,31	Olanda	10,71	Romania	10,54
13 Regno Unito	10,33	Romania	10,80	Olanda	10,71
14 Slovacchia	10,73	<b>EU (27)</b>	<b>11,08</b>	<b>EU (27)</b>	<b>10,92</b>
15 Austria	10,79	Lituania	11,40	Bulgaria	10,94
<b>EU (27)</b>	<b>11,02</b>	Bulgaria	11,46	Slovacchia	11,00
16 Estonia	11,20	Danimarca	11,55	Danimarca	11,27
17 Spagna	11,46	Regno Unito	11,70	Regno Unito	11,54
18 Danimarca	11,60	Germania	11,92	Germania	11,67
19 Bulgaria	11,72	Lussemburgo	12,03	Lussemburgo	11,75
20 Romania	12,04	Slovenia	12,18	Portogallo	12,18
21 Portogallo	12,21	Ungheria	12,33	Lituania	12,50
22 Lussemburgo	12,25	Austria	12,60	Ungheria	12,51
23 Ungheria	12,40	Estonia	12,81	Austria	12,70
24 Germania	12,46	Portogallo	12,85	Francia	13,24
25 Irlanda	13,76	Irlanda	13,35	Irlanda	13,35
26 Francia	14,20	Francia	13,49	Repubblica Ceca	14,82
27 Repubblica Ceca	15,05	Repubblica Ceca	15,32	Estonia	16,24

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati HFA-DB della WHO

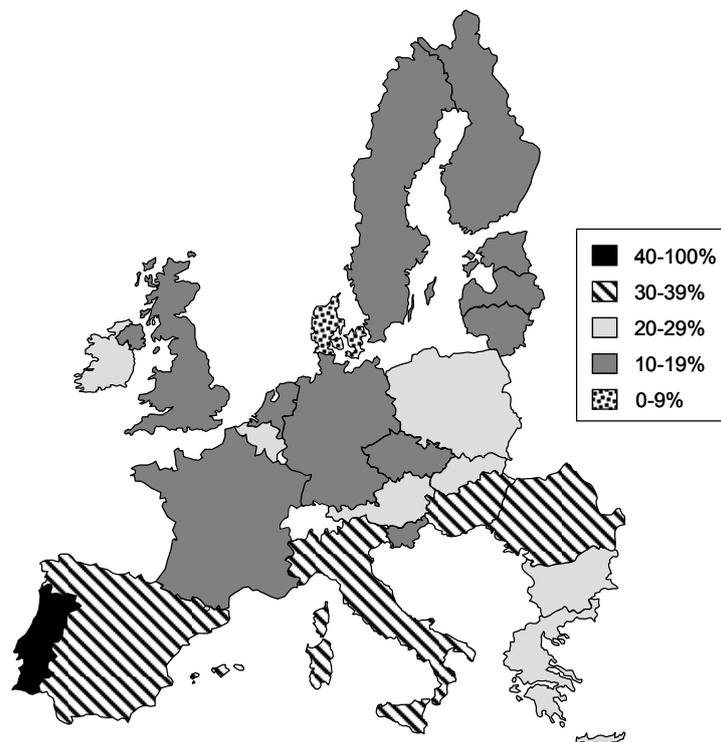
Il consumo di alcol espresso in litri pro capite di alcol puro consumati dalla popolazione italiana (nel 2001 nettamente inferiori alla media dell'Europa dei 27) si modifica rispetto alla media europea determinando la risalita dell'Italia dalla 5<sup>a</sup> alla 3<sup>a</sup> posizione nella graduatoria dei Paesi EU27 dopo Malta e la Svezia.

A questo proposito è tuttavia importante segnalare che l'aggiornamento dei dati HFA utilizza quale indicatore di consumo di alcol puro pro capite soltanto quello registrato, formalmente dichiarato, al fine di rendere più semplice un paragone tra i diversi Paesi, dal momento che la quota non registrata (precedentemente inclusa nell'HFA-DB) è in alcuni Paesi una parte significativa del consumo totale. Pertanto il dato attuale è solo apparentemente diminuito rispetto ai dati riportati dalla WHO negli anni precedenti.

Il dato italiano del 2005 si conferma quindi al di sopra del livello di consumo medio pro capite che la WHO raccomanda di raggiungere per il 2015 (pari a 6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni), sebbene il trend registrato sia in diminuzione.

## Indagine *Special Eurobarometer* *EU citizens' attitude towards alcohol*

Nell'indagine *Special Eurobarometer EU citizens' attitude towards alcohol* 331-72.3 (6) (condotta nell'ottobre 2009 e pubblicata nell'aprile 2010) l'Italia, con una percentuale del 39% di individui che non hanno consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi (stabile rispetto alla rilevazione precedente), risulta essere, con il Portogallo, il Paese con la più alta percentuale di astemi (la più bassa si registra in Danimarca con il 7%) (Figura 1).



**Figura 1. Non consumatori di bevande alcoliche (%) negli Stati Membri negli ultimi 12 mesi**  
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati *Special Eurobarometer* 331-72.3)

Tra coloro che in Italia hanno dichiarato di aver consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno, il 94% sostiene tuttavia di averne consumato nel corso degli ultimi 30 giorni a fronte di una media europea dell'88%.

Circa la metà dei cittadini dell'Europa dei 27 (49%) dichiara di bere da 1 e 3 volte a settimana. Relativamente al consumo giornaliero, il 25% dei consumatori italiani dichiara di bere tutti i giorni rispetto alla media dei 27 Paesi europei del 14%; i portoghesi, con il 43% presentano il più alto valore europeo di consumo giornaliero (Tabella 2). Le percentuali rispecchiano quanto già emerso dalla rilevazione precedente effettuata nell'autunno del 2006.

**Tabella 2. Consumo (%) di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni**

Paesi	Tutti i giorni	Frequenza settimanale			Frequenza mensile		Non ricordo/ rifiuto
		4-5 volte	2-3 volte	1 volta	2-3 volte	1 volta	
		<b>EU27</b>	<b>14</b>	<b>9</b>	<b>23</b>	<b>26</b>	
Belgio	14	9	24	26	17	10	0
Bulgaria	14	14	26	25	13	8	0
Repubblica Ceca	7	7	18	29	23	16	0
Danimarca	12	9	25	26	19	9	0
Germania	9	10	21	32	16	11	1
Estonia	4	3	12	28	31	21	1
Irlanda	3	4	27	36	17	11	2
Grecia	13	10	24	28	13	12	0
Spagna	23	10	22	26	12	7	0
Francia	20	6	21	27	16	9	1
Italia	25	13	24	19	12	6	1
Cipro	6	4	23	34	19	14	0
Lettonia	2	3	9	22	33	31	0
Lituania	1	4	12	24	25	34	0
Lussemburgo	17	8	23	25	12	15	0
Ungheria	11	11	14	23	22	19	0
Malta	17	5	19	36	14	9	0
Paesi Bassi	21	12	27	20	14	6	0
Austria	7	15	32	25	14	6	1
Polonia	1	5	19	26	24	23	2
Portogallo	43	10	16	15	9	7	0
Romania	13	13	18	25	15	13	3
Slovenia	13	6	17	29	22	12	1
Slovacchia	4	4	15	30	27	20	0
Finlandia	3	6	20	30	27	14	0
Svezia	1	6	24	31	25	12	1
Regno Unito	11	11	30	24	14	9	1

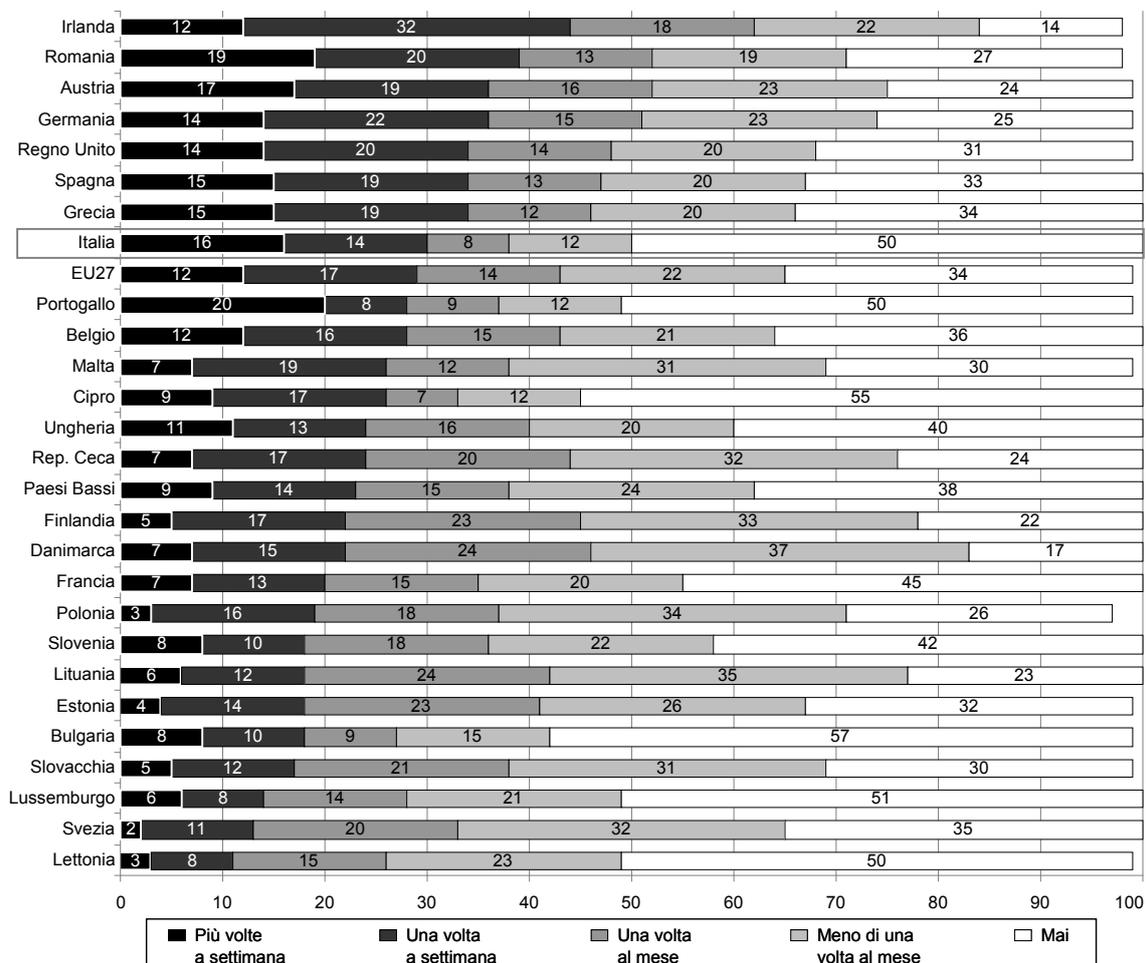
 % più alte nel Paese

 % più alte in Europa

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Special Eurobarometer 331-72.3

Nelle rilevazioni del 2003 i Paesi con la più alta media di bicchieri al giorno sono stati Irlanda, Finlandia, Danimarca e Regno Unito. Nel 2006 e nel 2009 questi stessi Paesi hanno mantenuto la percentuale più elevata di bevitori di oltre 2 bicchieri di alcolici nella giornata tipica in cui bevono. L'Italia, collocandosi al lato opposto della graduatoria dei Paesi europei (EU15 nel 2003; EU25 nel 2006; EU27 nel 2009), continua ad essere il Paese con la media o il numero più basso di bicchieri consumati in una giornata.

Tra coloro che hanno dichiarato un consumo di alcol nell'ultimo anno (Figura 2), in Italia ha dichiarato di non aver mai assunto 5 o più Unità Alcoliche (UA, 12 g di alcol) in un'unica occasione il 50% della popolazione, dato tra i più alti in Europa dove la media si attesta intorno al 34%. A livello europeo, tra coloro che invece hanno dichiarato di aver bevuto almeno una volta alla settimana oltre 5 UA in una singola occasione, le percentuali più elevate si riscontrano in Irlanda (44%), Romania (39%), Germania e Austria (36%); l'Italia, con il 30% risulta tuttavia al di sopra del dato medio europeo insieme a Regno Unito (34%), Spagna (34%) e Grecia (34%).



**Figura 2. Quante volte (%) negli ultimi 12 mesi hai bevuto 5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione (*binge drinking*)**  
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Special Eurobarometer 331-72.3)

Nell'indagine condotta nel 2009 è stata indagata la percezione del rischio di malattia e di conseguenze sociali legati al consumo di bevande alcoliche tra i cittadini dell'Unione Europea.

Il livello di alcolemia (*Blood Alcohol Concentration, BAC*) al di sopra del quale la guida non è consentita ed è punibile per legge, in Italia è attualmente di 0,5 g/L e negli altri Paesi europei varia da 0 (Repubblica Ceca, Ungheria e Romania) a 0,8 g/L (Irlanda, Malta, Regno Unito). Esiste una diversa conoscenza dei limiti nei diversi Stati Membri. La conoscenza è massima nella Repubblica Ceca (75%) (dove il limite per legge è 0).

In Italia nessun intervistato ha fornito una risposta corretta dimostrando di ignorare completamente il limite di legge, mentre la quota di quelli che non rispondono è risultata pari al 64% rispetto al 37% della media europea (37%) (Tabella 3). Ciò depone per l'assoluta carenza di iniziative di comunicazione e di informazione specifica evidentemente trascurate nella nostra nazione rispetto al resto d'Europa, dove campagne istituzionali godono di finanziamenti costanti e di lunga durata nel rispetto delle strategie di prevenzione nazionali in atto.

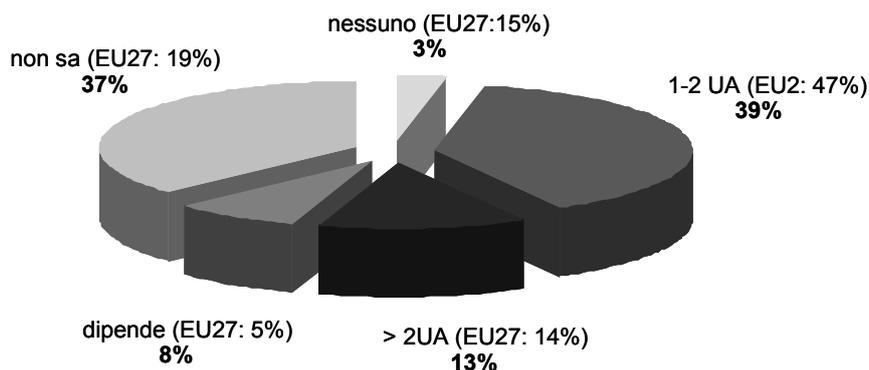
**Tabella 3. Percezione (%) dell'aumento dei rischi di salute e sociali legati al consumo di bevande alcoliche**

Sei d'accordo* che il consumo di alcol può incrementare il rischio di:	Italia	Media EU27	Min EU27	Max EU27
<b>Condizioni di salute</b>				
Malattie del fegato	95	97	95	99
Malattie cardiache	89	86	71	93
Cancro	72	67	51	82
Asma	62	42	20	64
Depressione	86	85	77	92
Difetti alla nascita	87	84	59	96
<b>Problemi sociali</b>				
Difficoltà coniugali	87	94	87	99
Perdita di produttività lavorativa	92	94	88	99
Scarso rendimento scolastico	92	94	90	99
Violenza sulle strade	94	96	91	99

\* espresso come d'accordo + totalmente d'accordo

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Special Eurobarometer 331-72.3.

Per valutare le percezioni individuali degli intervistati sui rischi connessi alla guida, è stato chiesto quanti bicchieri (UA) di bevande alcoliche possano essere assunti 2 ore prima di guidare (Figura 3). A livello europeo, una chiara maggioranza (61%) ritiene che non si dovrebbe guidare dopo aver bevuto una o più bevande alcoliche; in Italia questo valore è condiviso dal 52% degli intervistati.



**Figura 3. Dopo quanti bicchieri (UA) (%) consumati in due ore una persona non dovrebbe guidare?**  
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Special Eurobarometer 331-72.3)

Il 15% dei cittadini europei pensa inoltre che nessun livello di consumo è sicuro; in Italia tale percentuale è solo del 3% a testimonianza e conferma che molto è da fare al fine di garantire, da un lato, la massima diffusione di una informazione valida e corretta e, dall'altro, la necessità di controllare anche tutte le informazioni confondenti che alcuni settori della produzione e spesso le stesse istituzioni contribuiscono a diffondere attraverso le strategie di promozione e tutela dei prodotti alcolici.

I livelli di consapevolezza dei cittadini dell'Unione Europea sul danno per la salute derivante dal consumo di alcol è stato valutato per la prima volta nell'indagine *Eurobarometer 2009* (331-72.3), chiedendo agli intervistati se fossero d'accordo o meno sul fatto che il consumo di bevande alcoliche potesse aumentare il rischio di insorgenza di problematiche legate alle condizioni di salute e problematiche sociali (vedi Tabella 3).

L'elenco delle condizioni di salute sulle quali è stato posto il quesito comprendeva: malattie del fegato, malattie cardiache, tumori, depressione e difetti alla nascita. L'asma è stata inclusa come condizione patologica di controllo e confondente considerato che dovrebbe essere noto e comunque dimostrato che non esistono evidenze di causalità tra il consumo di alcol e l'insorgenza d'asma. La connessione tra alcol e rischio di malattie del fegato è risultato di gran lunga il più conosciuto sia a livello europeo (97%) che nazionale (95%), sebbene il dato italiano risulti essere il più basso registrato tra tutti i 27 Paesi considerati. La percentuale di italiani, correttamente consapevoli dei rischi alcol correlati considerati causali di malattie cardiache, depressione e difetti alla nascita, è risultata leggermente inferiore rispetto alle malattie del fegato (89%, 86% e 87% rispettivamente) ma in linea con i dati europei. La consapevolezza della correlazione causale tra alcol e insorgenza di tumori si è attestata ad un livello molto più basso (67%) tra i cittadini europei contro il 72% degli italiani, percentuale tra le più elevate nei Paesi europei, in cui i valori percentuali variano dal 51% nei Paesi Bassi all'82% in Francia. C'è anche un certo livello di "falsa conoscenza" dei rischi legati all'asma dal momento che in Italia il 62% degli intervistati ritiene erroneamente che il consumo di bevande alcoliche può aumentarne il rischio, livello d'accordo nazionale nettamente inferiore alle altre condizioni ma comunque superiore al dato medio europeo (42%).

L'alcol è riconosciuto come importante fattore di rischio sociale dalla quasi totalità degli intervistati in tutta Europa; il consumo di bevande alcoliche è riconosciuto, a tale riguardo, come un determinante delle difficoltà coniugali, della perdita di produttività lavorativa, dello scarso rendimento scolastico e della violenza sulle strade (vedi Tabella 3). In Italia, le percentuali si presentano leggermente più basse del dato medio europeo per tutte le condizioni considerate; la maggior consapevolezza è emersa per la violenza sulle strade (94%), la più bassa per le difficoltà coniugali (87%), dato quest'ultimo che risulta il più basso dei 27 Paesi europei.

Il sostegno dei cittadini dell'Unione Europea per le politiche sull'alcol è stato misurato chiedendo agli intervistati quale delle seguenti affermazioni sentisse più vicina alle proprie convinzioni: a) "gli individui sono abbastanza responsabili da proteggersi dai danni alcol-correlati"; b) "le autorità pubbliche sono tenute a intervenire per proteggere le persone dai danni legati all'alcol". A livello europeo il 53% ha sottolineato l'importanza della responsabilità individuale e il 43% la necessità di un intervento pubblico. L'Italia (66%) risulta essere in cima alla lista dei Paesi in cui i cittadini ritengono necessario un intervento delle autorità pubbliche al fine di proteggere la popolazione dai danni alcol-correlati, seguita da Ungheria (65%) e Portogallo (56%).

Relativamente ad alcol e guida (Tabella 4), e alla possibilità di non consentire, per legge, la guida ai giovani conducenti e neopatentati con un livello di alcolemia superiore a 0,2 g/L, l'Italia mostra un orientamento più favorevole rispetto alla media EU27 (77 vs 73%).

Analogamente l'Italia è più favorevole rispetto alla media EU27 anche in merito alla opportunità di controlli casuali del tasso di alcolemia da parte della polizia stradale per la riduzione del fenomeno del bere alla guida (90 vs 83%).

**Tabella 4. Sostegno (%) dei cittadini dell'Unione Europea per le politiche sull'alcol**

Domanda	Italia	Media EU27	Min EU27	Max EU27
Sei d'accordo a porre il livello di alcolemia (TA) consentito per i conducenti giovani e inesperti a 0,2 g/L in tutti i 27 Stati membri dell'Unione?	77	73	32	91
Sei d'accordo che l'impiego di controlli random del tasso alcolemico della polizia sulle strade dell'UE possano ridurre il consumo di alcol prima di guidare?	90	83	71	94
Sei d'accordo sull'introduzione del divieto della pubblicità per bevande alcoliche rivolte ai giovani in tutti gli Stati Membri dell'UE?	84	77	63	92
Sei d'accordo che vendere e servire alcolici a persone di età inferiore ai 18 anni dovrebbe essere vietato in tutti gli Stati membri dell'UE?	91	89	70	97
Sei d'accordo sull'apposizione di avvisi sulle bottiglie di bevande alcoliche con lo scopo di mettere in guardia le donne incinte e conducenti dei pericoli del bere alcolici?	88	79	57	93
Sei d'accordo sull'inserimento di avvisi nelle pubblicità delle bevande alcoliche con lo scopo di mettere in guardia le donne incinte e conducenti dei pericoli del bere alcolici?	91	82	63	95

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati *Special Eurobarometer* 331-72.3.

