



Il consumo di Alcol nelle Marche

I dati della sorveglianza Passi 2011-2014



Marzo 2016

A cura di:

Osservatorio Epidemiologico Regionale

PP Sistema di Governo del SSR, ARS Marche:

Cristina Mancini, Francesca Polverini, Fabio Filippetti

Gruppo di lavoro a livello nazionale:

Paolo D'Argenio, Nicoletta Bertozzi, Giuliano Carrozzi, Sandro Baldissera, Gianluigi Ferrante, Maria Masocco, Valentina Minardi, Valentina Possenti, Stefano Campostrini, Pirous Fateh-Moghadam, Angelo D'Argenzio, Massimo Oddone Trinito, Stefania Vaselli, Stefania Salmaso, Elisa Quarchioni (Gruppo Tecnico PASSI nazionale).

Gruppo di lavoro a livello regionale:

oltre ai curatori del report: Alberico Marcobelli (Agenzia Regionale Sanitaria), Giuliano Tagliavento (P.F. Prevenzione e Promozione della salute nei Luoghi di Vita e di Lavoro, ARS Marche; referente regionale PASSI) e per le ex Zone Territoriali dell'ASUR Marche:

ex ZT ASUR	Referenti	Intervistatori e Collaboratori
1 - Pesaro	Gaetano Raschi	Giovanni Lemma
2- Urbino	Marco Pompili	Giada Pazzaglia
3- Fano	Alfredo Vaccaro	Natalina Ghiselli, Sabrina Maltoni, Alessia Pesaresi
4 - Senigallia	Rosanna Rossini	Antonella Agocconi, Milena Cavallotti, Daniela Francoletti, Mirella Marcellini
5 - Jesi	Francesca Pasqualini	Elisabetta Branchesi, Andrea Filonzi, Sabina Paci, Amelia Priori
6 - Fabriano	Daniela Cimini	Giorgia Capezzone; Catia Mezzanotte, Sestilia Sparvoli, Silvana Chiavini, Emanuela Tartarelli
7 - Ancona	Marco Morbidoni	Elisa Ambrogiani, Eufemia Ciarallo, Antonella Guidi
8 – Civitanova Marche	Rosanna Passatempo	Tiziana Mangoni, Paola Mazzanti, Simona Quarchioni, Irene Petrelli, Carla Torpedine
9 - Macerata	Lucia Marinelli	Sabina Carlini, Marina Roselli
10 - Camerino	Fabio Filippetti	Marcello Pannelli, Stefano Roscioni
11- Fermo	Rossana A. Belfiglio	Elvira Cognigni, Viviana Faggioni, Teresa Gentili, Maria Fermani, Annamaria Membrino, Palmira Monterubbianesi, Marina Pistolesi
12 – S. Benedetto del Tronto	Francesca Picciotti	Sandra Emili, Tiziana Faienza, Elisabetta Giovannelli,
13 – Ascoli Piceno	Massimo Baffoni	Valentina Aurini, Sandra Clementi Maria Gabrielli Angela Giannetti, Roberta Girardo, Fabiola Simonetti

Un ringraziamento particolare:

alle Persone intervistate per la gentile disponibilità, agli Intervistatori per la loro preziosa attività, ai Medici di Medicina Generale per la importante collaborazione, al Gruppo di coordinamento nazionale per il qualificato supporto.

Indice

Il sistema di sorveglianza epidemiologica PASSI.....	pag.	4
Il consumo di Alcol.....	pag.	6
Importanza per la salute.....	pag.	6
Come Passi misura il consumo di alcol.....	pag.	7
Quante persone consumano alcol?.....	pag.	8
Quali sono le caratteristiche dei consumatori a maggior rischio?.....	pag.	9
Quali sono le caratteristiche dei consumatori binge?.....	pag.	11
Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?.....	pag.	13
Conclusioni.....	pag.	14
Alcol e guida.....	pag.	15
Importanza per la salute.....	pag.	15
Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?.....	pag.	16
Conclusioni.....	pag.	18
Bibliografia.....	pag.	19
Appendice.....	pag.	20
Definizioni operative sul consumo di alcol.....	pag.	21
Indicatori Passi: consumo di alcol.....	pag.	23

Il sistema di sorveglianza epidemiologica **PASSI**

La sorveglianza *Passi* si caratterizza come una sorveglianza in sanità pubblica che raccoglie, in continuo e attraverso indagini campionarie, informazioni dalla popolazione italiana adulta (18-69 anni) sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali connessi all'insorgenza delle malattie croniche non trasmissibili e sul grado di conoscenza e adesione ai programmi di intervento che il Paese sta realizzando per la loro prevenzione.