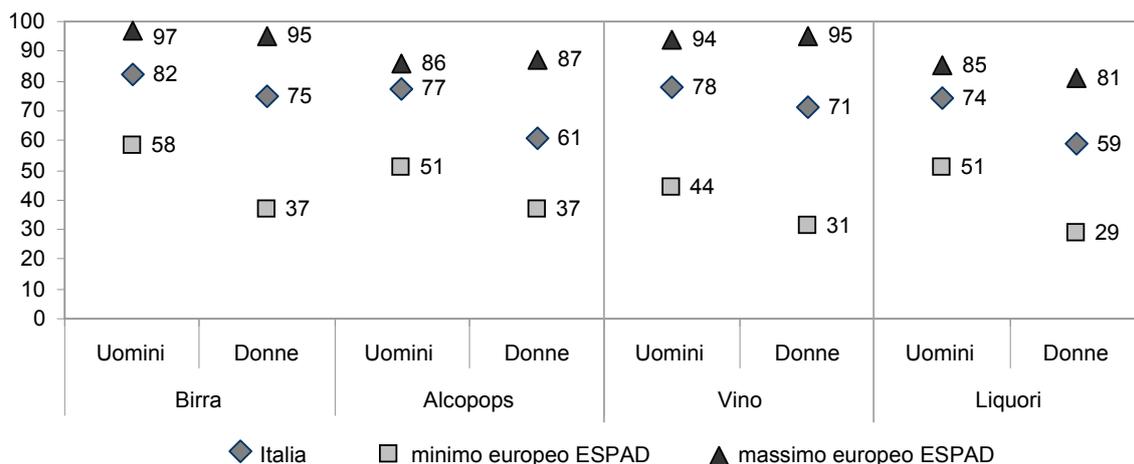
Relativamente alla pubblicità delle bevande alcoliche, 4 domande dell'indagine *Eurobarometer* 331-72.3 hanno valutato l'opinione dei cittadini. Gli italiani hanno fatto registrare la massima percentuale in Europa di sostenitori agli interventi proposti dichiarandosi in accordo nel vietare la pubblicità rivolte ai minori di bevande alcoliche, nella necessità di vendere e somministrare alcolici ai minori di 18 anni, nell'opportunità di inserire avvertimenti (*warning labels*) sui rischi per la salute sulle bottiglie di bevande alcoliche per le donne in gravidanza e i conducenti di veicoli, nell'opportunità di includere, nel corso di pubblicità delle bevande alcoliche, avvertimenti per le donne in gravidanza e i conducenti di veicoli (vedi Tabella 4).

## Indagine ESPAD 2009

Il rapporto dello *European School Survey Project on Alcohol and other Drugs* (ESPAD) del 2009 (7) analizza dati di oltre 100.000 studenti di 35 Paesi europei: Armenia, Austria, Belgio-Fiandre, Bulgaria, Croazia, Cipro, Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Isole Faroe, Finlandia, Francia, Germania (in 7 su 16 Stati federali), Grecia, Ungheria, Islanda, Irlanda, Isola di Man, Italia, Lettonia, Lituania, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Norvegia, Polonia, Portogallo, Romania, Federazione Russa, Slovacchia, Slovenia, Svezia, Svizzera, Ucraina e Regno Unito.

La popolazione target per il progetto è rappresentata da studenti che hanno compiuto 16 anni nel corso dell'anno di raccolta dei dati (2007), vale a dire studenti nati nel 1991.

La percezione della disponibilità delle bevande alcoliche varia a seconda del Paese e della bevanda considerata (Figura 4). La bevanda che più delle altre è percepita come di più facile reperibilità in Italia è la birra (maschi: 82%; femmine: 75%) seguita da vino (maschi: 78%; femmine: 71%), *alcolpops* (maschi: 77%; femmine: 61%) e liquori (maschi: 74%; femmine: 59%). Per tutte le bevande considerate si registra una diversa percezione della disponibilità legata al sesso dell'intervistato. Nei ragazzi in particolare, si registrano valori che fanno comparire l'Italia tra i Paesi con le percentuali più elevate.



**Figura 4. Confronto sulla percezione (%) della disponibilità di diverse bevande alcoliche per genere (risposte "abbastanza facile" o "molto facile" da ottenere)**  
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ESPAD 2009)

In Italia (Tabella 5), il 91% dei ragazzi e l'88% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto bevande alcoliche almeno una volta nella vita (range EU27 Maschi + Femmine: 66-97%) e il 30% dei ragazzi e il 16% delle ragazze di averlo fatto oltre 40 volte. Non tutti gli studenti italiani che hanno dichiarato di aver bevuto nel corso della vita tuttavia, lo ha fatto nel corso dell'ultimo anno (81%); a livello europeo le percentuali sono risultate superiori al 90% solo in 5 Paesi dei 34 analizzati (Austria 92%; Repubblica Ceca 93%; Germania 91%; Isola di Man e Danimarca 94% sebbene la comparabilità di quest'ultimo dato sia limitata). Differenze di genere sono più evidenti quando si considera la frequenza delle occasioni di consumo: il 12% degli italiani e il 5% delle italiane hanno dichiarato di aver bevuto più di 40 volte nel corso dell'anno. Analizzando infine il consumo negli ultimi 30 giorni, il 63% dei giovani in Italia ha dichiarato di averne fatto uso. Anche in questo caso le differenze di genere sono più evidenti tra coloro che hanno consumato bevande alcoliche oltre 10 volte nel corso del mese.

Le bevande più consumate risultano essere la birra (maschi: 61%; femmine: 46%) e gli *alcolpops* (maschi: 52%; femmine: 46%) seguiti da vino per i ragazzi (50%) e liquori per le ragazze (40%). Il 38% dei giovani italiani dichiara di essersi ubriacato almeno una volta nel corso della vita e il dato risulta al di sotto della media dei Paesi ESPAD (il valore più elevato si registra in Danimarca); di questi il 27% lo ha fatto nel corso dell'ultimo anno e il 3% per oltre dieci volte (maschi: 3%; femmine: 1%). Le ubriacature recenti (ultimi 30 giorni) sono state dichiarate in Italia dal 14% dei ragazzi e dall'11% delle ragazze e in quasi tutti i casi l'episodio è avvenuto meno di 10 volte nel corso del mese.

In oltre 20 dei 35 Paesi ESPAD (tra cui l'Italia), il 44% dei giovani ha dichiarato di aver consumato birra ad un'età inferiore a 13 anni (maschi: 50%; femmine: 38%) e la situazione rimane più o meno la stessa per il vino (maschi: 47%; femmine: 36%). L'Italia infine – nonostante risulti essere tra i Paesi con le più basse percentuali di ragazzi che hanno dichiarato di essersi ubriacati ad un'età inferiore a 13 anni insieme ad Armenia (1%), Grecia (6%) e Portogallo (7%) – registra comunque un 10% dei ragazzi e un 6% delle ragazze che hanno risposto in maniera affermativa a questo quesito.

Tabella 5. Abitudini di consumo dei giovani italiani dell'indagine ESPAD 2009

Abitudini di consumo		Maschi		Femmine		Totale	
		%	Range EU*	%	Range EU*	%	Range EU*
<b>Consumo di bevande alcoliche</b>							
Nella vita (n. di volte)	>0	91	(65-97)	88	(68-98)	90	(66-97)
	1-9	30	(13-45)	42	(17-50)	35	(15-47)
	10-39	31	(15-38)	30	(15-45)	31	(17-42)
	40+	30	(10-58)	16	(6-48)	23	(9-52)
Negli ultimi 12 mesi (n. di volte)	>0	84	(52-96)	79	(58-95)	81	(56-94)
	1-9	44	(27-54)	50	(31-63)	48	(29-57)
	10-39	28	(11-37)	23	(7-42)	25	(11-39)
	40+	12	(3-36)	5	(0-22)	8	(2-30)
Negli ultimi 30 giorni (n. di volte)	>0	69	(28-82)	58	(27-80)	63	(31-80)
	1-9	51	(16-65)	49	(27-70)	50	(30-68)
	10-39	15	(1-26)	8	(1-22)	11	(1-25)
	40+	3	(0-8)	1	(0-2)	2	(0-5)
Negli ultimi 30 giorni (tipologia di bevanda)	Birra	61	(31-77)	46	(17-63)	53	(30-70)
	Alcolpops	52	(5-60)	46	(4-63)	49	(5-59)
	Vino	50	(10-66)	34	(10-61)	42	(11-63)
	Liquori	46	(22-65)	40	(9-65)	43	(16-64)
<b>Ubbriacature</b>							
Nella vita (n. di volte)	>0	39	(25-82)	37	(9-76)	38	(15-79)
	1-9	31	(23-58)	33	(9-55)	32	(15-55)
	10-39	6	(2-21)	3	(0-21)	5	(0-21)
	40+	1	(0-12)	1	(0-7)	1	(0-9)
Negli ultimi 12 mesi (n. di volte)	>0	28	(13-75)	27	(4-71)	27	(8-73)
	1-9	24	(12-53)	24	(3-56)	25	(7-55)
	10-39	3	(0-18)	1	(0-14)	3	(0-16)
	40+	1	(0-3)	0	(0-4)	0	(0-3)
Negli ultimi 30 giorni (n. di volte)	>0	14	(4-51)	11	(1-47)	12	(2-49)
	1-9	12	(4-44)	10	(1-43)	11	(2-44)
	10-39	1	(0-7)	0	(0-3)	1	(0-5)
	40+	0	(0-1)	0	(0-1)	0	(0-1)
<b>Consumo di bevande alcoliche e ubbriacature prima dei 13 anni</b>							
Bevande alcoliche	Birra	50	(24-74)	38	(20-69)	44	(22-71)
	Alcolpops	36	(5-60)	27	(3-58)	31	(4-59)
	Vino	47	(16-61)	36	(10-61)	41	(13-59)
	Liquori	23	(10-39)	16	(7-33)	20	(9-34)
Ubbriacature		10	(6-36)	6	(1-29)	7	(5-30)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ESPAD 2009

## Indagine *Inequalities in young people's health*

Lo studio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) ([www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)) sui comportamenti collegati alla salute di ragazzi in età scolare) è un'indagine multicentrica internazionale svolta in collaborazione con l'Ufficio Regionale della WHO per l'Europa.

La popolazione target è rappresentata da ragazzi e ragazze in età scolare (11, 13 e 15 anni). Nell'indagine *Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children international report from the 2005/2006 survey* (8) sono state stimate le prevalenze dei ragazzi che bevono almeno settimanalmente (Tabella 6), che si sono ubriacati almeno due volte, e che a 15 anni riferiscono di essersi ubriacati la prima volta a 13 anni o in età più giovane (Tabella 7).

Tabella 6. Prevalenza (%) dei ragazzi che bevono alcol almeno una volta a settimana

Paesi	11 anni		Paesi	13 anni		Paesi	15 anni	
	M	F		M	F		M	F
1 Ucraina	24	20	*Ucraina	38	25	*Ucraina	59	47
2 *Israele	19	8	Malta	28	21	*Malta	51	39
3 *Romania	17	9	*Bulgaria	27	19	*Galles	42	38
4 *Bulgaria	17	6	Galles	23	20	Inghilterra	41	38
5 *Slovacchia	14	9	<b>*Italia</b>	<b>26</b>	<b>14</b>	<b>*Italia</b>	<b>47</b>	<b>30</b>
6 *Malta	17	7	Inghilterra	20	17	*Bulgaria	45	33
7 <b>*Italia</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	Russia Federale	18	17	*Austria	42	35
8 *Croazia	14	5	Scozia	18	16	Scozia	39	36
9 *Russia Federale	10	7	*Croazia	20	10	*Paesi Bassi	43	31
10 *Inghilterra	12	4	*Grecia	18	11	*Croazia	44	29
11 *Repubblica Ceca	10	4	*Belgio (francese)	18	11	*Repubblica Ceca	39	27
12 *Belgio (francese)	9	4	*Repubblica Ceca	17	12	*Grecia	42	24
13 Galles	7	4	*Slovacchia	16	12	*Belgio (francese)	39	24
14 *Svezia	8	3	*Romania	20	7	*Danimarca	37	26
15 *Grecia	7	3	*Israele	20	8	*Belgio (fiammingo)	39	22
16 *Scozia	8	3	Lettonia	13	10	*Ungheria	35	24
17 *Francia	7	3	Lituania	11	8	*Slovenia	36	21
18 *Lettonia	5	3	*Estonia	12	8	*Lettonia	31	24
19 *Paesi Bassi	6	3	*Paesi Bassi	13	6	*Slovacchia	32	20
20 *TFYR Macedonia	6	2	*Francia	11	8	Spagna	25	25
21 *Ungheria	6	3	*Slovenia	12	7	*Lussemburgo	30	19
22 *Slovenia	5	2	*Ungheria	11	7	*Russia Federale	27	21
23 *Lituania	4	2	*Belgio (fiammingo)	11	7	Lituania	25	20
24 *Estonia	5	2	*Austria	11	6	*Estonia	27	17
25 Belgio (fiammingo)	4	2	Lussemburgo	9	6	*Svizzera	27	16
26 *Austria	4	1	Canada	8	6	*TFYR Macedonia	28	15
27 *Lussemburgo	4	2	*TFYR Macedonia	9	4	*Francia	27	15
28 USA	4	2	Spagna	6	7	*Germania	25	15
29 *Svizzera	3	1	USA	7	6	Irlanda	19	19
30 *Canada	3	1	*Svezia	7	4	*Canada	19	16
31 *Portogallo	3	1	Irlanda	7	4	*Romania	30	9
32 Polonia	3	1	*Svizzera	7	4	*Israele	22	11
33 Irlanda	2	1	*Danimarca	7	3	USA	14	12
34 *Germania	2	1	*Germania	6	4	*Islanda	15	11
35 *Groenlandia	2	1	*Portogallo	6	3	*Portogallo	19	8
36 *Finlandia	2	0	Polonia	5	3	*Groenlandia	11	13
37 Spagna	2	1	Finlandia	4	3	*Svezia	15	9
38 *Danimarca	2	0	*Islanda	4	2	*Polonia	17	7
39 *Islanda	2	0	*Groenlandia	2	2	Norvegia	11	10
40 Norvegia	1	0	Norvegia	2	1	*Finlandia	12	8

\* indica significative differenze di genere (p-value&lt;0,05)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati HBSC 2005/2006

**Tabella 7. Prevalenza (%) dei ragazzi che si sono ubriacati almeno due volte e che riferiscono di essersi ubriacati prima dei 13 anni**

Ubriacature almeno due volte							Prima ubriacatura ≤13 anni					
Paesi	11 anni		Paesi	13 anni		Paesi	15 anni		Paesi	15 anni		
	M	F		M	F		M	F		M	F	
1	*Fed. Russa	8	6	Galles	27	26	Danimarca	59	56	*Estonia	35	21
2	*Bulgaria	9	4	Scozia	22	21	*Lituania	57	50	*Lituania	29	19
3	*Ucraina	8	4	*Estonia	26	16	Galles	52	54	Austria	26	22
4	*Galles	8	4	Inghilterra	21	19	*Estonia	57	42	Inghilterra	23	24
5	*Lettonia	8	3	*Lituania	24	15	Inghilterra	44	50	Galles	25	21
6	*Israele	9	3	Fed. Russa	21	18	*Bulgaria	51	42	*Bulgaria	27	19
7	*Inghilterra	7	4	*Lettonia	23	16	Finlandia	47	44	Finlandia	23	22
8	*Scozia	7	4	*Bulgaria	23	15	*Scozia	43	48	Scozia	21	23
9	*Romania	7	2	*Croazia	20	11	*Lettonia	50	39	*Lettonia	25	18
10	*Croazia	7	2	*Romania	24	8	*Groenlandia	43	44	Groenlandia	19	23
11	*Lituania	6	1	*Slovacchia	16	12	*Austria	41	36	Danimarca	21	19
12	*Belgio (francese)	5	2	*Ucraina	16	11	*Croazia	48	29	* Fed. Russa	24	15
13	*Estonia	5	2	Canada	11	13	*Ungheria	40	32	*Slovacchia	22	16
14	*Slovenia	5	1	*Danimarca	15	9	Canada	35	36	*Rep. Ceca	21	15
15	*Polonia	5	1	*Slovenia	15	9	*Slovenia	43	27	*Croazia	24	13
16	*Portogallo	5	<0,5	Rep. Ceca	13	10	*Slovacchia	39	31	*Irlanda	20	15
17	<b>*Italia</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	Finlandia	11	11	*Ucraina	42	28	Canada	16	16
18	*Groenlandia	3	2	*Polonia	13	8	*Fed. Russa	38	32	*Ucraina	21	9
19	*Slovacchia	3	2	*Groenlandia	9	12	*Polonia	42	27	*Slovenia	19	10
20	TFYR Macedonia	3	1	*Ungheria	12	9	Irlanda	36	31	*Belgio (francese)	18	9
21	*Belgio (fiammingo)	3	1	*Belgio (francese)	10	7	*Rep. Ceca	36	30	*Romania	21	8
22	Canada	2	1	*Irlanda	10	7	*Islanda	31	32	*Svizzera	15	10
23	*Ungheria	3	1	*Austria	10	6	Spagna	29	33	*Polonia	17	8
24	*Rep. Ceca	3	1	Portogallo	8	7	*Germania	31	28	*Ungheria	15	10
25	Grecia	2	1	Belgio (fiammingo)	8	6	*Romania	45	19	Paesi Bassi	13	11
26	*Danimarca	3	<0,5	*Malta	9	4	*Belgio (fiammingo)	33	23	*Lussemburgo	14	9
27	Lussemburgo	2	1	*Israele	10	4	*Norvegia	25	32	Germania	12	11
28	Malta	1	1	Germania	7	6	*Belgio (francese)	31	21	Belgio (fiammingo)	12	10
29	Svizzera	2	1	Spagna	5	7	Svezia	26	26	USA	13	9
30	*Paesi Bassi	2	<0,5	Paesi Bassi	6	5	*Paesi Bassi	30	21	Malta	11	9
31	*Irlanda	2	1	Francia	5	6	*Lussemburgo	27	20	Svezia	10	10
32	*Francia	2	<0,5	<b>*Italia</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	*Francia	29	18	Norvegia	8	10
33	*USA	2	<0,5	Lussemburgo	6	5	*Svizzera	29	18	Islanda	10	8
34	*Germania	2	<0,5	*Svizzera	6	4	*Portogallo	25	18	Spagna	9	8
35	*Austria	2	<0,5	*Grecia	7	4	<b>Italia</b>	<b>22</b>	<b>18</b>	Portogallo	10	8
36	Finlandia	1	<0,5	USA	5	5	USA	20	20	*Francia	11	6
37	Norvegia	1	1	*Islanda	5	4	Grecia	21	17	*TFYR Macedonia	11	3
38	Spagna	1	<0,5	Svezia	4	4	*TFYR Macedonia	25	12	*Grecia	9	5
39	*Svezia	1	<0,5	*TFYR Macedonia	6	1	*Malta	18	15	*Israele	8	3
40	*Islanda	1	<0,5	Norvegia	3	3	*Israele	22	11	<b>*Italia</b>	<b>6</b>	<b>3</b>

\* indica significative differenze di genere (p <0,05)

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati HBSC 2005/2006

Secondo le stime dell'indagine del 2005/2006 il Paese che presenta le prevalenze massime relativamente al consumo settimanale di alcol è l'Ucraina per i tre anni d'età (22% per 11 anni, 32% per 13 anni, 53% per 15 anni). La Norvegia per 11 (1%) e 13 anni (2%) e la Finlandia per i 15 anni (10%) mostrano al contrario le più basse prevalenze.

In tutti i Paesi analizzati (Tabella 6), la prevalenza media del consumo settimanale di alcol ad 11 anni è del 5% (7% per i ragazzi e 3% per le ragazze), per l'età successiva è 11% (13% per i maschi e 9% per le femmine), per i 15 anni è del 26% (31% per i ragazzi e 21% per le ragazze).

Ci sono marcate differenze tra i Paesi: all'età di 11 anni le prevalenze variano, tra gli uomini dall'1% (Norvegia) al 24% (Ucraina), tra le donne dallo 0% (Norvegia, Islanda, Danimarca e Finlandia) al 20% (Ucraina); a 13 anni le prevalenze variano, tra i ragazzi, dal 2% (Norvegia, Groenlandia) al 38% (Ucraina), tra le ragazze, dall'1% (Norvegia) al 25% (Ucraina); a 15 anni le percentuali oscillano, tra i maschi, dall'11% (Norvegia, Groenlandia) al 59% (Ucraina), tra le femmine, dal 7% (Polonia) al 47% (Ucraina).

L'indagine mostra quindi che, il consumo di alcol, è in molti casi maggiore tra i ragazzi, e che le prevalenze sono inferiori nel Nord Europa, ad eccezione del Regno Unito. Tra le ragazze non si rileva un chiaro modello geografico. Il consumo di alcol inoltre aumenta sostanzialmente tra i 13 e 15 anni d'età.

Nella graduatoria l'Italia si colloca al settimo posto rispetto agli 11enni, presentando prevalenze del 15% e 4% per maschi e femmine rispettivamente; diventa quinta relativamente ai/alle 13-15enni, con prevalenze registrate per i/le 13enni del 26% e 14% rispettivamente per i due sessi, e raggiunge i limiti massimi per i ragazzi e le ragazze di 15 anni con frequenze registrate di consumatori e consumatrici del 47% e 30%, rispettivamente. Dall'analisi emergono evidenti significative differenze di genere.

Le prevalenze massime relative a due o più ubriacature si registrano in Russia Federale per 11 anni (7%), in Galles per 13 anni (27%) e in Danimarca per 15 anni (57%). Le prevalenze minori si registrano invece in Islanda per gli 11enni (<0,5%), in Norvegia per i 13enni (3%) e Israele per i 15enni (15%). Le prevalenze più elevate dei 15enni che riferiscono di essersi ubriacati prima dei 13 anni si registrano in Estonia (28%), mentre quelle minori in Italia (4%). In tutti i Paesi analizzati la prevalenza media relativa al numero delle ubriacature è del 3% (4% per i ragazzi e 2% per le ragazze) a 11 anni, dell'11% (13% per i maschi e 9% per le femmine) a 13 anni, del 33% (37% per i ragazzi e 30% per le ragazze) a 15 anni. Complessivamente il 15% dei 15enni (17% degli uomini e 13% delle donne) dichiara di essersi ubriacato a 13 anni o in età più giovane.

Le prevalenze di coloro che si sono ubriacati due o più volte variano a seconda della nazionalità, del sesso e dell'età dell'individuo (vedi Tabella 7):

- all'età di 11 anni i valori variano tra gli uomini dall'1% (Islanda, Svezia, Spagna, Norvegia, Finlandia, Malta) al 9% (Bulgaria, Israele) e tra le donne da meno dello 0,5% (Islanda, Svezia, Spagna, Finlandia, Austria, Germania, Stati Uniti, Francia, Paesi Bassi, Danimarca e Portogallo) al 6% (Federazione Russa);
- a 13 anni i valori oscillano tra i ragazzi dal 3% (Norvegia) al 27% (Galles), e tra le ragazze dall'1% (TFYR Macedonia) al 26% (Galles);
- a 15 anni i valori risultano tra gli uomini minimi a Malta (18%) e massimi in Danimarca (59%), tra le donne minimi ad Israele (11%) e massimi in Danimarca (56%).
- per quanto riguarda la prima ubriacatura in età precoce i valori variano tra i ragazzi dal 6% (Italia) al 35% (Estonia), e tra le ragazze dal 3% (Italia, Israele, TFYR Macedonia) al 24% (Inghilterra).

Il consumo di alcol aumenta sostanzialmente tra 11 e 15 anni per entrambi i sessi, anche se gli uomini hanno generalmente comportamenti più scorretti rispetto alle donne in tutte le età e nella maggior parte dei Paesi. Il Nord Europa presenta inoltre percentuali più elevate rispetto al Sud, con maggiore evidenza tra le ragazze.

Le prevalenze dei 15enni che riferiscono di essersi ubriacati prima dei 13 anni sono più elevate tra gli uomini in oltre la metà dei Paesi e nei Paesi del Nord Europa, dove le ragazze tendono ad avere lo stesso comportamento dei ragazzi.

L'Italia, rispetto alla prevalenza delle ubriacature, si colloca al diciassettesimo posto all'età di 11 anni (con prevalenze del 4% e 1% per ragazzi e ragazze rispettivamente), scende al trentaduesimo posto a 13 anni (8% e 3%) e si posiziona infine al trentacinquesimo posto a 15 anni (22% e 18%). I 15enni italiani, che riferiscono di essersi ubriacati prima dei 13 anni, occupano l'ultima posizione nella graduatoria dei Paesi con valori del 6% per i ragazzi e del 3% per le ragazze.

## CONSUMI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

L'ONA del CNESPS per il monitoraggio periodico alcol-correlato ha elaborato e analizzato i dati dell'*Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana* effettuata nel 2009 e resa pubblica nel 2010 dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ([http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia\\_societa/vitaquotidiana/](http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/famiglia_societa/vitaquotidiana/)), ad integrazione delle informazioni fornite dal report "L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2009" (9), in una visione e prospettiva più affine alla tutela della salute dei cittadini. In questo capitolo sono analizzati i dati relativi alle abitudini di consumo alcolico degli italiani, i comportamenti considerati più dannosi per la salute, i target di popolazione più sensibili e le differenze territoriali.

### Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica)

Il 68,5% degli individui di età superiore ad 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2009 con una marcata differenza di genere; la percentuale è dell'81,0% tra gli uomini e del 56,9% tra le donne. Per entrambi i sessi non si registrano differenze statisticamente significative nel corso degli ultimi tre anni (Figura 5).

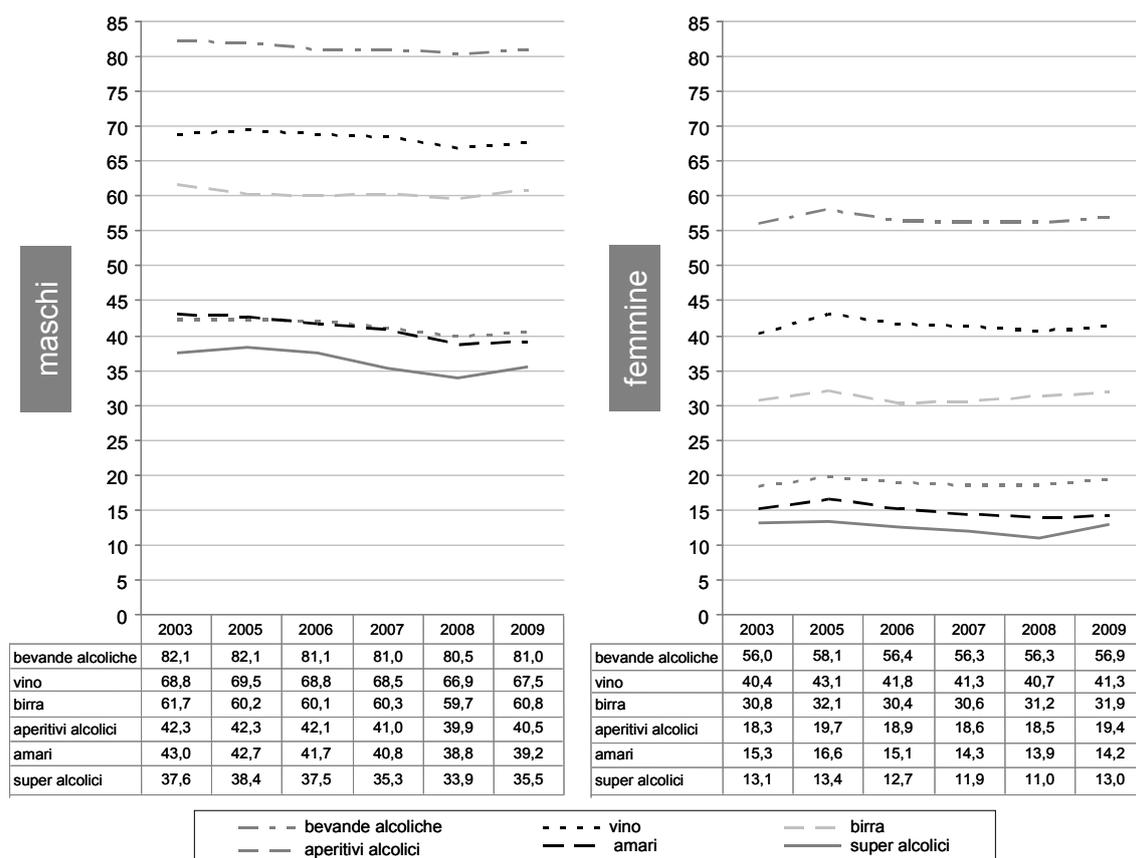
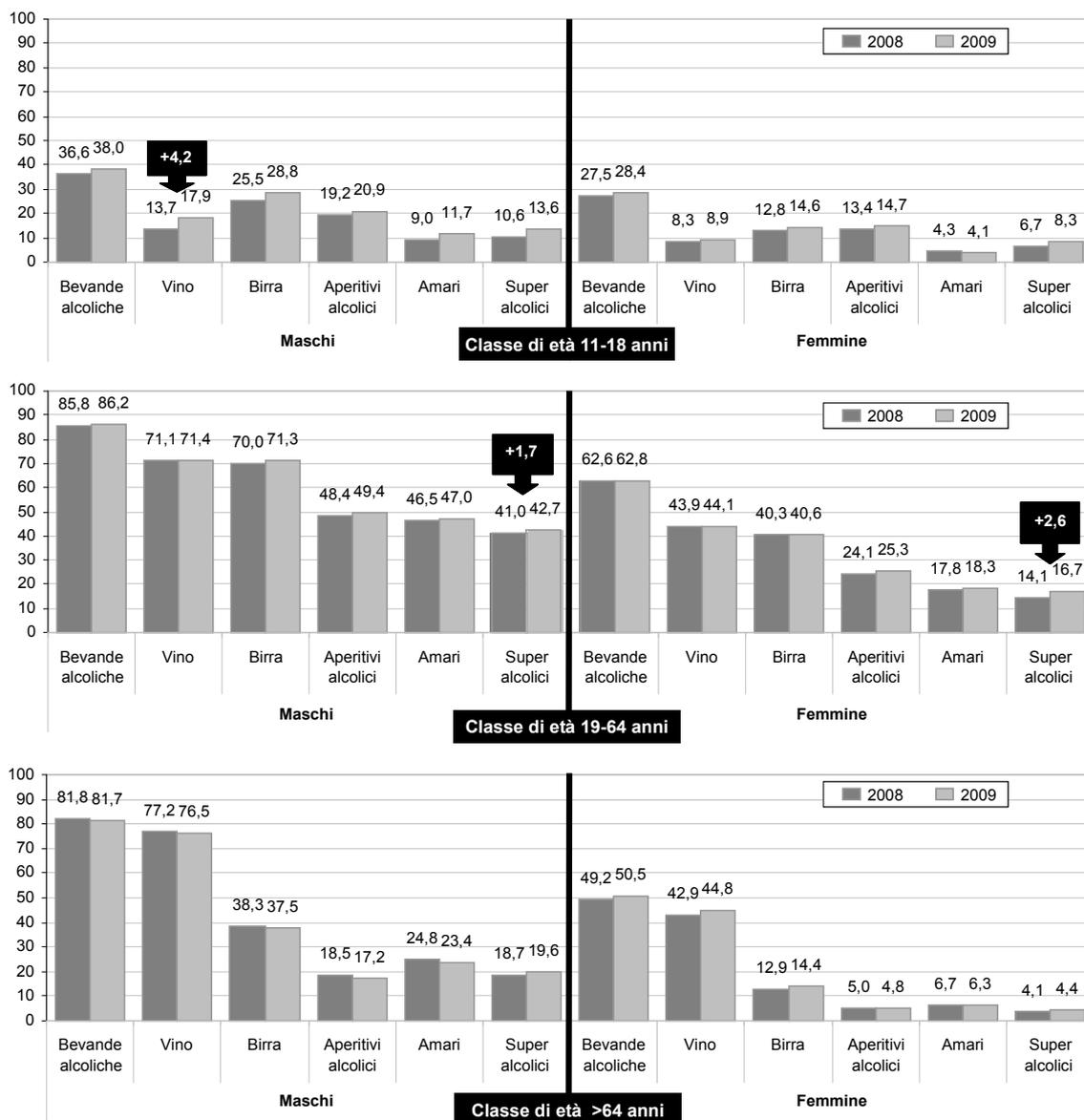


Figura 5. Prevalenza (%) di consumatori di alcolici per genere (anni 2003, 2005-2009) Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

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

I consumatori di vino nel 2009 sono pari al 54% della popolazione di più di 11 anni con una marcata differenza di genere (maschi: 67,5%; femmine: 41,3%). Non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumatori di vino tra il 2008 e il 2009 ad eccezione degli uomini 11-18enni in cui si rileva un incremento di 4,2 punti percentuali (Figura 6).



**Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori di bevande alcoliche per genere e classe di età (anno 2008-2009)**  
 (Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie)

I consumatori di birra nel 2009 sono il 45,9% della popolazione; gli uomini consumatori di birra risultano il doppio circa delle consumatrici di birra (60,8% vs 31,9%). Rispetto all'anno 2008 non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumatori di birra in nessuna classe di età considerata.

Gli aperitivi alcolici risultano essere consumati nel 2009 dal 29,6% della popolazione di 11 anni e più (maschi: 40,5%; femmine: 19,4%). Rispetto all'anno 2008 non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumatori di aperitivi alcolici in nessuna classe di età considerata.

Gli amari risultano essere consumati nel 2009 dal 26,2% (maschi: 39,2%; femmine: 14,2%) della popolazione. Rispetto all'anno 2008 non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumatori di amari in nessuna classe di età considerata.

I liquori e i super alcolici risultano essere consumati nel 2009 dal 23,8% della popolazione di 11 anni e più, con una marcata differenza di genere; tale percentuale sale infatti al 35,5% tra gli uomini e scende a 13,0% tra le donne. I consumatori di questo tipo di bevanda sono aumentati rispetto alla precedente rilevazione (2008) di 1,6 punti percentuali tra gli uomini e di 2 punti percentuali tra le donne. L'analisi per classi di età evidenzia che l'aumento dei consumatori di questa bevanda è concentrata nella classe di età 19-64 anni (maschi: +1,7; femmine: +2,6) (vedi Figure 5-6).

## **Relazioni tra consumo di bevande alcoliche e alcuni parametri socio-demografici su dati ISTAT dell'Indagine Multiscopo 2009**

Un'analisi sui dati dell'Indagine Multiscopo ISTAT pubblicata nell'anno 2010 (Tabella 8) è stata effettuata al fine di individuare le caratteristiche socio-demografiche che accomunano i consumatori di bevande alcoliche.

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche aumenta all'aumentare del titolo di studio posseduto per entrambi i sessi. Tra i consumatori di sesso maschile non si registra una variazione statisticamente significativa tra chi possiede un dottorato o un diploma universitario e chi possiede diploma di scuola media superiore. Tra gli uomini le variazioni oscillano tra il 61,8% di chi non possiede alcun titolo di studio e l'88,0% di chi possiede un titolo di studio superiore alla scuola media superiore. Tra le donne invece le percentuali oscillano dal 37,0% di chi non possiede un titolo di studio e il 72,9% di chi possiede una laurea di dottorato o un diploma universitario.

L'88,2% dei consumatori di sesso maschile e il 67,9% di quelli di sesso femminile risultano occupati nel 2009 e le percentuali risultano superiori al dato medio nazionale. La percentuale più elevata di consumatori di bevande alcoliche di età superiore a 15 anni tra uomini si registra tra i lavoratori autonomi o dipendenti (89,2%; 88,0%) seguiti dai pensionati (82,6%) e chi risulta mantenuto dalla famiglia (68,3%). Tra le donne, come per gli uomini, la percentuale più elevata si registra tra chi possiede un lavoro autonomo o dipendente (68,0% e 67,7% rispettivamente) ma non si riscontrano differenze statisticamente significative tra le pensionate o coloro che risultano mantenute dalla famiglia.

Come evidenziato nella rilevazione dell'anno 2008, lo stato di salute percepito dagli individui, influisce sulla propensione delle persone a consumare bevande alcoliche. Tra i consumatori si registrano le percentuali più elevate in coloro che dichiarano di sentirsi bene (maschi: 83,7%; femmine: 61,5%) o discretamente (maschi: 84,1%; femmine: 56,9%), seguiti da coloro che si sentono molto bene (maschi: 73,7%; femmine: 51,2%); le percentuali più basse si registrano invece tra chi dichiara di sentirsi male (maschi: 65,7%; femmine: 42,9%) o molto male (maschi: 56,1%; femmine: 20,6%).

Tabella 8. Consumatori (%) di bevande alcoliche per caratteristiche socio-demografiche (anno 2009)

Variabili socio-demografiche		Consumatori (%)		
		maschi	femmine	totale
<b>Titolo di studio</b>				
(validi 100%)	dottorato laurea o diploma universitario	89,2	72,9	80,6
	diploma scuola media superiore	87,6	65,9	76,8
	diploma media	79,7	54,8	68,0
	licenza elementare	69,6	45,1	55,3
	nessun titolo	61,8	37,0	45,2
	<b>Totale</b>	<b>81,0</b>	<b>56,9</b>	<b>68,5</b>
<b>Condizione professionale</b>				
(validi 95,9%)	occupato	88,2	67,9	80,1
(età >15 anni)	in cerca di occupazione, studente, servizio di leva o civile sostitutivo	74,7	57,3	66,6
	casalinga		53,0	53,0
	ritirato dal lavoro o inabile	81,9	54,7	70,0
	altra condizione	76,9	41,1	53,6
	<b>Totale</b>	<b>83,9</b>	<b>58,8</b>	<b>70,9</b>
<b>Principale fonte di reddito</b>				
(validi 94,8%)	da lavoro dipendente	88,0	67,7	79,1
(età >15 anni)	da lavoro autonomo	89,2	68,0	83,2
	pensione	82,6	52,1	66,7
	indennità provvidenze varie e patrimoniale	74,4	57,9	66,1
	mantenimento dalla famiglia	68,3	53,9	58,4
	<b>Totale</b>	<b>83,0</b>	<b>58,3</b>	<b>70,3</b>
<b>Percezione dello stato di salute</b>				
(validi 100%)	molto bene	73,7	51,2	63,7
	bene	83,7	61,5	72,7
	discretamente	84,1	56,9	68,5
	male	65,7	42,9	51,2
	molto male	56,1	20,6	35,3
	<b>Totale</b>	<b>81,0</b>	<b>56,9</b>	<b>68,5</b>
<b>Stato civile</b>				
(validi 100%)	celibe/nubile	71,8	54,3	63,7
	coniugato/a	87,2	59,7	73,4
	separato/a o divorziato	83,9	65,4	74,0
	vedovo/a	74,9	48,5	53,2
	<b>Totale</b>	<b>81,0</b>	<b>56,9</b>	<b>68,5</b>
<b>Indice di massa corporea (Body Mass Index, BMI)</b>				
(validi 92,4%)	sottopeso	73,4	61,2	62,2
	normopeso	84,4	61,6	70,8
	sovrappeso/obesità	85,9	55,7	73,6
	<b>Totale</b>	<b>85,2</b>	<b>59,5</b>	<b>71,8</b>
<b>Ripartizione territoriale</b>				
(validi 100%)	Italia nord-occidentale	81,5	58,9	69,8
	Italia nord-orientale	83,0	64,6	73,5
	Italia centrale	82,5	59,8	70,6
	Italia meridionale	79,8	50,7	64,7
	Italia insulare	75,9	47,1	61,0
	<b>Totale</b>	<b>81,0</b>	<b>56,9</b>	<b>68,5</b>

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

Lo stato civile degli intervistati risulta essere un'ulteriore discriminante del consumo di bevande alcoliche in particolare in relazione alle differenze di genere. La percentuale più bassa dei consumatori di sesso maschile si registra tra i celibi (71,8%) e tra i vedovi (74,9%) mentre la più alta tra i coniugati (87,2%) seguiti dai separati o divorziati (83,9%); tra le donne invece, la percentuale più elevata si registra tra le separate o divorziate (65,4%) seguite dalle coniugate (59,7%), dalle nubili (54,3%) e infine, contrariamente a quanti si è soliti ritenere, dalle vedove (48,5%).

La correlazione tra corporatura degli intervistati, valutata attraverso l'indice di massa corporea (*Body Mass Index*, BMI), e consumo di bevande alcoliche evidenzia una maggiore percentuale di consumatori di sesso maschile tra chi risulta in sovrappeso o obeso (85,9%) rispetto ai normopeso (84,4%) e un andamento opposto tra le donne dove la percentuale di consumatrici normopeso (61,6%) risulta maggiore di quella delle donne in sovrappeso o obese (55,7%).

La percentuale di consumatori risulta infine correlata con la zona territoriale di residenza e il sesso degli intervistati. Tra gli uomini non si registrano differenze statisticamente significative tra i consumatori del nord e centro Italia (81,5%-83,0%) mentre le percentuali diminuiscono tra i residenti delle Regioni meridionali (79,8%) con un minimo registrato nelle isole (75,9%). Tra le donne le percentuali più elevate di consumatrici si registrano nell'Italia nord-orientale (64,6%) seguite da quelle relative alle Regioni dell'Italia nord-occidentale (58,9%) e centrale (59,8%); valori minimi si registrano come per gli uomini nelle isole (47,1%) e nelle Regioni dell'Italia meridionale (50,7%).

## COMPORAMENTI A RISCHIO

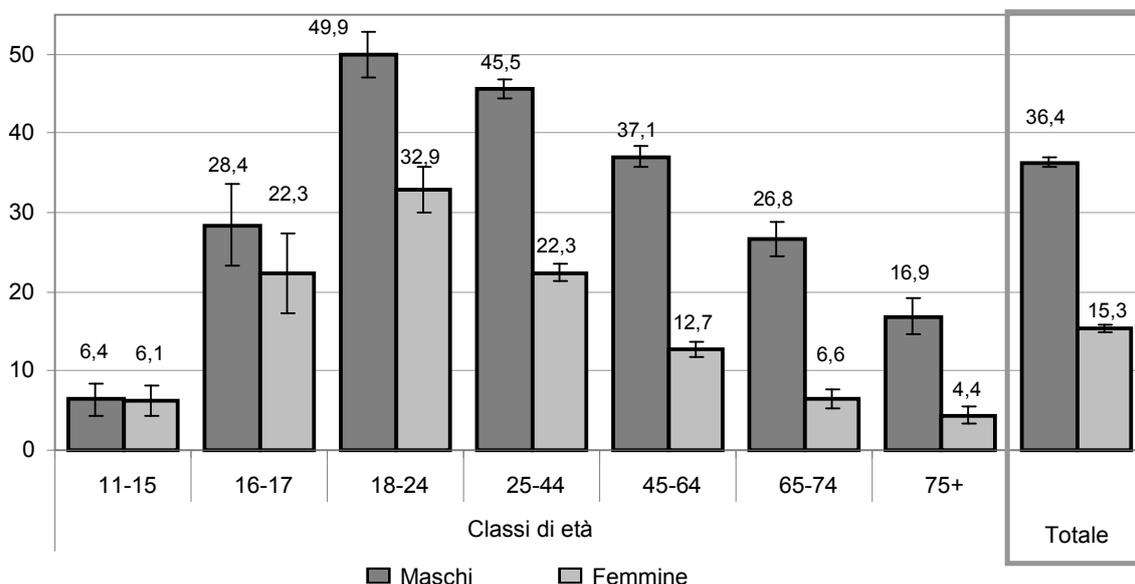
Il consumo di bevande alcoliche è considerato in Italia come in molti Paesi occidentali parte integrante dell'alimentazione e in generale della vita sociale; tuttavia i rischi legati ad un consumo eccessivo e l'introduzione di nuovi stili di vita hanno modificato radicalmente tali tradizioni incrementando la diffusione dei danni alcol-correlati in ambito personale e sociale.

### Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2009 il 25,4% della popolazione di età superiore a 11 anni con una marcata differenza di genere (maschi: 36,4%; femmine: 15,3%), ma senza variazioni significative rispetto alla rilevazione del 2008.

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dall'età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi a 18-24 anni e poi diminuire nuovamente fino a raggiungere i valori più bassi tra gli ultra 75enni.

Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile risultano superiori a quelle di sesso femminile in tutte le classi di età considerate ad eccezione di quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni), dove non si registrano differenze statisticamente significative ed è minimo il gap tra maschi e femmine (Figura 7).



**Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere e classe di età (anno 2009)**

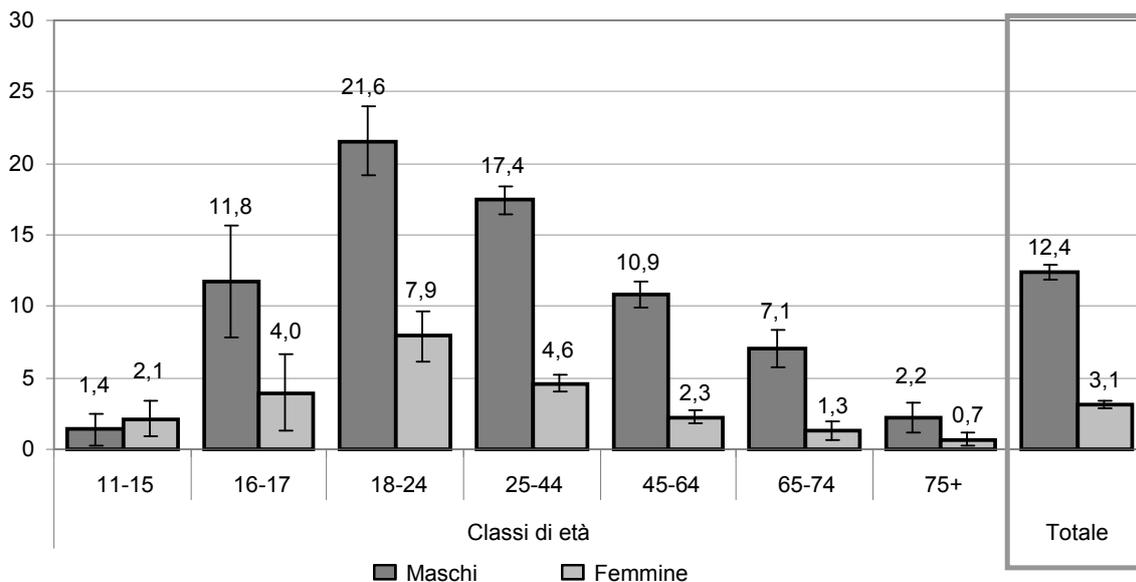
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumatori *binge drinking*

In Italia si è da anni consolidato in particolare, ma non solo, nella popolazione giovanile il modello di consumo denominato *binge drinking*. Questo termine è utilizzato nei Paesi del Nord Europa, per indicare il bere alcolici e super alcolici in quantità intossicanti, fino a stare male, per il puro e semplice desiderio di ubriacarsi, di “sballarsi”. Convenzionalmente, ci si riferisce al *binge drinking* quando si consumano 6 o più bicchieri di bevande alcoliche, anche diverse, in una singola occasione e in un tempo ristretto.

Nel 2009 il 12,4% degli uomini e il 3,1% delle donne di 11 anni e più hanno dichiarato di aver consumato, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in una sola occasione con percentuali che variano a seconda del genere e della classe di età della popolazione. Tra gli uomini, il valore si presenta elevato già tra i giovanissimi, raggiunge un picco massimo tra i 18-24enni e poi diminuisce nuovamente, pur rimanendo su valori ragguardevoli, nelle classi di età successive; tra le donne, come per gli uomini, la frequenza massima si attesta intorno ai 18-24 anni (7,9%) e decresce nuovamente raggiungendo i valori minimi nelle classi di età anziane (>65 anni).

Come già visto nel caso del consumo di bevande alcoliche fuori pasto, l'unica classe di età in cui non si registrano differenze statisticamente significative in relazione al genere è quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni) (Figura 8).



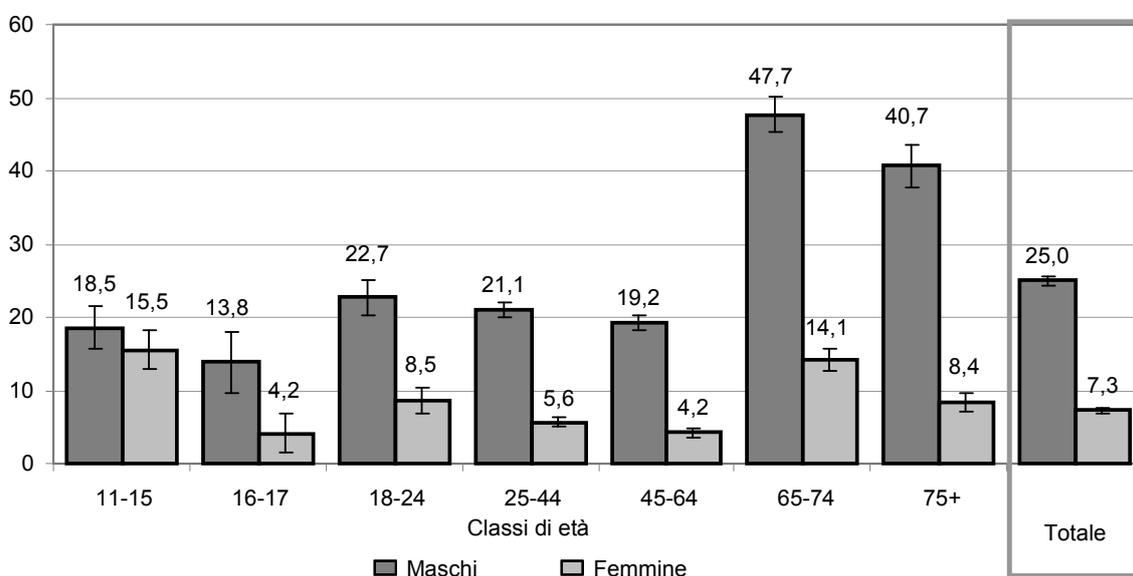
**Figura 8. Prevalenza(%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (anno 2009)**  
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie)

## Consumatori a rischio (criterio ISS)

Per una corretta valutazione del rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche è necessario tener conto di parametri quali le quantità assunte, la frequenza del consumo, la concomitanza del consumo di alcol con i pasti, la capacità di smaltire l'alcol in relazione al sesso e all'età, la controindicazione dell'assunzione di alcol in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci o altre situazioni tra le quali anche la valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

L'ONA dell'ISS da anni si avvale di un indicatore in grado di monitorare il fenomeno del consumo a rischio tenendo conto delle differenze legate al sesso e all'età dell'individuo. L'indicatore di sintesi proposto tiene conto delle indicazioni delle Linee Guida nazionali per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (10), che recepiscono fra l'altro le indicazioni della WHO e della SIA. Sulla base di tali considerazioni, sono consumatori a rischio i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 g di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 UA standard) e le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 g (1-2 UA standard). Alle suddette categorie di popolazione a rischio ne vanno peraltro aggiunte altre, e cioè gli anziani e i giovani 16-18enni, ai quali si raccomanda di non superare 1 UA al giorno, e gli adolescenti al di sotto dell'età legale (16 anni) ai quali si consiglia l'astensione da qualsiasi tipo di consumo. Per tutti inoltre si raccomanda di evitare il consumo di grandi quantità di alcol in un arco di tempo limitato (*binge drinking*).

La prevalenza dei consumatori a rischio elaborata attraverso questo indicatore nel 2009 è pari al 15,8% della popolazione di età superiore a 11 anni, con una consistente differenza di genere (25,0% dei maschi, il 7,3% delle femmine). L'analisi per classi di età (Figura 9) mostra che sono a rischio il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze di sotto dell'età legale (16 anni), valori che dovrebbero essere pari a zero e che invece identificano circa 475.000 minori complessivamente a rischio alcol-correlato senza differenze di genere statisticamente significative.



**Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classe di età (anno 2009)**  
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie)

Le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano, come nella precedente rilevazione, nelle classi di età anziane (65-74: 47,7%; 75+: 40,7%) per un totale di circa 2.200.000 di individui di sesso maschile che necessiterebbero di un intervento di identificazione precoce e di sensibilizzazione al problema; relativamente alle donne, invece le percentuali di consumatrici a rischio più elevate si registrano, in maniera preoccupante, tra le adolescenti al di sotto al di sotto dell'età legale.

Come già visto nel caso del consumo di bevande alcoliche fuori pasto e dei consumatori *binge drinker*, anche per questo indicatore di sintesi l'unica classe in cui non si registrano differenze di genere statisticamente significative è quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni).

È da ribadire che, nel caso dei minori e dei pre-adolescenti, la massima attenzione dovrebbe essere dedicata dalle istituzioni alla intercettazione di questi comportamenti a rischio che minano alla base un corretto sviluppo psico-fisico di questi giovani che non sembrano godere delle tutele indispensabili ad essere protetti dagli effetti negativi dell'alcol, in questi casi anche del semplice consumo che in qualunque quantità si qualifica come consumo sempre rischioso e/o foriero di danni spesso irreversibili. Tutela che non esclude, anzi che chiama in causa l'educazione alla salute in ambito scolastico, oggi inesistente e una più rigorosa applicazione delle leggi esistenti, spesso disattese e la necessità di nuove regolamentazioni per evitare che il bere minorile possa giungere a rappresentare una piaga nella nostra nazione.

## **Relazioni tra *binge drinking* e alcuni parametri socio-demografici su dati ISTAT dell'Indagine Multiscopo 2009**

L'analisi riportata in Tabella 9 sui dati ISTAT dell'Indagine Multiscopo relativi all'anno 2009 è stata effettuata al fine di individuare le caratteristiche socio-demografiche che accomunano i consumatori *binge drinking*.

Le percentuali di consumatori *binge drinking* di sesso maschile risultano più elevate tra chi possiede un titolo superiore al diploma di scuola media, mentre le più basse si registrano tra chi possiede un titolo di studio basso (licenza elementare: 6,3%; nessun titolo: 5,5%); anche tra le donne la percentuale di *binge drinker* aumenta all'aumentare del titolo di studio con valori massimi tra chi possiede un titolo di studio superiore al diploma di scuola media superiore e valori minimi tra chi possiede la licenza elementare (1,1%) o non possiede affatto un titolo di studio (0,7%).

Le persone occupate o in cerca di occupazione fanno registrare le più elevate percentuali di *binge drinker* mentre i valori più bassi si registrano tra gli pensionati per entrambi i sessi;

La stessa situazione si registra in relazione alla principale fonte di reddito degli intervistati dove i valori più elevati si osservano tra i lavoratori autonomi o dipendenti e i più bassi tra i pensionati per entrambi i sessi.

Le percentuali di consumatori *binge drinking* assumono un trend decrescente in relazione allo stato di salute degli intervistati per entrambi: i valori più elevati si riscontrano tra coloro che dichiarano di sentirsi bene (9,7%) o molto bene (8,6%), mentre le più basse si registrano tra coloro che dichiarano di sentirsi male o molto male; l'andamento risulta quindi molto diverso da quello visto nel caso dei consumatori di bevande alcoliche dove le percentuali più elevate si registravano tra coloro che dichiaravano di sentirsi discretamente o bene.

La condizione fisica degli intervistati, valutata attraverso BMI, non mostra tra gli uomini variazioni statisticamente significative rispetto al praticare o meno il *binge drinking*, mentre si registra una percentuale più elevata di consumatrici *binge drinking* tra le donne con un peso normale rispetto a quelle in sovrappeso od obese (3,5% vs 2,4%).

Tabella 9. *Binge drinker* (%) per caratteristiche socio-demografiche (anno 2009)

Variabili socio-demografiche		<i>Binge drinker</i> (%)		
		maschi	femmine	totale
<b>Titolo di studio</b>				
(validi 100%)	dottorato laurea o diploma universitario	14,5	5,4	9,7
	diploma scuola media superiore	14,8	4,3	9,6
	diploma media	13,2	3,1	8,5
	licenza elementare	6,3	1,1	3,3
	nessun titolo	5,5	0,7	2,3
	<b>Totale</b>	12,4	3,1	7,6
<b>Condizione professionale</b>				
(validi 95,9%)	occupato	15,4	4,5	11,1
(età >15 anni)	in cerca di occupazione, studente, servizio di leva o civile sostitutivo	15,6	5,7	11,0
	casalinga	0	1,9	1,9
	ritirato dal lavoro o inabile	6,0	1,2	3,9
	altra condizione	9,3	ns	3,9
	<b>Totale</b>	12,9	3,2	7,9
<b>Principale fonte di reddito</b>				
(validi 94,8%)	da lavoro dipendente	15,5	4,5	10,6
(età >15 anni)	da lavoro autonomo	15,4	4,6	12,4
	pensione	5,9	1,1	3,4
	indennità provvidenze varie e patrimoniale	11,2	2,9	7,0
	mantenimento dalla famiglia	14,7	3,7	7,1
	<b>Totale</b>	12,7	3,2	7,8
<b>Percezione dello stato di salute</b>				
(validi 100%)	molto bene	14,5	3,7	9,7
	bene	13,5	3,7	8,6
	discretamente	10,1	2,6	5,8
	male	4,8	1,1	2,4
	molto male	2,9	0,3	1,3
	<b>Totale</b>	12,4	3,1	7,6
<b>Stato civile</b>				
(validi 100%)	celibe/nubile	15,9	5,3	11,0
	coniugato/a	10,3	2,2	6,3
	separato/a o divorziato	13,6	4,8	8,9
	vedovo/a	5,7	1,2	2,0
	<b>Totale</b>	12,4	3,1	7,6
<b>Indice di massa corporea (BMI)</b>				
(validi 92,4%)	sottopeso	NS	5,5	5,6
	normopeso	13,5	3,5	7,5
	sovrappeso/obesità	12,7	2,4	8,5
	<b>Totale</b>	13,1	3,2	7,9
<b>Ripartizione territoriale</b>				
(validi 100%)	Italia nord-occidentale	12,6	3,5	7,9
	Italia nord-orientale	15,9	4,4	10,0
	Italia centrale	10,5	3,2	6,7
	Italia meridionale	10,7	2,1	6,2
	Italia insulare	12,5	2,3	7,2
	<b>Totale</b>	12,4	3,1	7,6

NS: non significativo

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

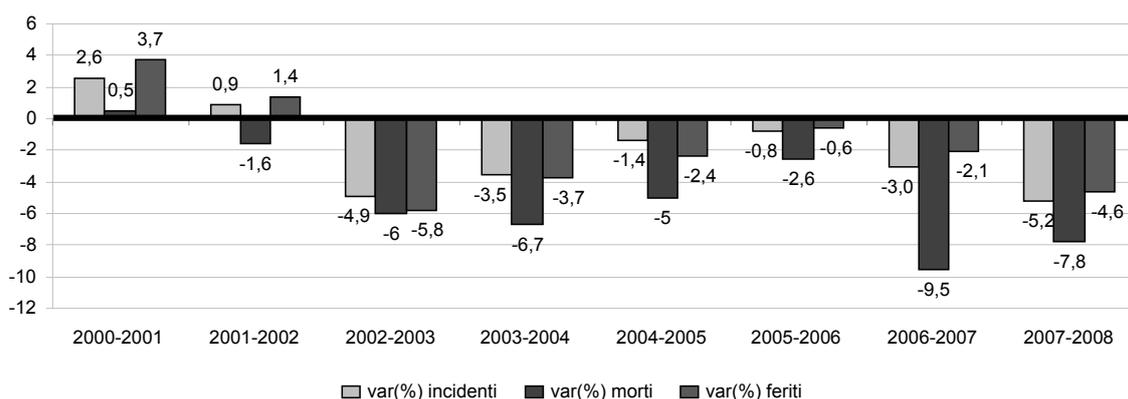
È stata infine analizzata la percentuale di *binge drinker* in relazione alla distribuzione territoriale degli intervistati. Tra gli uomini il valore più elevato si registra nelle Regioni dell'Italia nord-orientale (15,9%), seguito da quello dell'Italia nord-occidentale (12,6%); valori inferiori al dato medio nazionale si registrano invece nell'Italia centrale (10,5%) e meridionale (10,7%). Tra le donne, il valore di consumatrici *binge drinking* superiore al dato medio nazionale si registra nell'Italia nord-orientale (4,4%) mentre quello con valori inferiori al dato medio nazionale nell'Italia meridionale (2,1%).

## INCIDENTI STRADALI

Malgrado la riduzione del numero di incidenti, di feriti e di morti, il tema delle infrazioni e della sicurezza stradale continua a restare centrale nel dibattito politico e nell'opinione pubblica. I costi sociali derivanti da incidenti stradali provocano un danno economico alla società, e di conseguenza a ogni singolo cittadino; essi derivano dalla perdita della capacità lavorativa (perdita di capacità produttiva per intervento, inabilità temporanea o permanente), da costi umani (danno alla persona per morte o lesioni) e sanitari (ricoveri, prestazioni di pronto soccorso) o da altri costi amministrativi e giudiziari. La stima di questi costi effettuata dall'Automobile Club d'Italia (ACI) nel 2008 è risultata di 30.205 milioni di euro, pari a circa il 2% del Prodotto Interno Lordo (PIL) (11).

### Rapporto ACI-ISTAT 2009

L'informazione statistica sull'incidentalità stradale è raccolta dall'ISTAT mediante una rilevazione totale sull'intero territorio nazionale a cadenza mensile di tutti gli incidenti stradali verificatisi nell'arco di un anno solare, che hanno causato lesioni alle persone (morti entro il 30° giorno e feriti). Secondo i numeri del rapporto ACI-ISTAT 2009 (12), in Italia sono diminuiti gli incidenti (-5,2%), e sulle strade i morti sono calati del 7,8% e i feriti del 4,6% (Figura 10). I comportamenti scorretti e la distrazione causano oltre il 90% degli incidenti e le condizioni psicofisiche alterate da alcol o sostanze stupefacenti circa il 3%. È tuttavia da segnalare che, per stessa indicazione dell'ISTAT, il sistema di rilevazione statistica in relazione alla guida in stato di ebbrezza o comunque alterato dall'uso di droghe o sostanze non è adeguato né consistente, per cui nessuna stima può essere elaborata sulla base dei dati raccolti attraverso le modalità correnti. Queste ultime dovranno essere riorganizzate anche sulla base dei modelli che generano le stime europee e internazionali e a cui l'ISS si mantiene aderente con la definizione di un 30-40% di incidenti alcol-attribuibili.



**Figura 10. Variazioni (%) osservate annualmente di incidenti stradali, morti e feriti (anno 2000-2008)**  
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI-ISTAT)

Il numero assoluto dei morti più elevato si registra il sabato (814) e la domenica (803). L'indice di mortalità, calcolato come il numero di morti diviso per il numero di incidenti avvenuti (per 100) assume valori massimi il sabato (2,6%) e la domenica (3,4%) così come l'indice di gravità per incidente stradale, calcolato come il rapporto tra il numero dei morti per il totale dei morti più feriti (per 100) con valori pari a 1,7% e 2,0% rispettivamente. La distribuzione dell'indice di mortalità per incidente stradale durante l'arco della giornata (Figura 11), mostra un trend crescente tra l'1 e le 5 del mattino, dove si registrano 6 morti ogni 100 incidenti, e tra le 20 e la mezzanotte in corrispondenza quindi delle uscite serali. È da sottolineare che l'indice di mortalità si mantiene superiore alla media nell'arco di tempo che va dalle 20 alle 7 del mattino raggiungendo il valore massimo intorno alle ore 5. Tra le 21 e le 7 del mattino, l'indice di mortalità è mediamente pari a 4,2 morti ogni 100 incidenti, a fronte di un valore medio sulle 24 ore di 2,2 morti per 100 incidenti. Analogo andamento si registra per l'indice di gravità con valori superiori al dato medio (1,5%) tra le 20 e le 7 con un primo picco registrato alle 5 del mattino.

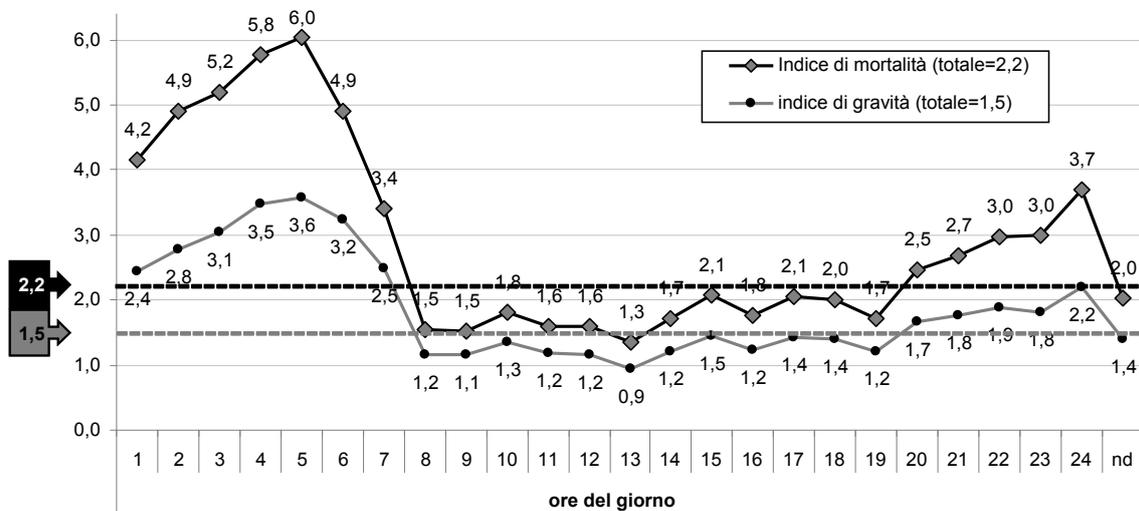


Figura 11. Indice di mortalità e di gravità per ora del giorno (per 100) (anno 2008)  
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI-ISTAT)

## Rapporto ACI-CENSIS 2009

Un approfondimento sul problema dell'alcol alla guida è stato inserito nel XVII Rapporto ACI-CENSIS Servizi condotta da ACI in collaborazione con il CENSIS (Centro Studi Investimenti Sociali) (13). I risultati dello studio evidenziano una crescita delle infrazioni più gravi e una riduzione di quelle a minor tasso di pericolo come ad esempio divieto di sosta, doppia fila, ecc. Un'analisi condotta sulla percezione del problema della sicurezza stradale, mostra che per i giovani di 18-29 anni, la guida sotto l'influsso di alcol e droghe, rappresenta il più grande problema (61,6%), seguito dall'eccesso di velocità (57%). Lo stesso problema risulta inoltre particolarmente sentito anche nelle fasce di età più avanzate (oltre 58%). Questo dato sembra indicare una consapevolezza delle persone della pericolosità dell'alcol alla guida. I dati

riportati nella Tabella 10 mostrano che il 37,9% di soggetti di età inferiore a 30 anni, rispetto ad una media totale del 36,9%, sceglie responsabilmente di limitare il consumo di alcolici (il valore più basso si registra nella classe di età 45-69 anni). Il 47,1% degli intervistati afferma di non preoccuparsi del problema della guida dopo il consumo di alcol “perché non è un bevitore abituale”, e la percentuale si abbassa notevolmente nella fascia d’età 18-29 (36,6%); preoccupante risulta tra tutti gli intervistati la percentuale di giovani (3,4% rispetto allo 0,7% di chi ha più di 30 anni) che pur sapendo di doversi mettere alla guida sceglie di non limitare il consumo di alcol.