I temi indagati sono il fumo, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di alcol, la dieta povera di frutta e verdura, ma anche il controllo del rischio cardiovascolare, l'adesione agli screening oncologici e l'adozione di misure sicure per prevenzione degli incidenti stradali, o in ambienti di vita di lavoro, la copertura vaccinale antinfluenzale e lo stato di benessere fisico e psicologico, e ancora alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute. Ai soggetti campionati casualmente viene sottoposto un questionario standardizzato con intervista telefonica, somministrato da operatori formati per questa specifica attività.

Passi nasce in risposta all'esigenza di monitorare il raggiungimento degli obiettivi di salute fissati dai Piani sanitari nazionale e regionali e di contribuire alla valutazione del Piano nazionale della prevenzione, poiché la conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio della popolazione è requisito fondamentale per realizzare attività di prevenzione specifiche e mirate ai gruppi di popolazione vulnerabili e necessaria per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi attuati.

Nel 2006, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) del Ministero della Salute, affida al Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto superiore di sanità il compito di progettare e sperimentare un sistema di sorveglianza dedicato al monitoraggio dei progressi verso gli obiettivi dei Piani sanitari nazionale e regionali e per la valutazione del Piano nazionale della prevenzione, dove le informazioni raccolte possano essere utilizzate dalla programmazione aziendale e regionale e consentire una valutazione e un ri-orientamento delle politiche di sanità pubblica a livello locale.

Nel 2007, in collaborazione con tutte le Regioni e Province Autonome italiane, viene avviato in forma sperimentale Passi, che entra a regime nel 2008 caratterizzandosi come strumento interno al sistema sanitario in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni a livello di Asl e Regione.

Passi viene disegnato come un sistema di sorveglianza gestito dalle Asl, che lo portano avanti in ogni fase, dalla rilevazione all'utilizzo dei risultati, giovandosi del supporto e dell'assistenza di un coordinamento centrale, che assicura la messa a punto e diffusione di procedure standardizzate di rilevazione (il piano di campionamento, il questionario standardizzato per la raccolta delle informazioni, strumenti di monitoraggio della qualità dei dati raccolti e delle performance nella rilevazione delle singole aziende) e di strumenti di analisi dei dati (per l'analisi dei dati aziendali e regionali), e assicura la comunicazione dei risultati (per esempio con la diffusione sul sito web dei principali risultati a livello nazionale e regionale).

Adattandosi bene al servizio sanitario regionalizzato, Passi è costruito dunque come sistema su tre livelli:

- un livello aziendale con le attività di rilevazione, registrazione dei dati, analisi e comunicazione alle comunità locali
- un livello di coordinamento regionale che prevede, tra l'altro, l'analisi e la comunicazione ai pianificatori regionali
- un livello centrale con compiti di progettazione, ricerca, formazione e sviluppo.

Tarato quindi sui bisogni locali, utile ai fini della programmazione regionale e aziendale e della verifica delle *performance* raggiunte e della eventuale adozione di misure correttive agli interventi già adottati, il sistema si è mostrato flessibile e adattabile a rispondere a esigenze generali o locali, anche in situazioni di emergenza (stagione 2009-2010 pandemia di influenza A/H1N1 2009-2010, terremoto dell'Aquila 2009) o per indagini mirate.

Per la gestione della comunicazione dei dati ai responsabili e la diffusione dei risultati al cittadino ci si avvale di una piattaforma web, ad accesso riservato, e di un sito web dedicato, aperto a tutti:

<http://www.epicentro.iss.it/passi/>

Tra gli obiettivi non secondari della sorveglianza Passi, c'è quello di registrare l'opinione della popolazione sulla propria salute. L'indagine sancisce così l'idea che il progresso sanitario di un sistema di salute (anche quello aziendale) passi per una maggiore interazione fra domanda e offerta dei servizi, fra utenti ed erogatori di cure su quali siano le priorità di salute e sull'evoluzione degli interventi. Passi vuole essere una vera e propria piattaforma di comunicazione che, se ben strutturata e utilizzata, può trasformarsi in un'occasione reale di *empowerment* del sistema di salute aziendale, regionale e delle comunità stesse.

IL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI NELLE MARCHE

Il sistema di sorveglianza PASSI regionale prevede che ogni Area Vasta Asur svolga mensilmente un numero di interviste telefoniche, concordato con il coordinamento regionale, in modo da avere delle informazioni sugli stili di vita della popolazione adulta (tra i 18 ed i 69 anni), statisticamente significative per Area Vasta e per la Regione. Vengono effettuate più di 1.000 interviste/anno ed il sistema è attivo dall'anno 2007. E' una attività di sorveglianza prevista dal Piano Regionale per la Prevenzione e tale attività viene svolta da personale dei Dipartimenti di Prevenzione con il coordinamento dell'UO Epidemiologia.

Consumo di alcol

Importanza per la salute

L'alcol è causa di numerose disfunzioni e patologie che possono riguardare tutti gli organi e apparati del corpo umano. La WHO ha di recente confermato che l'impatto sanitario e di salute in termini di mortalità, morbilità e disabilità sociale è elevato in tutto il mondo; in particolare l'Europa risulta essere la regione con i valori più elevati sia in termini di consumo medio pro capite che di disabilità e mortalità alcol-correlata (1). L'alcol è causa di oltre 200 condizioni patologiche tra cui lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità, problemi prenatali e numerosi tipi di cancro, come confermato dall'International Agency for Research on Cancer (IARC), che classifica il consumo di bevande alcoliche come sicuramente cancerogeno per l'uomo (2). Premesso che non esiste un consumo di alcol sicuro per la salute, da circa due anni le evidenze scientifiche hanno condotto a promuovere un aggiornamento delle linee guida nazionali, e a stabilire i nuovi limiti che sono stati considerati per le elaborazioni del presente rapporto. I nuovi limiti per il consumo abituale, già acquisiti dai nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti (LARN) (3) e pubblicati sul sito del Ministero della Salute, ribadiscono la necessità di non superare mai le quantità definite a minor rischio (lower-risk drinking). L'impatto negativo dell'alcol, oltre che da disturbi e patologie croniche alcol-correlate è caratterizzato anche da incidenti e decessi avvenuti a causa di cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol-attribuibili per i quali non è necessaria una esposizione continua al fattore di rischio, ma è sufficiente anche un consumo eccessivo occasionale. È quindi necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario sopra definito, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il binge drinking (assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche - UA (UA= 12 grammi di alcol puro).

Anche l'impatto economico è notevole: i costi indotti dal consumo di alcol, nei Paesi ad alto e medio reddito, ammontano a più dell'1% del Pil.

I rischi di danni alcol-correlati variano in funzione di diversi fattori:

- la quantità di alcol bevuta abitualmente
- la quantità assunta in una singola occasione
- le modalità e il contesto di assunzione dell'alcol
- le caratteristiche individuali, come età, sesso, condizioni patologiche preesistenti, ecc., che determinano una differente suscettibilità agli effetti nocivi dell'alcol.

Come Passi misura il consumo di alcol

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche standardizzate (UA). L'UA corrisponde a 12 grammi di alcol puro (etanolo), quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.

Passi monitora diversi aspetti del **consumo a maggior rischio** mediante indicatori specifici (per approfondimenti, vedi Appendice- schede indicatori):

consumo abituale elevato: per gli uomini, più di 2 UA medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne, più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni¹;

consumo binge: consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione²;

consumo fuori pasto esclusivamente o prevalentemente.

A seguire si riportano i dati regionali, quando possibile per Area vasta Asur, confrontati con quelli del pool nazionale di tutte le Asl che hanno partecipato alla rilevazione.