**Tabella 10. Comportamento (%) alla guida dopo il consumo di alcol secondo l’età**

Comportamento	18-29	30-44	45-69	Totale
	anni	anni	anni	
Non se ne preoccupa perché non è un bevitore abituale	36,6	42,6	54,3	47,1
Ne limita il consumo	37,9	41,0	33,7	36,9
Non limita il consumo, ma non guida	22,1	15,7	11,3	14,8
Non ne limita il consumo	3,4	0,7	0,7	1,2

Fonte: Rapporto ACI-CENSIS 2009

A fronte dell’affermarsi di un modello di consumo dell’alcol di stampo nord europeo concentrato nei fine settimana, si rileva nel rapporto una crescita dei controlli sul tasso alcolemico. Tra il 2007 e il 2009 la percentuale di persone sottoposte una volta nel corso degli ultimi 6 mesi all’alcol-test è passata dall’8,0% al 9,2% e quelle sottoposte all’alcol test più di una volta dall’1,0% al 2,3% (Tabella 11).

Nella fascia d’età giovanile, mentre nel 2007 aveva affermato di aver subito l’alcol-test “almeno una volta” negli ultimi 6 mesi il 13,9% dei giovani e “più di una volta” l’1,5%, nel 2009 ha dichiarato di essere stato sottoposto ad accertamento con l’etilometro “almeno una volta” il 15,0% e “più di una volta” il 3,0% degli intervistati.

**Tabella 11. Distribuzione (%) degli accertamenti all’etilometro in 6 mesi per fascia d’età (2007e 2009)\***

Negli ultimi 6 mesi sei stato sottoposto all’alcol-test?	18-29 anni		30-44 anni		45-69 anni		Media totale	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009
	No, mai	84,5	82,1	90,0	86,2	94,7	92,8	91,1
Sì, solo una volta	13,9	15,0	8,6	11,1	4,9	5,5	8,0	9,2
Sì, più di una volta	1,5	3,0	1,4	2,7	0,4	1,7	1,0	2,3
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100

\*La rilevazione è stata conclusa nel maggio 2009.

Fonte: Rapporto ACI-CENSIS 2009

Al momento della pubblicazione del report sono in corso di pubblicazione i nuovi dati che sembrano confermare una tendenza alla riduzione del 10% circa della mortalità per incidente stradale rispetto all’anno precedente.

## Dati dello studio PASSI

Il sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) ([http://www.epicentro.iss.it/passi/inc\\_16nov.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/inc_16nov.asp)), coordinato dall'ISS, raccoglie informazioni dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) su alcol e guida e, con un modulo opzionale regionale, sui controlli delle Forze dell'ordine.

Secondo i dati 2009 del sistema di sorveglianza PASSI relativi alle 21 Regioni partecipanti, tra coloro che riferiscono di aver consumato almeno 1 UA negli ultimi 30 giorni, l'11% dichiara di aver guidato dopo averne bevute almeno due nell'ora precedente. Questo comportamento è riferito più spesso dagli uomini (15%) che dalle donne (3%), senza vistose differenze per età, istruzione o livello di reddito, ma con differenze statisticamente significative nel confronto interregionale. In particolare le percentuali di guidatori in stato di ebbrezza sono più alte in Valle d'Aosta e in Calabria (15%), mentre il valore più basso (5%) è in Campania e Molise. Inoltre, il 7% degli intervistati riferisce di aver viaggiato, nel mese precedente, in un'auto con una persona in stato di ebbrezza alla guida.

In sette Regioni (Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana e Lazio) è stato approfondito il problema degli incidenti stradali e dei controlli delle Forze dell'ordine. Il 39% dei circa 13.400 intervistati che hanno dichiarato di essere andati in auto o moto negli ultimi 12 mesi, ha riferito di aver subito un controllo da parte delle Forze dell'ordine. Alle persone che hanno dichiarato di essere state fermate, come guidatore o passeggero, questo controllo è capitato in media più di due volte negli ultimi 12 mesi. Solo l'11% degli intervistati fermati dalle Forze dell'ordine ha riferito che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. Questa percentuale, che corrisponde a meno dell'1% di tutti gli intervistati, diminuisce all'aumentare dell'età: dal 25% a 18-24 anni fino al 4% dei 50-69enni. La percentuale più bassa di controlli con etilotest si registra nel Lazio (6%), con una differenza significativa rispetto a Friuli-Venezia Giulia (10%), Liguria (11%), Emilia Romagna (15%), Provincia Autonoma di Trento (15%) e anche rispetto alla media delle Regioni (11%).

## CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

L'analisi condotta per Regione di appartenenza dell'intervistato evidenzia delle differenze comportamentali relative al consumo di bevande alcoliche (Tabella 12).

**Tabella 12. Tipologia di consumatori (%) per Regione e sesso (anno 2009)**

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)							
	tutte le bevande alcoliche		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS)	
	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Italia nord-occidentale</b>								
Piemonte e Valle d'Aosta	82,1	58,6	39,1	17,7▲	14,7	5,1▲	29,5	10,2
Lombardia	81,3	59,8	41,3	18,4	12,3	2,9	25,6	7,4
Liguria	80,7	54,9	40,4	16,7	9,2	2,9	27,3	8,1
<b>Italia nord-orientale</b>								
Trentino-Alto Adige	81,7	62,1	58,6	30,0	22,7	5,9	31,8	10,3
Veneto	82,8	64,7	47,7	21,4	17,5	4,3	31,4	9,5
Friuli-Venezia Giulia	83,8	64,6	57,5	23,6	17,2	3,9	29,6	10,4
Emilia Romagna	83,4	65,0	34,9▼	17,9	12,2	4,2	27,0	9,9▲
<b>Italia centrale</b>								
Toscana	83,6	63,7	31,5	14,5	9,8	2,9	25,8	9,8
Umbria	82,3	58,8	39,3	15,7	9,9	3,5	23,9	7,7
Marche	83,3	61,8	33,7	14,1	11,1	3,2	25,4	7,6
Lazio	81,5	56,8	35,6	18,1	11,0	3,3	22,3	7,0
Abruzzo	84,0	55,6▲	42,9	14,6	14,9	2,4	27,7	4,6
Molise	81,6	47,4	44,6	12,1	24,0	4,0	38,3	7,8
<b>Italia meridionale</b>								
Campania	77,5▲	50,6	22,0	7,9	9,5	2,0	18,6	4,9
Puglia	80,3▼	50,6	26,1	7,6	8,6	2,4	22,5	5,5
Basilicata	80,4	45,1	34,7	7,2	18,3	1,7	32,0	4,3
Calabria	81,7	50,3	31,5	8,4	11,3	1,1▼	21,2▼	3,7
<b>Italia insulare</b>								
Sicilia	74,5	46,4	28,1	10,2▲	8,2	1,9	14,7	4,2
Sardegna	79,8	49,3	49,6	16,0	24,6▲	3,8	36,8▲	6,0
<b>Italia</b>	<b>81,0</b>	<b>56,9</b>	<b>36,4</b>	<b>15,3</b>	<b>12,4</b>	<b>3,1</b>	<b>25,0</b>	<b>7,3</b>

Valore minimo nazionale

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

Valore massimo nazionale

▼ Riduzione statisticamente significativa tra 2008 e 2009

▲ Incremento statisticamente significativo tra 2008 e 2009

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

## Italia nord-occidentale

### Piemonte e Valle d'Aosta

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche risulta in linea con il dato medio nazionale. Tra gli uomini tuttavia, il dato relativo al *binge drinking* (14,7%) e al consumo a rischio (maschi: 29,5%) risulta superiore alla media nazionale, e tra le donne, anche quello relativo al consumo fuori pasto (5,1%, 10,2%, 17,7% rispettivamente). Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra le donne un incremento delle consumatrici fuori pasto (+4,1 punti percentuali) e delle consumatrici *binge drinker* (+2,4 punti percentuali).

### Lombardia

La percentuale di consumatrici di bevande alcoliche risulta superiore al dato medio nazionale (59,8%); per entrambi i sessi si registra un valore superiore alla media nazionale di individui che utilizzano bevande alcoliche lontano dai pasti (maschi: 41,3%; femmine: 18,4%).

### Liguria

Tra le donne i dati relativi agli indicatori presentati risultano in media con il dato medio nazionale. Tra gli uomini, nonostante si rileva un valore al di sotto della media nazionale di *binge drinker* (9,2%), la percentuale di consumatori fuori pasto (40,4%) risulta superiore al dato nazionale.

## Italia nord-orientale

### Trentino Alto Adige

Gli indicatori di rischio considerati risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi anche se la percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini (81,7%) risulta in media con il dato nazionale. Tra le donne in particolare, si rileva il dato più elevato rispetto alle altre Regioni di consumatrici fuori pasto (30,0%).

### Veneto

Gli indicatori di rischio considerati risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi ad eccezione di quello relativo alle donne che praticano il *binge drinking* (4,3%) che risulta nella media delle altre Regioni. La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica tra gli uomini (82,8%) risulta in media con il dato nazionale.

### Friuli-Venezia Giulia

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche risulta al di sopra della media nazionale per entrambi i sessi (maschi: 83,8%; femmine: 64,6%). Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi ad eccezione di

quello relativo alle donne che praticano il *binge drinking* (3,9%) che risulta in media con quello delle altre Regioni.

## **Emilia Romagna**

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta superiore a quella media nazionale per entrambi i sessi (maschi: 83,4%; femmine: 65,0%). Percentuali elevate di consumatori con comportamenti dannosi per la salute si registrano tra le donne che consumano fuori pasto (17,9%) e tra quelle che risultano a rischio secondo il criterio ISS (9,9%). Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra gli uomini una diminuzione dei consumatori fuori pasto (-4,6 punti percentuali) e tra le donne un incremento delle consumatrici a rischio-criterio ISS (+3 punti percentuali).

## **Italia centrale**

### **Toscana**

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta superiore a quella media nazionale per entrambi i sessi (maschi: 83,6%; femmine: 63,7%). Tra gli uomini si registrano valori inferiori al dato medio nazionale tra coloro che consumano bevande fuori pasto (31,5%) e tra coloro che praticano il *binge drinking* (9,8%). Tra le donne risulta superiore alla media nazionale solo l'indicatore di sintesi delle consumatrici a rischio (criterio ISS) (9,8%).

### **Umbria**

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica risultano, per entrambi i sessi, in media con i dati nazionali.

### **Marche**

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio, per entrambi i sessi, risultano in media con i dati nazionali. Tra le donne si registra un dato relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica superiore a quello nazionale (61,8%).

### **Lazio**

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica risultano, per entrambi i sessi, in media con i dati medi nazionali ad eccezione delle donne che consumano bevande alcoliche fuori pasto, la cui percentuale (18,1%) risulta superiore alla media nazionale.

### **Abruzzo**

Valori superiori ai dati medi nazionali si registrano tra gli uomini che consumano bevande alcoliche (84,0%) e che assumono bevande alcoliche lontano dai pasti (42,9%). Tra le donne

l'indicatore di sintesi dei consumatori a rischio-criterio ISS risulta inferiore alla media delle altre Regioni (4,6%). Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra le donne un incremento delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica (+8,8 punti percentuali).

## **Molise**

Valori al di sopra del dato medio nazionale si registrano tra gli uomini per tutti gli indicatori di comportamenti a rischio considerati. Tra le donne, percentuali inferiori alla media delle altre Regioni si registrano tra le consumatrici di bevande alcoliche (47,4%) e tra coloro che assumono alcolici lontano dai pasti (12,1%).

## **Italia meridionale**

### **Campania**

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica risultano, per entrambi i sessi, al di sotto dei valori medi nazionali. Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra gli uomini un incremento dei consumatori di almeno una bevanda alcolica (+5,1 punti percentuali).

### **Puglia**

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche tra gli uomini (80,3%) e quello dei consumatori a rischio per il criterio ISS risultano in media con il dato nazionale mentre il valore relativo ai consumatori fuori pasto (26,1%) e quello dei *binge drinker* risultano inferiori ai valori medi nazionali; tra le donne valori al di sotto del dato medio si registrano per tutti gli indicatori considerati ad eccezione di quello relativo alle consumatrici *binge drinker* (2,4%) che tuttavia rimane in media con quello nazionale. Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra gli uomini una diminuzione dei consumatori di almeno una bevanda alcolica (-3,6 punti percentuali).

### **Basilicata**

Tra le donne, tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo alle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risultano al di sotto dei valori medi nazionali; situazione diversa si registra invece tra gli uomini dove valori superiori al dato medio nazionale si registrano tra i consumatori *binge drinker* (18,3%) e tra quelli a rischio (criterio ISS) (32,0%).

### **Calabria**

Tra le donne, tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo alle consumatrici di almeno una bevanda alcolica risultano al di sotto dei valori medi nazionali; le percentuali risultano inferiori alla media anche tra gli uomini ad eccezione di quelle relative ai consumatori di almeno una bevanda alcolica (81,7%) e dei consumatori *binge drinker* (11,3%) che risultano comunque allineati con il dato medio nazionale. Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra gli uomini una diminuzione dei consumatori a rischio (criterio ISS) (-1,5

punti percentuali) e tra le donne una diminuzione delle consumatrici *binge drinker* (-1,8 punti percentuali).

## Italia insulare

### Sicilia

Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e quello relativo ai consumatori di almeno una bevanda alcolica risultano, per entrambi i sessi, al di sotto dei valori medi nazionali. Tra le donne si registra la percentuale più bassa tra tutte le Regioni italiane di consumatori a rischio di sesso maschile (14,7%). Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra le donne un incremento delle consumatrici fuori pasto (+0,5 punti percentuali)

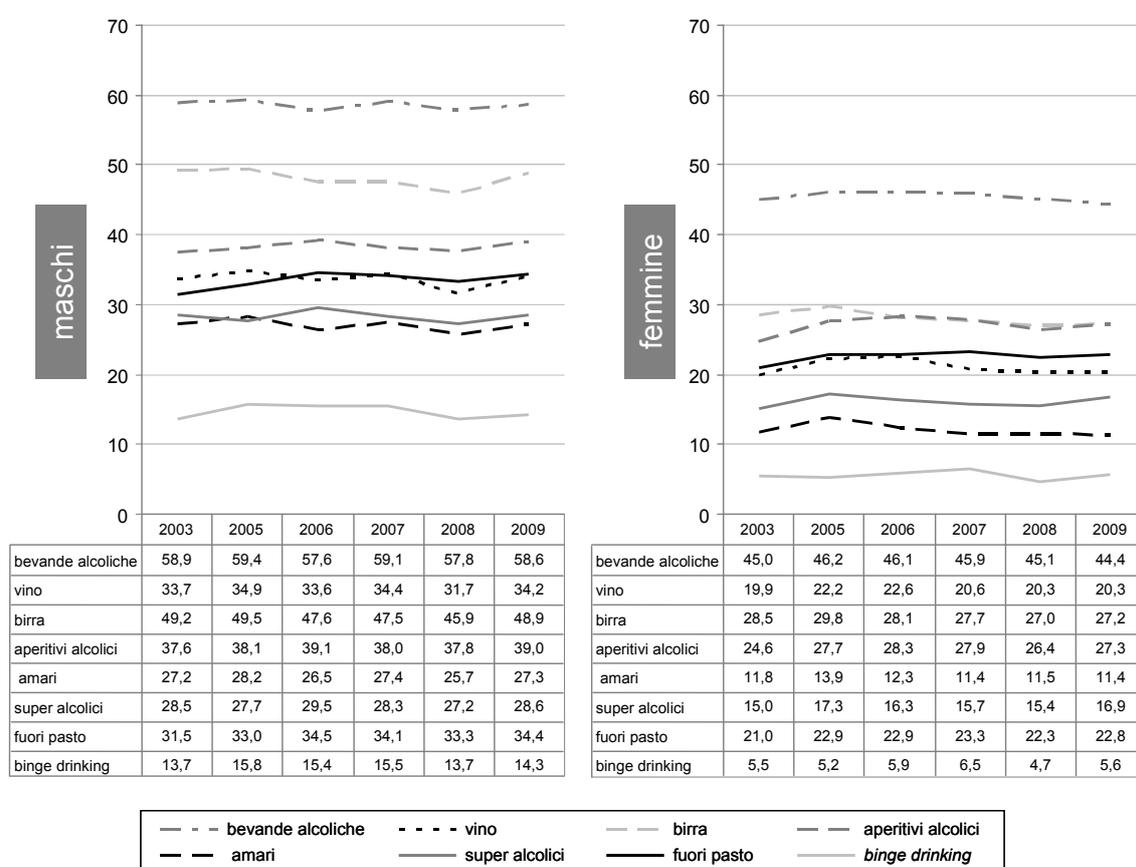
### Sardegna

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta tra gli uomini in media con quella nazionale (79,8%); nonostante questo le percentuali relative a tutti gli indicatori di rischio risultano superiori al dato medio nazionale. Tra le donne non si registrano differenze per tutti gli indicatori considerati rispetto alla media nazionale ad eccezione di quello relativo alla percentuale di consumatrici che risulta inferiore (49,3%). Rispetto alla rilevazione effettuata nel 2008 si registra tra gli uomini un incremento dei consumatori *binge drinker* (+6,3 punti percentuali) e dei consumatori a rischio-criterio ISS (+6,2 punti percentuali).

## CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

Oltre la metà dei giovani di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2009 con una marcata differenza di genere (maschi: 58,6%; femmine: 44,4%) e per entrambi i sessi non si registrano differenze statisticamente significative nel corso dell'ultimo anno.

Tra i ragazzi, la percentuale più elevata di consumatori si registra per la birra (48,9%) seguita da aperitivi alcolici (39%) e vino (34,2%); tra le ragazze le percentuali più elevate di consumatrici si registrano, senza differenze statisticamente significative, per la birra e gli aperitivi alcolici (27,2%, 27,3% rispettivamente) seguite da vino (20,3%), super alcolici (16,9%) e amari (11,4%) (Figura 12).



**Figura 12. Prevalenze (%) consumatori di età 11-25 anni delle diverse bevande alcoliche, dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* per sesso (anni 2003-2005-2006-2007-2008-2009)**  
(Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie)

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

Nella classe di età al di sotto dell'età legale (11-15 anni), il 17,0% degli intervistati (maschi: 18,5%; femmine: 15,5%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 5,3% (maschi: 7,0%; femmine: 3,6%) dei ragazzi dichiara di aver bevuto vino, l'8,8% (maschi: 11,8%; femmine: 5,8%) birra, il 7,1% (maschi: 8,2%; femmine: 6,0%) aperitivi alcolici, il 2,5% (maschi: 3,8%; femmine: 1,2%) amari e il 2,9% (maschi: 3,3%; femmine: 2,6%) super alcolici. Non si rilevano differenze statisticamente significative tra le percentuali di uomini e donne che hanno consumato le diverse bevande alcoliche ad eccezione della birra. I giovani di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 6,3% (maschi: 6,4%; femmine: 6,1%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono 1,8% (maschi: 1,4%; femmine: 2,1%). In totale si stima che nell'anno 2009 sono stati oltre 475.000 i giovani (senza differenze di genere) che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) (Tabella 13).

**Tabella 13. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per tipologia di consumo e sesso, 2009**

Tipologia di consumatore	11-15 anni		16-20 anni		21-25 anni		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	18,5	15,5	* 70,9	53,8	81,3	63,0	58,6	44,4
Consumatori di vino	7,0	3,6	* 37,0	21,9	55,1	34,6	34,2	20,3
Consumatori di birra	11,8	5,8	58,6	32,8	71,6	42,4	48,9	27,2
Consumatori di aperitivi alcolici	8,2	6,0	* 46,2	33,5	58,6	41,9	39,0	27,3
Consumatori di amari	3,8	1,2	* 28,6	11,4	46,5	21,1	27,3	11,4
Consumatori di super alcolici	3,3	2,6	* 33,1	20,1	46,2	27,4	28,6	16,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	6,4	6,1	* 39,5	28,4	53,8	33,4	34,4	22,8
Consumatori <i>binge drinker</i>	1,4	2,1	* 17,2	6,4	22,6	8,0	14,3	5,6
Consumatori a rischio-criterio ISS	18,5	15,5	* 19,0	6,9	23,8	8,4	20,5	10,3

\* Non esiste una differenza statisticamente significativa di genere.