¹ Questo indicatore, in precedenza denominato "forte bevitore" veniva calcolato in base al valore medio nei soli giorni di assunzione di bevande alcoliche, e quindi comportava una sovrastima della prevalenza di consumo abituale elevato. Anche se l'indicatore è stato ridefinito, le informazioni raccolte da Passi permettono di calcolarne il valore anche per gli anni passati, consentendo perciò di effettuare confronti tra periodi diversi e di rilevare trend.

² Nel 2010 è stata modificata la definizione di consumo binge, che in precedenza era pari a 6 UA in entrambi i sessi, per allinearla alla definizione adottata dal BRFSS americano e da altre istituzioni sanitarie. Il cambiamento della soglia ha comportato la modifica della relativa domanda del questionario; perciò i valori di questo indicatore calcolati a partire dal 2010 non sono direttamente confrontabili con quelli degli anni precedenti

Quante persone consumano alcol?

Consumo di alcol – PASSI 2011-14	Regione Marche - (n=4.758)	Pool di Asl – (n=150.767)
	% (IC95%)	% (IC95%)
Consumo di alcol (almeno una unità di bevanda alcolica negli ultimi 30 giorni)	62,9 (61,6-64,3)	55,1 (54,7-55,4)
Consumo fuori pasto (esclusivamente o prevalentemente)	8,3 (7,6-9,1)	8,0 (7,8-8,1)
Consumo abituale elevato ¹	4,1 (3,6-4,8)	3,7 (3,6-3,8)
Consumo binge ²	9,7 (8,9-10,6)	8,8 (8,6-9,0)
Consumo a maggior rischio ³	18,2 (17,2-19,3)	16,9 (16,7-17,1)

¹ più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, ovvero più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, (per gli uomini);
più di 1 unità alcolica media giornaliera, ovvero più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni (per le donne).

² 5 o più UA (per gli uomini) o 4 o più UA (per le donne) in una singola occasione, almeno una volta negli ultimi 30 giorni (definizione adottata dal 2010).

³ consumo fuori pasto e/o consumo binge (secondo la definizione valida dal 2010) e/o consumo abituale elevato; poiché una persona può appartenere a più di una categoria, la percentuale di consumo a maggior rischio non corrisponde alla somma dei singoli comportamenti.

Nel periodo 2011-14, la percentuale di consumatori di alcol nella regione Marche è risultata pari al **63%** (55% nel pool nazionale di Asl), mentre il consumo fuori pasto era dell'8% e il consumo abituale elevato del 4% (all'incirca le stesse prevalenze del pool di Asl).

Di seguito vengono presentate le caratteristiche dei binge drinking (10% nelle Marche, 9% il dato nazionale) e di coloro che rientrano nella definizione di "consumatori a maggior rischio" (18% nelle Marche, 17% nel pool di Asl), relative al periodo 2011-2014.

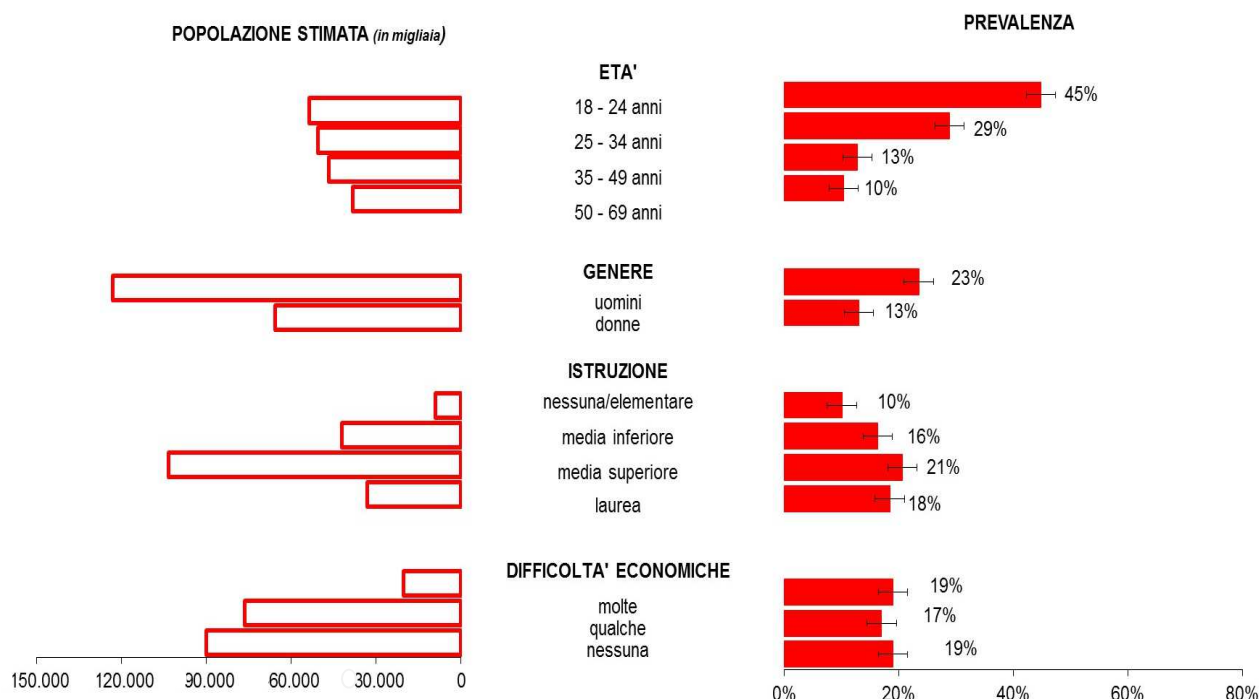
Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo a maggior rischio?