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

## Consumatori di 16-20 anni

Nella classe di età adolescenziale (16-20 anni), il 62,8% degli intervistati (maschi: 70,9%; femmine: 53,8%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 29,9% (maschi: 37,0%; femmine: 21,9%) degli adolescenti dichiara di aver bevuto vino, l'46,3% (maschi: 58,6%; femmine: 32,8%) birra, il 40,2% (maschi: 46,2%; femmine: 33,5%) aperitivi alcolici, il 20,5% (maschi: 28,6%; femmine: 11,4%) amari e il 26,9% (maschi: 33,1%; femmine: 20,1%) super alcolici. Le percentuali di ragazzi che bevono alcolici sono superiori a quelle delle coetanee indipendentemente dalla bevanda consumata. Tra i ragazzi, il dato più elevato in questa fascia di età si registra tra i consumatori di birra, seguiti da quelli di aperitivi alcolici; tra le ragazze, i valori più elevati si registrano tra le consumatrici di birra e aperitivi alcolici seguite da quelle di vino e super alcolici. I giovani che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 34,3% (maschi: 39,5%; femmine: 28,4%) e quelli che si

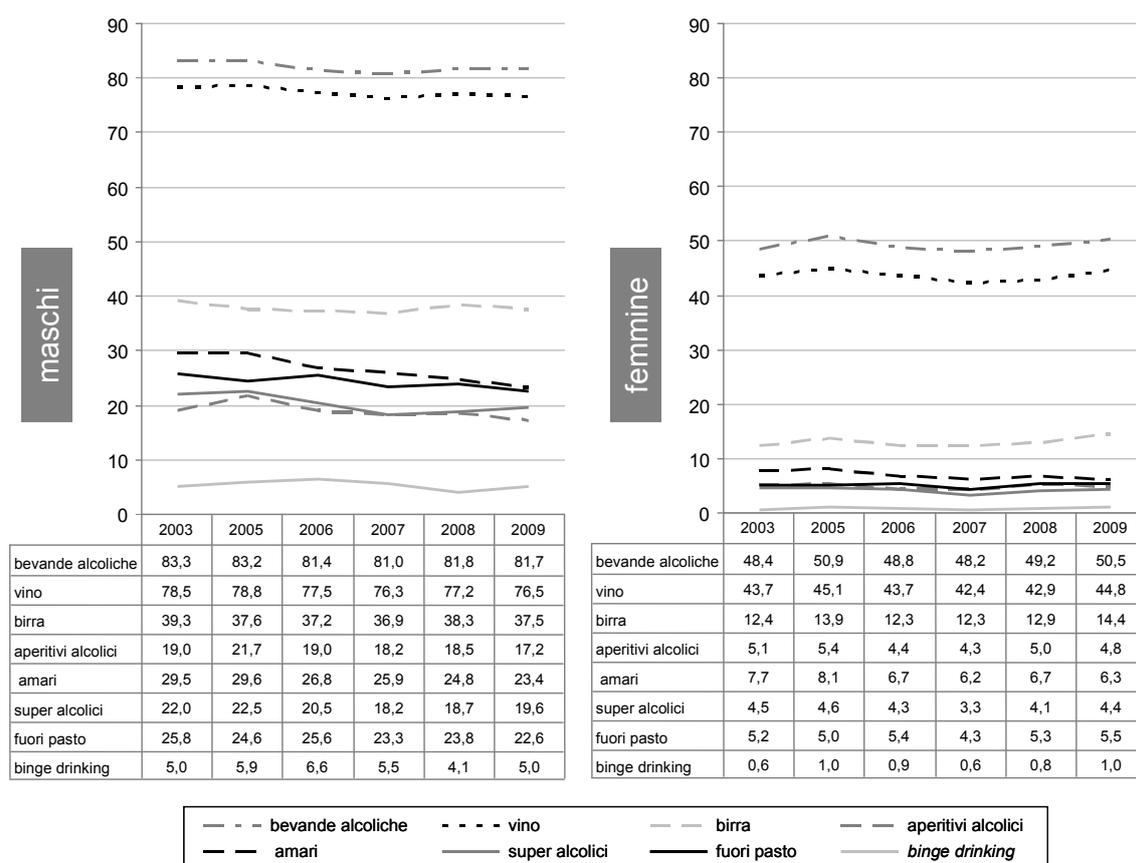
sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono il 12,1% (maschi: 17,2%; femmine: 6,4%). In totale si stima che nell'anno 2009 sono stati oltre 395.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) (vedi Tabella 13).

## Consumatori di 21-25 anni

Nella classe di età 21-25 anni, il 72,4% degli intervistati (maschi: 81,3%; femmine: 63,0%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 45,1% (maschi: 55,1%; femmine: 34,6%) dei giovani dichiara di aver bevuto vino, l'57,4% (maschi: 71,6%; femmine: 42,4%) birra, il 50,5% (maschi: 58,6%; femmine: 41,9%) aperitivi alcolici, il 34,1% (maschi: 46,5%; femmine: 21,1%) amari e il 37,1% (maschi: 46,2%; femmine: 27,4%) super alcolici. Le percentuali di ragazzi 21-25enni che bevono alcolici sono superiori a quelle delle loro coetanee, indipendentemente dalla bevanda consumata. Tra i 21-25enni, il dato più elevato si registra tra i consumatori di birra, seguiti da quelli di aperitivi alcolici e vino mentre tra le coetanee, i valori più elevati si registrano tra le consumatrici di birra e aperitivi alcolici seguite da quelle di vino, super alcolici e amari. I ragazzi di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 43,9% (maschi: 53,8%; femmine: 33,4%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono 15,5% (maschi: 22,6%; femmine: 8,0%). In totale si stima che nell'anno 2009 sono stati 500.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) (vedi Tabella 13).

## CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

Il 63,7% degli ultra-65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2009 con una marcata differenza di genere (maschi: 81,7%; femmine: 50,5%) e per entrambi i sessi non si registrano differenze statisticamente significative tra il 2008 e il 2009. Tra gli uomini, la percentuale più elevata di consumatori si registra per il vino (76,5%) seguito dalla birra (37,5%) e dagli amari (23,4%); analogamente, tra le donne le percentuali più elevate di consumatrici si registrano per il vino (44,8%) seguito da birra (14,4%) (Figura 13).



**Figura 13. Prevalenze (%) consumatori di età ≥65 anni delle diverse bevande alcoliche, dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* per sesso (anni 2003-2005-2006-2007-2008-2009)**  
 (Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie)

## Consumatori anziani “giovani” (65-74 anni)

Nella classe di età 65-74 anni, il 68,7% degli intervistati (maschi: 85,9%; femmine: 53,9%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 62,1% (maschi: 79,6%; femmine: 47,1%) degli anziani dichiara di aver bevuto vino, il 31,7% (maschi: 45,5%; femmine: 19,8%) birra, il 13,6% (maschi: 21,6%; femmine: 6,7%) aperitivi alcolici, il 17,6% (maschi: 28,4%; femmine: 8,3%) amari e il 14,5% (maschi: 24,8%; femmine: 5,6%) super alcolici. Per tutte le bevande considerate, le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne. Il dato relativo ai consumatori di vino risulta molto più elevato rispetto a quello delle altre bevande alcoliche per entrambi i sessi, seguito da quello relativo ai consumatori di birra. Gli anziani di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 15,9% (maschi: 26,8%; femmine: 6,6%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati il 4,0% (maschi: 7,1%; femmine: 1,3%). Questi anziani sono quelli che contribuiscono consistentemente attraverso il consumo rischioso di vino al totale degli anziani consumatori a rischio e a quelli in cui clinicamente si registra un'elevata prevalenza di patologie alcoliche croniche. Si stima, infatti, che nell'anno 2009 sono stati quasi 1.900.000 gli “anziani giovani” che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS (Tabella 14).

**Tabella 14. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumatore e sesso (anno 2009)**

Tipologia di consumatore	65-74		75-84		≥85		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	85,9	53,9	77,6	48,4	68,7	43,9	81,7	50,5
Consumatori di vino	79,6	47,1	74,1	43,1	64,6	40,8	76,5	44,8
Consumatori di birra	45,5	19,8	28,3	10,4	17,6	5,7	37,5	14,4
Consumatori di aperitivi alcolici	21,6	6,7	12,3	3,4	5,3	1,8	17,2	4,8
Consumatori di amari	28,4	8,3	18,0	4,7	9,8	3,5	23,4	6,3
Consumatori di super alcolici	24,8	5,6	13,7	3,3	6,2	3,0	19,6	4,4
Consumatori di alcolici fuori pasto	26,8	6,6	18,5	4,8	10,3	3,3	22,6	5,5
Consumatori <i>binge drinker</i>	7,1	1,3	2,4	0,7	ns	ns	5,0	1,0
Consumatori a rischio-criterio ISS	47,7	41,9	41,9	9,1	35,3	6,7	44,7	11,3

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2010

## Consumatori anziani “intermedi” (75-84 anni)

Nella classe di età 75-84 anni, il 60,2% degli intervistati (maschi: 77,6%; femmine: 48,4%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 55,6% (maschi: 74,1%; femmine: 43,1%) delle persone dichiara di aver bevuto vino, il 17,6% (maschi: 28,3%; femmine: 10,4%) birra, il 7% (maschi: 12,3%; femmine: 3,4%) aperitivi alcolici, il 10,1% (maschi: 18,0%; femmine: 4,7%) amari e il 7,5% (maschi: 13,7%; femmine: 3,3%) super alcolici. Per tutte le bevande considerate, le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne. La percentuale di consumatori di vino, sia di quantità normali che a rischio, è molto più elevato di quella dei consumatori di altre bevande

alcoliche per entrambi i sessi, seguito da quello relativo ai consumatori di birra. Gli anziani 75-84enni che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 10,3% (maschi: 18,5%; femmine: 4,8%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati una percentuale molto bassa (maschi: 2,4%; femmine: 0,7%). Nonostante in questa classe di età si registrino clinicamente le quote più elevate di condizioni legate al normale processo di invecchiamento che sconsiglierebbero il bere, anche per la possibile assunzione di farmaci che interagiscono con l'alcol, sono molti gli anziani che bevono secondo modalità considerate a rischio. In totale si stima che nell'anno 2009 sono stati oltre 900.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) (vedi Tabella 14).

## Consumatori ultra 85enni

Tra gli "anziani vecchi" di età maggiore o uguale ad 85 anni, oltre 1 intervistato su 2 (maschi: 68,7%; femmine: 43,9%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Il 47,9% (maschi: 64,6%; femmine: 40,8%) delle persone dichiara di aver bevuto vino, il 9,2% (maschi: 17,6%; femmine: 5,7%) birra, il 2,9% (maschi: 5,3%; femmine: 1,8%) aperitivi alcolici, il 5,4% (maschi: 9,8%; femmine: 3,5%) amari e il 4% (maschi: 6,2%; femmine: 3,0%) super alcolici. Le percentuali di consumatori di vino e birra sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne mentre non si registrano differenze statisticamente significative di genere per le altre bevande alcoliche. Come visto nelle altre classi di età anziane, la percentuale di consumatori di vino è molto più elevata di quella dei consumatori di altre bevande alcoliche per entrambi i sessi, ed è seguita da quella relativa ai consumatori di birra. Gli "anziani vecchi" che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 5,4% (maschi: 10,3%; femmine: 3,3%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati una percentuale minima degli ultra 85enni. In totale si stima che nell'anno 2009 sono stati oltre 200.000 gli "anziani vecchi" che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) (vedi Tabella 14).

## MORTALITÀ ALCOL-ATTRIBUIBILE

La WHO ha stimato che nel mondo ci sono circa 2 miliardi di persone che consumano bevande alcoliche, circa 2,3 milioni muoiono per una causa alcol-correlata e 76,3 milioni hanno disordini dovuti all'alcol. L'impatto globale sulla salute del consumo alcolico, sia in termini di mortalità che morbosità, è elevato in buona parte del mondo.

La stima della mortalità alcol-correlata presentata da J. Rehm (*Centre of Addiction and Mental Health, Toronto - WHO CC for Substance Abuse, Zurigo*) durante il Convegno "Alcohol Prevention Day" (tenuto presso l'ISS nel 2010) (14) mostra come l'alcol nel mondo si colloca all'ottavo posto per mortalità e al terzo per anni di vita persi per disabilità o morte prematura.

I valori relativi all'Italia nel 2004 indicano che il 5,3% dei decessi tra gli uomini e il 2,3% tra le donne a partire dai 20 anni è correlato all'alcol, per un totale di circa 21200 decessi parzialmente e totalmente alcol-attribuibili (14.900 per gli uomini e 6.200 per le donne). Una valutazione complessiva stima in almeno 30.000 il contributo di morti causate da tutte le bevande alcoliche e riconosce nell'alcol la prima causa di morte tra i giovani sino all'età di 24 anni. I decessi dei giovani sono prevalentemente legati al problema di uso e abuso di alcol alla guida. In Europa, infatti, il 25% dei decessi tra i ragazzi di età 15-29 anni e il 10% dei decessi registrati tra le ragazze è causato dal consumo rischioso di alcol.

In questi studi sono assenti, per mancanza di dati sui rischi relativi, le stime della mortalità alcol-correlata legata non alla quantità giornaliera assunta di alcol, ma al *binge drinking*, abitudine che ormai si è consolidata e radicata tra i giovani italiani, e che è responsabile di buona parte dei decessi per incidenti stradali.

È da sottolineare che non esistono vantaggi derivanti dall'uso di alcol essendo le stime relative all'azione dell'alcol sulla mortalità al netto dei "guadagni" derivanti dai possibili effetti protettivi associati a bassissimi consumi di alcol registrabili solo dopo i 70 anni (10 g, meno di un bicchiere al giorno).

Sono state analizzate le cause di morte relative all'anno 2007 utilizzando la base di dati della mortalità in Italia costruita a partire dai dati ufficiali dell'ISTAT su mortalità e popolazione residente, ed elaborata presso l'Ufficio di Statistica dell'ISS. Le cause di morte sono state suddivise in tre categorie:

- *Malattie totalmente alcol-attribuibili*  
la categoria contiene le patologie codificate secondo l'ICD10 (*International Classification of Diseases* ed. 10) per cui la causa di morte è totalmente dovuta al consumo di alcol. (ad esempio gastrite alcolica);
- *Malattie parzialmente alcol-attribuibili*  
la categoria contiene le patologie codificate secondo l'ICD10 per cui la causa di morte, valutata in base alle attuali conoscenze scientifiche, è solo parzialmente attribuibile ad un consumo dannoso di alcol (ad esempio tumore alla mammella e cirrosi epatica);
- *Cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti attribuibili*  
la categoria contiene le cause di morte non legate a patologie croniche ma che, in base alle attuali conoscenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili ad un consumo dannoso di alcol (ad esempio Incidenti stradali, suicidio e omicidio).

Il numero dei decessi attribuibili all'alcol a partire dai 15 anni è complessivamente pari a 20.102, di cui 12.761 per i maschi e 7.341 per le femmine, pari al 4,4% dei decessi degli uomini e al 2,5% di quelli delle donne.

Analizzando le percentuali in base alle tre categorie definite (Tabella 15) si osserva che:

- Le *malattie totalmente alcol-attribuibili* contribuiscono per lo 0,4% dei decessi maschili e per lo 0,1% di quelli femminili.
- Le *malattie parzialmente alcol-attribuibili* contribuiscono alla mortalità secondo la patologia considerata:
  - *Neoplasie maligne*: la percentuale di morti per tumore dovuto al consumo di alcol è il 4,7% e 2,8% dei decessi per tumore, rispettivamente per maschi e femmine e l'1,5% e 0,7% rispettivamente di tutti i decessi;
  - *Tumori benigni*: la percentuale di morti per tumore dovuto al consumo di alcol è il 9,3% e 4,9% dei decessi per tumore benigno, rispettivamente per maschi e femmine e l'0,1% e 0,1% rispettivamente di tutti i decessi;
  - *Diabete mellito*: questa malattia è l'unica a trovare giovamento dal consumo ridotto di alcol; le percentuali sono pari a -7,2% per gli uomini e -5,4% per le donne rispetto al totale dei morti per diabete, pari a -0,2% e -0,2% rispetto al totale dei decessi;
  - *Condizioni neuropsichiatriche*: la percentuale di morti per queste patologie, dovuta al consumo di alcol è pari al 1,3% e 0,8% dei decessi per condizioni neuropsichiatriche, rispettivamente per maschi e femmine e l'0,05% di tutti i decessi senza differenza di genere;
  - *Malattie del sistema circolatorio*: questo gruppo di patologie presenta percentuali di attribuibilità di 0,1% e 1,3% rispetto al totale dei decessi per malattie del sistema circolatorio rispettivamente per i due sessi, e di 0,3% e 0,6% rispetto al totale delle morti. Il consumo ridotto di alcol può giovare alla riduzione del rischio in particolar modo tra i 45 e i 59 anni per gli uomini e tra i 30 e i 44 anni per le donne. Le patologie che risentono positivamente del consumo moderato di alcol sono quelle relative alle malattie ischemiche del cuore per entrambi i sessi e l'emorragia cerebrale e l'ictus ischemico esclusivamente per le donne;
  - *Malattie dell'apparato digerente*: il consumo alcolico aumenta notevolmente il rischio di decesso per queste patologie, che rappresentano il secondo gruppo per impatto nocivo dell'alcol sulla salute. Le percentuali di mortalità alcol correlata sono, infatti, pari a 21,3% e 13,7% rispetto al totale dei decessi dovuti a malattie dell'apparato digerente per i due sessi, e pari a 0,8% e 0,5% rispetto al totale di tutti i decessi.
- Le *cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti* contribuiscono alla mortalità in base all'intenzionalità dell'evento causa del decesso:
  - *Incidenti non intenzionali*: tali cause costituiscono il più importante gruppo per effetti dannosi sulla salute. Si registrano, infatti, percentuali di mortalità alcol attribuibile equivalenti a 31,5% e 21,7% rispetto al totale dei decessi per incidenti non intenzionali, equivalenti a 1,2% e 0,6% rispetto al totale dei decessi. Morti e percentuali attribuibili all'alcol elevate soprattutto tra i giovani sono determinate in particolar modo dalle morti per incidenti stradali causate dal guidare in stato di ebbrezza;
  - *Incidenti intenzionali*: tali cause costituiscono il terzo più importante gruppo per impatto negativo sulla salute. Le frazioni attribuibili all'alcol sono pari a 17,2% e 14,3% rispetto al totale dei decessi per tali cause, pari a 0,2% e 0,0% rispetto al totale dei decessi. Decessi attribuibili all'alcol elevati si registrano tra i giovani per suicidi e omicidi.

**Tabella 15. Frazioni di mortalità alcol-correlata (*Alcohol Attributable Fraction, AAF%*) secondo le tre categorie di causa di morte ICD10 (2007)\***

Causa di morte	≥ 15 anni (%)			
	a/b		a/c	
	M	F	M	F
<b>Malattie totalmente alcol-attribuibili*</b>	100	100	0,4	0,1
<b>Malattie parzialmente alcol-attribuibili**</b>				
Condizioni materne e perinatali	0,0	0,0	0,0	0,0
Neoplasie maligne	4,7	2,8	1,5	0,7
Tumori benigni	9,3	4,9	0,1	0,1
Diabete mellito	-7,2	-5,4	-0,2	-0,2
Condizioni neuropsichiatriche	1,3	0,8	0,1	0,0
Malattie del sistema circolatorio	0,1	1,3	0,3	0,6
Malattie dell'apparato digerente	21,3	13,7	0,8	0,5
Malattie della pelle e del sottocutaneo	0,5	0,2	0,0	0,0
<b>Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti***</b>				
Incidenti non intenzionali	31,5	21,7	1,2	0,6
Incidenti intenzionali	17,2	14,3	0,2	0,0
<b>Morti alcol-correlate</b>			4,4	2,5

a: morti alcol-attribuibili per malattia, b: morti totali relativi alle diverse malattie (o cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti), c: morti totali

\* Comprendono: Sindromi psicotiche indotte da alcol, Polineuropatia alcolica, Cardiomiopatia alcolica, Gastrite alcolica, Steatosi epatica alcolica, Eccessivo livello ematico di alcol, Effetti tossici dell'alcol, Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol, Pancreatite cronica indotta da alcol, Sindrome fetoalcolica, Auto-avvelenamento intenzionale per esposizione all'alcol, Miopatia alcolica, Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcol.

\*\* Includono i seguenti gruppi di cause: *Condizioni materne e perinatali* (Aborto spontaneo, Basso peso alla nascita), *Neoplasie maligne* (Tumore dell'orofaringe, Tumore dell'esofago, Tumore al colon retto, Tumore alla laringe, Tumore al fegato, Tumore alla mammella), *Tumori benigni*, *Diabete mellito*, *Condizioni neuropsichiatriche* (Epilessia), *Malattie del sistema circolatorio* (Ipertensione arteriosa, Malattie ischemiche del cuore, Aritmia cardiaca, Varici esofagee, Emorragia cerebrale, Ictus ischemico), *Malattie dell'apparato digerente* (Cirrosi epatica, Colelitiasi, Pancreatite acuta e cronica), *Malattie della pelle e del sottocutaneo* (Psoriasi).

\*\*\* Comprendono i seguenti gruppi di cause: *Incidenti non intenzionali* (Incidenti stradali, Cadute, Annegamento e sommersione accidentali, Esposizione a fumo, fuoco e fiamme, Avvelenamento accidentale da ed esposizione a sostanze nocive, Altri incidenti non intenzionali), *Incidenti intenzionali* (Suicidio, Omicidio, Altri incidenti intenzionali).

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo 2007 e cause di morte ISTAT 2007.

Nella Tabella 16 vengono riportate le condizioni che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcol-attribuibile rispetto alle singole patologie.

Le cause accidentali (V01-X59, Y40-Y86, Y88, Y89, X60-Y09, Y35-Y36, Y87.0-Y87.1), tra cui gli incidenti stradali (V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89, V99) tra i giovani, e le malattie dell'apparato digerente (K20-K92), in particolar modo la cirrosi epatica (K74) sono quelle i cui decessi sono maggiormente determinati dal consumo di alcol. Il 38,1% per gli uomini e il 18,4% per le donne di tutti i decessi che hanno come causa di morte un incidente stradale sono alcol-correlati. Le frazioni alcol-attribuibili relativi alla cirrosi epatica sono pari a 60,5% per gli uomini e il 51,5% per le donne.

Le neoplasie maligne, su cui l'alcol incide maggiormente, sono il tumore dell'orofaringe (C01-C06, C09-C10, C12-C14) con frazioni di attribuibilità pari a 36,6% e 21,8% rispettivamente per i due sessi, il tumore alla laringe (C32) con percentuali di mortalità alcol attribuibile pari a 49,2% e 37,1%, e il tumore al fegato (C22) con percentuali equivalenti a 36,5% e 26,1%.

L'epilessia (G40-G41) con valori pari a 49,5% e 43,3% per i due sessi, e le varici esofagee (I85) sono altamente alcol-attribuibili.

**Tabella 16. Frazioni di mortalità alcol-correlata (Alcohol Attributable Fraction AAF%) secondo le due categorie e rispetto le singole patologie, ICD10- 2007\***

Causa di morte	Codici ICD10	M	F
<b>Malattie parzialmente alcol-attribuibili</b>			
Aborto spontaneo	O03	0,0	0,0
Basso peso alla nascita	P05-P07	0,0	0,0
Tumore dell'orofaringe	C01-C06, C09-C10, C12-C14	36,6	21,8
Tumore dell'esofago	C15	44,1	29,6
Tumore al colon retto	C18-C21	1,6	-1,0
Tumore alla laringe	C32	49,2	37,1
Tumore al fegato	C22	36,6	26,1
Tumore alla mammella	C50	0,0	7,1
Tumori benigni	D00-D48	9,3	5,0
Diabete mellito	E10-E14	-7,2	-5,4
Epilessia	G40-G41	49,5	43,3
Ipertensione arteriosa	I10-I15	31,0	17,3
Malattie ischemiche del cuore	I20-I25	-10,3	-3,5
Aritmia cardiaca	I47-I49	31,6	21,0
Varici esofagee	I85	57,7	49,2
Emorragia cerebrale	I60-I62	24,4	-9,4
Ictus ischemico	I63	0,2	-24,1
Cirrosi epatca	K74	60,5	51,5
Colelitiasi	K80	-21,6	-11,8
Pancreatite acuta e cronica	K85, K86.1	25,4	13,8
Psoriasi	L40 excl. L40.5	31,8	19,2
<b>Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti</b>			
Incidenti stradali	V01-V04, V06, V09-V80, V87, V89, V99	38,1	18,4
Cadute	W00-W19	20,9	7,4
Annegamento e sommersione accidentali	W65-W74	36,5	33,8
Esposizione a fumo, fuoco e fiamme	X00-X09	0,0	0,0
Avvelenamento accidentale da ed esposizione a sostanze nocive	X40-X49	24,0	18,7
Altri incidenti non intenzionali	V05, V07, V08, V81-V86, V88, V90-V98, W20-W64, W75-W99, X10-X39, X50-X59, Y40-Y86, Y88, Y89	32,8	26,1
Suicidio	X60-X84, Y87.0	14,9	11,2
Omicidio	X85-Y09, Y87.1	35,8	35,8
Altri incidenti intenzionali	Y35	0,0	0,0

\* Nella tabella sono riportati i codici ICD10 che fanno riferimento alle patologie maggiormente correlate all'alcol con l'esclusione di quelle totalmente alcol-attribuibili, che per definizione hanno AAF pari a 100%.

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo 2007 e cause di morte ISTAT 2007.

L'elaborazione e l'analisi della mortalità alcol-correlata conferma che l'alcol ha un impatto significativo, attenuato dagli effetti già noti e acquisiti nei documenti ufficiali della WHO e della Commissione Europea, di modesta riduzione della mortalità per poche, selezionate patologie quali il diabete mellito, le malattie ischemiche del cuore per entrambi i sessi, e l'emorragia cerebrale e l'ictus ischemico esclusivamente per le donne. L'impatto sulla mortalità, al netto dei "vantaggi" misurati è sempre e comunque un impatto globale di cui tener debito conto nelle strategie di prevenzione e di comunicazione. Il messaggio valido e corretto in termini di salute pubblica dovrebbe sempre mettere in evidenza, in omaggio al principio di precauzione, che se un bicchiere di vino o di birra o di qualunque altra bevanda alcolica può giovare alla riduzione del rischio per una specifica condizione patologica, allo stesso tempo lo

stesso bicchiere incrementa significativamente il rischio per altre patologie: il cancro, la cirrosi epatica, gli incidenti e la maggior parte delle patologie vascolari. Benefici del bere moderato sono quindi circoscritti a poche identificate condizioni, e sono sempre riportati per valori molto bassi di consumo, corrispondenti, per consenso unanime della comunità scientifica, a 10-15 g/die con sostanziali differenze di genere e età, mai generalizzabili e comunque non riferibili ai giovani.

I dati riportati trovano una conferma nelle tendenze e nei risultati individuati dalle più recenti revisioni scientifiche in letteratura, che indicano nell'alcol una tra le principali cause di morte, malattia, disabilità evitabile in tutte le nazioni sviluppate e con mercato stabile.

Oggi giorno è preoccupante l'uso che si fa dell'alcol tra i giovani, data la diffusione di culture e di modelli del bere ispirati all'uso e all'abuso dell'alcol per ubriacarsi. Sono, infatti, sempre più numerosi i giovani che consumano più di sei unità di bevande alcoliche in un'unica occasione (*binge drinking*). Questa situazione mina alla base la cultura e l'uso tradizionale dell'alcol (il consumo ai pasti, con moderazione, sotto il controllo formale familiare) che riusciva ad esplicare una funzione protettiva, anche sociale, in funzione di modalità che oggi sembrano essere sostituite nelle giovani generazioni dalle nuove mode e dai nuovi modelli.

## ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

### Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento

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

Nel rapporto di ricerca AICAT-CNR 2006 (15) i CAT che hanno partecipato al rilevamento annuale dei dati nel 2006 sono stati 1.378. I club risultano distribuiti per la maggior parte (80%) al nord e il 30% dei questionari compilati appartiene alla sola Regione Veneto.

Negli anni che vanno dal 1992 al 1994 il numero di club che sono stati fondati è aumentato, dal 1997 al 2003 è diminuito nettamente, e infine negli ultimi tre anni cresciuto nuovamente (59 nuovi club nati nel 2006, dato inferiore solo all'anno 1992 nel quale sono stati fondati 62 club).

Dai dati disponibili emerge che nel 2006, in Italia, ai club censiti si sono recate 11.528 famiglie (di cui 3.127 si sono avvicinate per la prima volta), per un totale di 12.595 partecipanti.

L'età media dei partecipanti è 52 anni, senza differenze di genere; oltre la metà dei partecipanti (Tabella 17) ha un'età compresa fra i 45 e i 64 anni, ed è bassa la percentuale di coloro che hanno meno di 35 anni (9,8%).

Il 55,5% dei partecipanti è rappresentato da maschi. Il 62,7% è coniugato, circa un quinto è celibe o nubile, il 6,5% è vedovo, e solo una quota minore risulta essere separato (5,5%) o divorziato (4%). Circa il 38% vive con il compagno e figli, il 28% con il compagno ma senza figli, il 13,5% vive con i genitori e il 12,9% vive da solo, solo l'1,2% dei partecipanti infine vive in comunità.

La maggior parte dei partecipanti (97%) vive in una residenza fissa (comunità terapeutica: 2%; casa-famiglia: 2%; senza fissa dimora: 0,3%) (dati non mostrati).

Il titolo di studio è principalmente medio-basso (nessun titolo: 1%; elementare: 29,9%; medie-inferiori: 39,9%), solo il 15,2% è diplomato e il 3,4% laureato.

Analizzando l'occupazione, la quota degli studenti è molto bassa (1,7%), il 45,3% degli utenti risulta occupato, il 31% è pensionato o inabile al lavoro mentre le casalinghe rappresentano il 14,8% dei partecipanti.

Il motivo per cui i partecipanti hanno iniziato a frequentare il club è legato al problema del bere del soggetto stesso nel 58% dei casi, al problema del bere di un familiare del partecipante nel 40% dei casi e solo nel 2% dei casi al problema del bere di un amico o conoscente (dati non mostrati).

I partecipanti sono venuti a conoscenza del club attraverso ospedali o cliniche per il 19,5% dei casi, tramite operatori di SerT per il 17,1% e tramite il medico di base nel 15,4% dei casi.

Circa il 90% dei membri dei club valuta positivo il cambiamento di stile di vita negli ultimi 12 mesi, il 3,5% lo valuta negativo e il 5% dichiara di non aver cambiato affatto stile di vita. Il valore percentuale positivo inoltre cresce con il crescere del punteggio.

Tabella 17. Caratteristiche dei membri dei club dell'AICAT

Caratteristica	Modalità	%
<b>Sesso</b>	Maschi	55,5
	Femmine	44,5
<b>Classe di età</b>	<35	9,8
	35-44	16,9
	45-54	27,6
	55-64	28,6
	≥65	17,0
<b>Stato civile</b>	celibe\nubile	21,3
	coniugato\la	62,7
	separato\la	5,5
	divorziato\la	4,0
	vedovo\la	6,5
<b>Convivenza</b>	da solo	12,9
	da solo con figli	5,0
	con partner	28,0
	con partner e figli	38,4
	con i genitori	13,5
	comunità	1,2
<b>Titolo di studio</b>	altro	1,0
	nessuno	1,0
	elementari	29,9
	medie inferiori	39,9
	qualifica super (3anni)	10,6
	diploma superiore	15,2
	laurea breve	0,7
laurea	2,7	
<b>Occupazione</b>	occupato	45,3
	disoccupato	3,4
	casalinga	14,8
	studente	1,7
	pensionato/inabile	31,0
	altro	3,8
<b>Fonte da cui sono stati informati sul club</b>	organi di informazione	3,9
	familiari	13,8
	conoscenti	14,4
	medico di base	15,4
	ospedale clinica	19,5
	membro di club	7,4
	servitore CAT	5,5
	operatore SERT	17,1
	operatore servizio alcolologico	7,7
	operatore servizio salute mentale	1,5
	operatore servizi sociali	3,1
	professionista privato	1,1
	sacerdote religiosi	0,9
	altro	2,4
<b>Valutazione del cambiamento di stile di vita negli ultimi 12 mesi</b>	neg	3,5
	0	5
	1	1,7
	2	2,5
	3	2,9
	4	2,6
	5	8,4
	6	9,1
	7	14,4
	8	17,9
	9	8,5
10	23,5	

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati AICAT-CNR, Progetto DATA CLUB2006

## Alcolisti Anonimi

Alcolisti Anonimi (AA) ([www.alcolisti-anonimi.it](http://www.alcolisti-anonimi.it)) è un'associazione di uomini e donne che mettono in comune la loro esperienza, forza e speranza al fine di risolvere il loro problema comune e di aiutare altri a recuperare dall'alcolismo. L'unico requisito per divenirne membri è desiderare smettere di bere.

Nell'anno 2009 è stata condotta dai Servizi Generali di AA in Italia un'indagine (16) a cui hanno partecipato in maniera spontanea e anonima 1410 membri di AA di tutta Italia. Il proposito dell'indagine è stato quello di informare i professionisti, i membri di AA e il pubblico in generale e trasmettere il messaggio di AA a tutti coloro che ne hanno bisogno.

Dai dati raccolti (Tabella 18) emerge che il 68,9% dei membri è di sesso maschile e che quasi il 60% dei partecipanti ha un'età compresa tra 46 e 65 anni; la percentuale di soggetti di età inferiore a 35 anni rappresenta solo il 5,4% degli intervistati.

**Tabella 18. Caratteristiche dei membri dei club degli AA**

Caratteristica		%
<b>Variabile demografica</b>		
<b>Sesso</b>	Maschi	68,9
	Femmine	31,1
<b>Età</b>	≤ 35	5,4
	36-45	21,4
	46-55	29,4
	56-65	27,6
	66 +	15,5
	<i>Non noto</i>	0,8
<b>Stato civile</b>	Singolo/a	18,7
	Coniugato/a	55,2
	Convivente	7,4
	Separato/a	7,9
	Divorziato/a	4,8
	Vedovo/a	3,7
<i>Non noto</i>	2,3	
<b>Scolarità</b>	Nessuna	0,6
	Elementari	13,9
	Medie inferiori	34,5
	Medie superiori	41,8
	Università	8,2
	Altro	1,0
<i>Non noto</i>	0,1	
<b>Condizione professionale</b>	Occupato a tempo pieno	42,1
	Saltuario-stagionale	7,0
	Disoccupato	6,0
	Casalinga	6,7
	Pensionato	32,7
	Studente/possidente o in cerca di prima occupazione	0,6
	Altro	4,1
<i>Non noto</i>	0,8	

segue

continua

Caratteristica		%
<b>Variabile demografica (continua)</b>		
<b>Ambito e ruolo lavorativo</b>	Operaia/o specializzato	17,5
	Impiegata/o	16,5
	Operaia/o semplice	11,5
	Libera professione	10,3
	Lavoro in proprio commercio	7,9
	Caposquadra	4,9
	Imprenditoria	3,9
	Dipendenza ai quadri superiori	3,0
	Dirigenza	2,6
	Lavoro a domicilio conto terzi	1,4
	Lavoro in proprio agricoltura	1,2
	Altro	10,0
<i>Non noto</i>	9,3	
<b>Nazionalità</b>	Italiana	97,2
	Comunitaria	1,8
	Extracomunitaria	0,6
	<i>Non noto</i>	0,4
<b>Area di residenza</b>	Nord	74,3
	Centro	17,9
	Sud	6,5
	<i>Non noto</i>	1,3
<b>Altre variabili</b>		
<b>Anno di arrivo nel club degli AA</b>	≤1985	7,6
	1986-1991	10,7
	1992-1997	15,2
	1998-2003	21,7
	2004-2009	42,9
	<i>Non noto</i>	1,9
<b>Da chi sei venuto a sapere del club degli AA</b>	Familiare	24,8
	Medico/psicologo	22,0
	Altro membro di AA	11,9
	Amico	10,9
	Servizio specializzato	6,5
	Giornali	5,2
	Pubblicazioni	4,3
	Televisione	2,8
	Internet	1,8
	Sacerdote	1,8
	Radio	0,5
Altro	6,7	
<i>Non noto</i>	0,9	
<b>Chi ti ha condotto nel club degli AA</b>	Famiglia	25,0
	Da solo	17,5
	Altro AA	12,6
	Centro specializzato	10,6
	Amico	9,3
	Medico di famiglia	7,3
	Altro	5,1
	Centro sanitario non specializzato	2,8
	Altro alcolista	2,8
	Operatore sociale	2,1
	Sacerdote	2,0
<i>Non noto</i>	3,0	

segue

continua

Caratteristica		%
<b>Altre variabili (continua)</b>		
Altre dipendenze (risposta plurima)	Persone/emotività	24
	Droghe	17,7
	Psicofarmaci o altri farmaci	15,2
	Sesso	10,6
	Cibo	10,4
	Gioco	6,7
	Video/Internet	3,7
Ricadute	Nessuna	60,6
	1	16,2
	2 o 3	9,0
	4 o più	11,7
	Non noto	2,4

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Indagine AA in Italia 2009-2010

Il 62,6% è coniugato o convivente, il 18,7% è celibe o nubile, il 3,7% è vedovo, e solo una quota minore risulta essere separato (7,9%) o divorziato (4,8%).

Il titolo di studio dei partecipanti all'indagine è principalmente medio (medie-inferiori: 34,5%; medie-superiori: 41,8%), solo l'8,2% dei partecipanti è laureato.

Nel 42,1% dei casi i soggetti risultano occupati a tempo pieno e nel 32,7% dei casi pensionati.

La percentuale più elevata in relazione al ruolo lavorativo svolto dagli intervistati è operaio specializzato o impiegato.

La quasi totalità degli intervistati (97,2%) è di nazionalità italiana e risiede nelle Regioni del nord (74,3%) e del centro (17,9%).

I partecipanti all'indagine nel 42,9% dei casi sono entrati nel club degli AA tra il 2004 e il 2009 e sono venuti a conoscenza del club attraverso i familiari (24,8%), i medici e gli psicologi (22%) altri membri del club (11,9%) e amici (10,9%).

Un intervistato su 4 è stato condotto al club da un familiare, mentre nel 17,5% dei casi è andato al club da solo.

È stata indagata la dipendenza dall'alcol in associazione ad altre dipendenze inclusa quella da sostanze (era possibile dichiarare più di una dipendenza). Dai dati emerge che il 24% degli intervistati ritiene di avere una dipendenza nei rapporti interpersonali, il 17,7% da altri tipi di droghe, il 15,2% da psicofarmaci o altri farmaci, il 10,6 da sesso, il 10,4% da cibo, il 6,7% dal gioco e il 3,7% da video o Internet.

Il 60% dei partecipanti ha infine dichiarato di non aver avuto delle ricadute, mentre l'11,7% ha dichiarato di aver avuto 4 o più ricadute.

## CONCLUSIONI

Il consumo rischioso di alcol è un fenomeno preoccupante e ben consolidato a livello nazionale; in particolare, destano preoccupazione i modelli e le nuove culture del bere da parte dei giovani, come sottolineato dai dati presentati. Preoccupazioni ribadite e condivise anche dalla Relazione annuale del Dipartimento delle Politiche Antidroga al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia, i cui dati sono stati confermati recentemente dell'indagine PASSI che individua il 37,7% di giovani a rischio alcol-correlato. Numerose osservazioni rilevano che il modello culturale legato all'uso di sostanze psicoattive da parte dei giovani è oggi fortemente caratterizzato da un comportamento che privilegia un utilizzo preliminare, spesso rituale o comunque ricreazionale dell'alcol. L'alcol viene consumato secondo modalità rischiose o dannose, seguito e completato dall'uso di droghe illegali, con fenomeni di sostituzione e integrazione delle diverse sostanze che sono utilizzate secondo ben consolidati fenomeni di poliassunzione.

Diverse evidenze scientifiche mostrano che l'alcol rappresenta oggi per molti giovani la *gateway drug*, ovvero la "droga ponte" che facilita e favorisce il consumo di droghe illegali di sempre maggior riscontro nei contesti ricreazionali e di aggregazione giovanile. Il consumo rischioso e dannoso di alcol interessa tutte le fasce d'età, inclusi gli adolescenti, ed è associato a una serie di conseguenze a breve e a lungo termine. È di rilievo notare che si rendono evidenti significative differenze di genere con il progredire dell'età: i dati rilevano che i maschi adulti e gli anziani sono più esposti al rischio rispetto alle femmine mentre, per le generazioni di adolescenti, si osserva una riduzione della forbice tra i due sessi con un preoccupante e sostanziale ribaltamento per le *teen-ager* e le ragazzine al di sotto dell'età minima legale (16 anni) che surclassano i coetanei per "relazioni pericolose" con l'alcol. Fenomeni che richiedono misure concrete, efficaci, idonee a contrastare l'uso dannoso e rischioso di alcol attraverso l'implementazione di interventi oggi disponibili, il cui rapporto costo-benefici e la cui valenza è oggi ampiamente sostenuta dalle evidenze prodotte dalla vasta e consolidata rete europea di ricerca scientifica e di *advocacy* impegnata nel sollecitare i decisori politici all'adozione di iniziative concrete di contrasto al dilagare dei modelli e delle culture del bere che minacciano la salute e la sicurezza individuale e collettiva.

Le cause di questo fenomeno sono molteplici e non tutte adeguatamente considerate nella valutazione di impatto che accompagna la programmazione degli interventi di prevenzione e delle stesse politiche sull'alcol. Politiche quasi sempre focalizzate sulla cura e poco orientate a una prevenzione di lungo termine e, comunque, non garantite da investimenti costanti, mirati a rendere possibile l'abbattimento degli ingenti costi tangibili e intangibili che l'alcol comporta per la nostra nazione (1-3% circa del prodotto interno lordo, in media 45 miliardi di euro l'anno secondo stime WHO).

In Italia, come in Europa e nel resto del mondo, è molto bassa la percezione del rischio sociale, oltre che di quello sanitario, legato al consumo rischioso di alcol. Negli adolescenti, il consumo di alcol è associato a numerosi comportamenti a rischio come attività sessuale precoce, assenze scolastiche ingiustificate e riduzione delle prestazioni scolastiche, violenza, bullismo e possesso di armi. Inoltre, il consumo di alcol interferisce con il normale sviluppo cognitivo, emotivo e delle competenze sociali degli adolescenti, ed è legato a una serie di disordini psichiatrici e al fenomeno della delinquenza giovanile.

Inoltre, coloro che iniziano a bere prima dei 15 anni di età hanno un rischio 4 volte maggiore di sviluppare alcoldipendenza in età adulta rispetto a coloro che posticipano il consumo di bevande alcoliche all'età di 21 anni.

Sulla base di queste considerazioni i dati rilevati dal presente report epidemiologico sollecitano la massima attenzione alle politiche, strategie e iniziative rivolte a rimuovere il valore che oggi i giovani attribuiscono all'alcol anche grazie alle strategie e alle modalità di marketing che rende le bevande alcoliche *appealing*, seducenti e, per ammissione degli stessi giovani, di tendenza, *trendy*.

Negli adulti, oltre all'impatto delle patologie in termini di malattia, disabilità e mortalità prematura, risulta sottostimato ma imponente il peso di condizioni sociali individuali attribuibili all'alcol in misura maggiore che per le droghe e determinanti la riduzione del reddito, la perdita del lavoro, la riduzione delle prestazioni lavorative, problemi con la giustizia per disturbi della quiete o dell'ordine pubblico, problematiche o perdite affettive, familiari, separazioni solo per citarne alcuni.

Ma gli effetti negativi si estendono alla collettività e anche in questo caso l'alcol ha il sopravvento sulle droghe in termini di impatto relativamente a incidenti stradali, domestici, lavorativi, atti criminali come rapine, aggressioni alle forze dell'ordine, furti, violenze, danni alle cose e all'ambiente, maltrattamenti ai minori o al coniuge.

In Italia, si confermano anche per il 2009 circa 9 milioni di soggetti con un consumo rischioso di alcol e, quindi, potenzialmente suscettibili di un intervento di carattere sanitario. Di questi, quasi 500 mila sono giovani di 11-15 anni, che diventano 1 milione e 200 mila circa se si considerano i ragazzi fino a 24 anni; un dato inferiore agli anni precedenti e che lascia ben sperare sempre che si adottino tutte le misure di tutela capaci di arginare e contrastare i fenomeni diffusi e le declinazioni del *binge drinking* che non mostrano decelerazioni significative.

I dati sul rischio alcol-correlato tra i giovani comprendono anche quelli relativi alle condizioni estreme, come l'intossicazione acuta alcolica e l'alcoldipendenza. Un caso su cinque circa di tutte le intossicazioni acute alcoliche che giungono ai Pronto soccorso nazionali sono riferibili a ragazzi di età inferiore ai 14 anni. Inoltre, è noto che dei circa 60 mila alcolodipendenti in carico ai servizi per il trattamento dell'alcoldipendenza in Italia, oltre l'1% dei nuovi utenti ha un'età inferiore ai 19 anni. Per tutti questi giovani e adolescenti, l'alcol rappresenta una reale emergenza e la vera "droga ponte" di elezione e la causa di una dipendenza evitabile se intercettata per tempo dalla società. Rilevante e apprezzabile, a questo riguardo, il richiamo forte del nuovo Piano Nazionale Antidroga, approvato alla fine di ottobre 2010 dal Consiglio dei Ministri, a un rinnovato approccio trasversale rispetto alle sostanze e alle stesse azioni.

Fondamentale appare consolidare il pilastro della prevenzione e della comunicazione, oggi trascurato, orientato a un coordinamento di tutte le azioni che le diverse competenze istituzionali hanno il mandato di implementare in un'ottica comune di riduzione del danno e del rischio nella popolazione.

Gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria svolgono un ruolo fondamentale nel prevenire i danni alcol-correlati mediante l'identificazione precoce del consumo a rischio e fornendo appropriati interventi.

In funzione delle radici culturali, dell'evoluzione e del consolidamento del fenomeno del *binge drinking* tra i giovani italiani, è imperativo dotarsi di una strategia multidimensionale che possa identificare precocemente il consumatore a rischio attraverso competenze indispensabilmente legate all'assistenza sanitaria primaria e ai Servizi di alcolologia, non a quello esclusivo delle dipendenze, opportunamente a esse integrate in una rete ottimale di ruoli e professionalità la cui formazione possa essere maggiormente aderente alle esigenze di gestione delle Problematiche e Patologie Alcol Correlate (PPAC), così definite dalla SIA, di persone che non sono alcolodipendenti ma che hanno problemi sociali o di salute con l'alcol. Una esigenza supportata anche dalle indicazioni della Consulta Nazionale Alcol, oggi abolita ai sensi della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4/8/2010 (pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 227 del 28 settembre 2010) per la razionalizzazione e il contenimento della spesa

pubblica; indicazioni condivise come outcome della prima Conferenza Nazionale Alcol che ha indicato l'opportunità dell'adozione prioritaria di idonee iniziative di formazione/prevenzione, standardizzate e implementate a livello internazionale dalla WHO, già svolte in Italia (corsi sull'identificazione precoce e l'intervento breve) dall'ONA-CNESPS rivolte a provvedere a garantire la formazione relativa all'erogazione di interventi che possano contribuire efficacemente a ricondurre il consumatore a rischio, identificato attraverso l'AUDIT test, a livelli moderati di consumo di alcol. Questi interventi interromperebbero la possibile evoluzione verso condizioni che facilitano l'uso di droghe, favorite dalla bassa percezione del rischio da parte dei giovani causata dall'alcol e dal consolidamento di un atteggiamento mentale che predispone all'uso indiscriminato di sostanze psicoattive.

Secondo le più recenti strategie comunitarie e internazionali (quelle della WHO e della Comunità Europea), interrompere la spirale che conduce dal rischio di un consumo dannoso per la salute a quello della dipendenza è parte di un processo che ha oggi l'esigenza di affrontare le cause e non limitarsi, come spesso accade, a gestire l'emergenza degli effetti negativi generati da quella che recenti evidenze pubblicate su *Lancet* indicano come la sostanza psicoattiva maggiormente dannosa socialmente, più diffusa e disponibile e il cui basso costo è costantemente favorito dalle promozioni al bere (17). L'uso, inteso come uso della sostanza, piuttosto che il consumo di alcol, inteso in senso mediterraneo, si conferma attraverso l'analisi del presente rapporto come abitudine dominante e consolidata esperienza nei luoghi di aggregazione giovanile con rischi evidenti non solo in termini di salute dell'individuo, ma anche di sicurezza per la collettività.

Si tratta, in questo caso, di una errata interpretazione di un comportamento che è imputabile principalmente a una responsabilità individuale, che si scontra con modelli del bere che propongono e diffondono la cultura di fenomeni non sufficientemente contrastati come quelli del *binge drinking*, *drink as much as you can*, *pubs's crawl*, *botellon*.

Intercettare precocemente questi comportamenti è la strategia che a livello internazionale europeo e nazionale è scientificamente dimostrato avere il più basso costo e la massima efficacia.

Fornire ai giovani che fanno ricorso alle prestazioni del Pronto soccorso per intossicazioni alcoliche un indispensabile supporto, consistente in un colloquio motivazionale e in una valutazione attraverso le competenze specifiche di operatori e professionisti della salute, è allo stato attuale una delle principali urgenze in termini di offerta al cittadino di servizi e di prestazioni orientate alla tutela della salute individuale e collettiva.

Sensibilizzare, informare, promuovere la salute attraverso un approccio integrato e coordinato di tutte le istituzioni che possono contribuire a ridurre il rischio alcol-correlato nei giovani italiani è il principale elemento di contrasto alla cultura del rischio e del danno: sia esso direttamente alcol-correlato o indirettamente favorito dall'alcol in funzione di una tossicodipendenza sviluppata a seguito di un'alterata percezione del rischio che rende l'alcol la *gateway drug* per eccellenza. Dalle evidenze sinora riportate emerge urgente la necessità di: implementare un'azione cardine rivolta alla identificazione precoce del rischio e del danno; intercettare i giovani e gli adolescenti che possono giovare di interventi di formazione, sensibilizzazione, informazione; incrementare la consapevolezza; apportare interventi brevi nelle forme e nelle modalità attualmente validate e adottate a livello internazionale. Interventi che richiedono i finanziamenti di cui l'alcol da anni non dispone nella ricerca, nella programmazione e nella prevenzione e che, alla luce delle evidenze scientifiche, si qualificano come investimenti di breve, media e lunga durata, il cui valore aggiunto si estende oltre l'individuo e ricomprende l'intera società.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn N, Sempos CT, Frick U, Jernigan D. Alcohol use. In: Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL (Ed.). *Comparative quantification of health risks: Global and regional burden of disease due to selected major risks factors*. Geneva: WHO; 2004.
2. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
3. Commission of the European Communities. *Communication from the Commission of 24 October 2006. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*. Brussels: EC; 2006. (COM (2006) 625 final).
4. *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy*. Directorate General for Health and Consumers, 2009.
5. World Health Organization. *European Health for All Database (HFA-DB)*. WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2> ultima consultazione 9/11/2010.
6. Eurobarometer. *EU citizens' attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 331 / Wave 72.3*. Brussels: TNS Opinion & Social; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/eb331\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/eb331_en.pdf); ultima consultazione 9/11/2010
7. Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. *The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/2007/The\\_2007\\_ESPAD\\_Report-FULL\\_091006.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf); ultima consultazione 9/11/2010.
8. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A, Barnekow V (Ed.). *Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey*. Geneva: World Health Organization; 2008. (Health Policy for Children and Adolescents n. 5). Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/53852/E91416.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/53852/E91416.pdf); ultima consultazione 9/11/2010.
9. L'uso e l'abuso di alcol in Italia Anno 2009. *Statistiche in breve* 22 aprile 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non\\_calendario/20100422\\_00/testointegrale20100422.pdf](http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20100422_00/testointegrale20100422.pdf); ultima consultazione 9/11/2010.
10. Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Ministero delle Politiche Agricole e Forestali, INRAN; 2003, disponibile all'indirizzo: [http://www.inran.it/files/download/linee\\_guida/lineeguida\\_intro.pdf](http://www.inran.it/files/download/linee_guida/lineeguida_intro.pdf); ultima consultazione 9/11/2010.
11. Automobile Club d'Italia. *I costi sociali degli incidenti stradali. Anno 2008*. ACI; 2008. Disponibile all'indirizzo: [http://www.aci.it/fileadmin/documenti/studi\\_e\\_ricerche/dati\\_statistiche/incidenti/Costi\\_sociali\\_2008.pdf](http://www.aci.it/fileadmin/documenti/studi_e_ricerche/dati_statistiche/incidenti/Costi_sociali_2008.pdf); ultima consultazione 9/11/2010
12. Automobile Club d'Italia; Istituto Nazionale di Statistica. *Incidenti stradali Anno 2008*. Roma. ISTAT; 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://casellario.inail.it/repository/ContentManagement/information/P2044039480/Rapporto\\_ACI\\_Istat\\_2009.pdf](http://casellario.inail.it/repository/ContentManagement/information/P2044039480/Rapporto_ACI_Istat_2009.pdf); ultima consultazione 9/11/2010
13. Automobile Club d'Italia; Centro Studi Investimenti Sociali. *XVII Rapporto ACI-CENSIS Servizi. Da una congiuntura costrittiva ad una mobilità eco-compatibile*; ACI; 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://www.aci.it/fileadmin/documenti/studi\\_e\\_ricerche/monografie\\_ricerche/RAPPORTI\\_ACI\\_CENSIS/Aci\\_Censis\\_2009.pdf](http://www.aci.it/fileadmin/documenti/studi_e_ricerche/monografie_ricerche/RAPPORTI_ACI_CENSIS/Aci_Censis_2009.pdf); ultima consultazione 9/11/2010.

14. Rehm J. *The global health, social and economic impact of alcohol consumption*. Presentazione al Convegno Alcohol Prevention Day; Roma, 29 aprile 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2010/Rehm.pdf> ultima consultazione 9/11/2010.
15. Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento; Consiglio Nazionale delle Ricerche. *Rapporto di ricerca AICAT-CNR. Lo sviluppo del Progetto DATA CLUB2006*. AICAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: [http://www.aicat.net/IT/uploads/dataclub\\_aicat/REPORT\\_DATA CLUB2006.pdf](http://www.aicat.net/IT/uploads/dataclub_aicat/REPORT_DATA CLUB2006.pdf) ultima consultazione 9/11/2010
16. Comitato per l'Esterno dei Servizi Generali. *Alcolisti Anonimi allo specchio. Riflessioni a margine dell'indagine interna ad AA 2009*. Roma: Alcolisti Anonimi; 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://www.alcolisti-anonimi.it/scarico/esterni/AA\\_allo\\_specchio.pdf](http://www.alcolisti-anonimi.it/scarico/esterni/AA_allo_specchio.pdf); ultima consultazione 9/11/2010.
17. Nutt DJ, King LA, Phillips LD, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet* 2010;376(9752):1558-65.

## BIBLIOGRAFIA NAZIONALE DI APPROFONDIMENTO

- Anderson P, Scafato E. *Alcohol and older people: a public health perspective. Vintage Project Report*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile al sito: [http://www.iss.it/binary/pres/cont/alcohol\\_and\\_older\\_people\\_vintage\\_project\\_report.pdf](http://www.iss.it/binary/pres/cont/alcohol_and_older_people_vintage_project_report.pdf); ultima consultazione 7/3/11
- Bartoli G, Polvani S, Patussi V. La prevenzione delle problematiche alcol correlate e il medico di medicina generale: il progetto Drink-Less. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2000;23:75-82.
- Bartoli G, Patussi V, Rossi A, Scafato E. Abuso di alcol e prevenzione: la ricerca Drinkless. *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2001;4:9-12.
- Beccaria F, Blasutti V, Cau L, Codenotti T, Costamagna F, Rolando S, and Scafato E. La pubblicità delle bevande alcoliche e la sua applicazione: i risultati italiani nell'ambito del progetto europeo ELSA. *Alcologia* 2008;2:64-73.
- Farchi G, Scafato E, Greco D, Buratti E. Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: obiettivi di salute e politiche regionali. In: Geddes M, Berlinguer (Ed.). *La salute in Italia rapporto 1999*. Roma: Ediesse, 1999. p. 93-111.
- Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C, Russo R, Parisi N, Martire S, et al. Lo stato di salute degli Italiani in relazione al consumo di alcol. *Alcologia* 2009;5(95):40-6.
- Greco D, Farchi G, Scafato E. Lezioni di Piano: obiettivi di salute. *Politiche sanitarie* 2000;3:161-2.
- Italia. Legge 30 marzo 2001, n. 125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. *Gazzetta Ufficiale* n. 90, del 18 aprile 2001.
- Panza F, Capurso C, D'Introno A, Colacicco AM, Frisoni G, Lorusso M, et al. Alcohol drinking, cognitive functions in older age, predementia, and dementia syndromes. *J Alzheimers Dis* 2009;17(1):7-31.
- Patussi V, Scafato E. L'alcol come strumento preventivo? Esiste un bere moderato? *Rivista Società Italiana di Medicina Generale* 2002;2/3:14-5.
- Patussi V, Bartoli G, Focardi F, Ragazzo E, Marcomini F, Muscas F, Russo R, Zuccaro P e Scafato E. L'integrazione delle attività di prevenzione alcol-correlata nei setting di medicina generale: l'esperienza ed i risultati del progetto WHO Drink-less in Italia. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2003;26(4):17-25.
- Patussi V, Mezzani L, Scafato E. An overview of pathologies occurring in alcohol abusers. Volume 1. In: Victor Preedy V, Watson R (Ed.). *Comprehensive handbook of alcohol-related pathology*. London: Elsevier; 2005. p. 255-62.
- Perissinotto E, Buja A, Maggi S, Enzi G, Manzato E, Scafato E, Mastrangelo G, Frigo AC, Coin A, Crepaldi G, Sergi G, for the ILSA Working Group. Alcohol consumption and cardiovascular risk factors in older lifelong wine drinkers: the Italian longitudinal study on aging. *Nutrition Metabolism and Cardiovascular Diseases* 2010;20(9):647-55.
- Polvani S, Bartoli G, Patussi V, Bartoli U, Marcomini F, Scafato E. L'opinione dei medici di base sulla prevenzione delle problematiche alcolcorrelate. Il progetto "Drink Less": uno studio collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. *Bollettino per le dipendenze e l'alcolismo* 2000;23(1):75-82.
- Polvani S, Bartoli G, Patussi V, Bartoli U, Marcomini F, Scafato E. The opinion of general practitioners on the revention of alcohol-related problems: the Drink Less Project. A World Health Organization Study. *Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo* 2000;23(1).

- Scafato E, Cicogna F. I consumi alcolici in Italia ed Europa e l'intervento previsto dal Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 nel quadro dell'obiettivo n. 17 del Progetto OMS "Health for All". *Bollettino Farmacodipendenze e Alcolismo* 1998;21(1):11-20.
- Scafato E, Cicogna F. The implementation of the European Alcohol Action Plan: Italian perspective on alcohol issues for the twenty-first century. *Alcologia* 1998;10(1-2):72-4.
- Scafato E. L'Italia e lo standard europeo. *Salute e Territorio* 1998;11(6):225-31.
- Scafato E, Robledo de Dios T. Alcopops and under-age drinkers: a new front in the fight against alcohol-related risks for the young? *European Journal of Alcohol Studies* 1998;10(1-2):5-9.
- Scafato E, Farchi G. Alcol e malattie cardiovascolari. *Dipendenze. Manuale teorico-pratico per operatori*. Roma: Carocci Editore, 2000.
- Scafato E. La identificazione di nuovi obiettivi di salute e di nuove politiche rivolte alla prevenzione dei rischi alcol-correlati dei giovani in Europa. *Alcologia* 2000;12(1):5-15.
- Scafato E. Lo stato di salute in Italia. *Salute e Territorio* 2000;120:84-8.
- Scafato E. Setting new health targets and policies to prevent alcohol-related risks in young people. *European Journal on Alcohol Studies* 2000; 12(1):3-12.
- Scafato E. L'alcol nella programmazione sanitaria europea, italiana e regionale. Il razionale dell'approccio preventivo per obiettivi e strategie basate sull'evidenza. *Alcologia* 2001;13(1):5-16.
- Scafato E, Russo R, Bartoli G. Alcohol, health and policy: the Italian perspective. *European Journal on Alcohol Studies* 2001;13(1):21-5.
- Scafato E. Alcohol as a part of regional, Italian and European healthcare plans: The rationale behind the goal-oriented evidence-based preventive approach. *Alcologia* 2001;13(1):3-10.
- Scafato E, Russo R, Gandin C, Zuccaro P. La dimensione europea dell'alcolismo. *Salute e Territorio* 2003;141:322-8.
- Scafato E. Epidemiologia algologica. In: Cerbini C, Biagianti C, Travaglini M, Dimauro PE (Ed.). *Alcologia oggi: nuove tendenze tra clinica ed ecologia*. Milano: Franco Angeli; 2003. p. 13-7.
- Scafato E, Patussi V, Ghirini S, Russo R, Mattioli D, Carosi G, Di Pasquale L e il Gruppo di lavoro OssFAD. Alcohol Prevention Day 2004. L'analisi dell'Osservatorio Nazionale Alcol-OssFAD sui consumi in Italia. *Not Ist Super Sanità* 2004;17:11-5.
- Scafato E. Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2004;40:25-34.
- Scafato E, Russo R, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Parisi N. I consumi alcolici e il rischio alcol-correlato nella popolazione. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2005. (*Rapporto Osservasalute 2005*).
- Scafato E, Russo R, Gandin C, Galluzzo L, Parisi N, Ghirini S. L'epidemiologia dei consumi alcolici e il monitoraggio del rischio alcol-correlato in Italia. In: Annovi C, Biolcati RA, Di Rico R (Ed.). *Manuale di prevenzione dei problemi alcol-correlati negli ambienti di lavoro*. Milano: Franco Angeli editore; 2006. p. 63-86.
- Scafato E, Allamani A, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Struzzo P, and Italian WHO Phase IV EIBI Working Group. Italy. Chapter 11. In: Heather N (Ed.). *WHO Collaborative Project on identification and management of alcohol-related problems in primary health care. Report on Phase IV. Development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care*. Geneva: World Health Organization; 2006. p. 145-171. Disponibile all'indirizzo: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594519\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594519_eng.pdf); ultima consultazione 7/3/11.

- Scafato E, Russo R, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2006. (*Rapporto Osservasalute 2006*).
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C, Martire S. L'abuso dell'alcol tra i giovani: analisi dei determinanti e dei fattori di rischio *Not Ist Super Sanità* 2007;20(10): 11-5.
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Parisi N. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2007. (*Rapporto Osservasalute 2007*).
- Scafato E. La programmazione delle attività della SIA nel quadriennio 2008-2012. *Alcologia* 2008;2:80-5.
- Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, Martire S, e Ghirini S. Il rischio alcol-correlato in Italia: definizioni ed indicatori. *Alcologia* 2008;1:28-42.
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Russo R, Scipione R, *et al.* Consumi di alcol e impatto alcol correlato. *Alcologia* 2008;3(Suppl):30-4.
- Scafato E, Ghirini S. L'impatto dell'alcol sullo stato di salute della donna. In: Sabetta T, Murianni L, Sferrazza A, Longhi S, Gennarini P (Ed.). *La salute della donna. Proposte, strategie, provvedimenti per migliorarla*. Milano: Franco Angeli; 2008. p. 33-41.
- Scafato E (Ed.). *Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008. Disponibile all'indirizzo: [www.gencat.net:80/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/doc8871.html](http://www.gencat.net:80/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir360/doc8871.html); ultima consultazione 7/3/11.
- Scafato E. Alcol: l'epidemiologia e i consumi in una prospettiva di salute pubblica. *Internal and Emergency Medicine* 2008;3:S131-S133.
- Scafato E, Ghirini S, Casertano L. Prevenzione dell'abuso di alcol. In: De Santi A, Guerra R, Filippini F e Minutillo A (Ed.). *La promozione della salute nelle scuole. Prevenzione delle dipendenze*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/23). p. 2-26.
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Farchi G e Gandin C per il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009. (Rapporti ISTISAN 09/4).
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Russo R, Scipione R, *et al.* Consumi di alcol e impatto alcol correlato. *Alcologia* 2009;3:31-6.
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Rossi A, Parisi N, *et al.* Consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2009. (*Rapporto Osservasalute 2009*) p. 6-10.
- Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Allamani A, Struzzo P, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Russo R and the PHEPA Italian Country Team *Integrating Health Promotion Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Consumption into Primary Health Care Professionals' Daily Work. Italy country report*. Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA); 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/\\_italy\\_country2.pdf](http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/_italy_country2.pdf); ultima consultazione 3/3/2010.
- Scafato E, Gandin C, Patussi V ed il gruppo di lavoro IPIB. *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida per l'identificazione e l'intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010; Disponibile all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee\\_guida\\_cliniche.pdf](http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf); ultima consultazione 30/12/2010.
- Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Rossi A e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini*

*dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2010.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. (Rapporti ISTISAN 10/5).

Scafato E. Alcohol and the elderly: the time to act is now! *The European Journal of Public Health* 2010;(20):617-8.

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

*Roma, gennaio-marzo 2011 (n. 1) 4° Suppl.*