- Nel periodo 2011-14 nella regione Marche, il **18%** degli intervistati è classificabile come consumatore di alcol a maggior rischio perché consumatore fuori pasto e/o consumatore binge e/o consumatore abituale elevato.
- Il consumo a maggior rischio è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini e le persone con livello di istruzione medio-alto. Non risultano differenze rispetto la situazione economica.
- Questo significa che circa 188.000 persone adulte (tra i 18-69 anni) rientrano nella definizione di "consumatori a rischio", di esse 104 mila hanno non più di 34 anni. Rispetto al genere prevale il sesso maschile (le stime sono di circa 123 mila uomini e 65 mila donne).

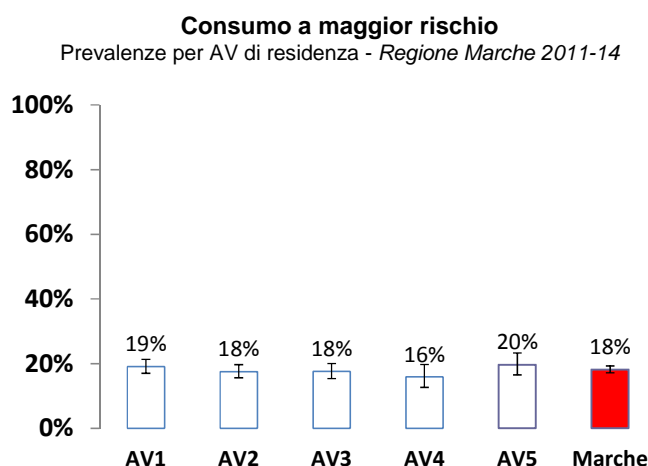
Consumo a maggior rischio

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Regione Marche 2011-14

Popolazione di riferimento: adulti di 18-69 anni n. 1.029.791
Totale 18,2 (IC95%: 17,2-19,3)



- Nelle AV regionali non sono emerse differenze statisticamente significative in termini di prevalenza di persone che consumano alcol con modalità ritenute a maggior rischio (range dal 16% dell'AV4 al 20% dell'AV5).



Consumo a maggior rischio
Prevalenze per regione di residenza –Tassi standardizzati
Pool di ASL 2011-14
Totale: 16,7% (IC95%: 16,5%-16,9%)

Consumo a maggior rischio per regione di residenza

Passi 2011-2014



In Lombardia, non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di bevitori a maggior rischio è risultata del 17%. Le Marche hanno una prevalenza non significativamente diversa dal pool (18%)
- Si osservano invece differenze statisticamente significative nel confronto tra le Regioni, con un gradiente Nord-Sud. Il range varia dal 9% della Sicilia al 38% della P.A. di Bolzano. In questo panorama, tuttavia, anche il Molise (27%) fa registrare consumi superiori alla media nazionale.

Confronto su pool omogeneo regionale

Consumo a maggior rischio - Regione Marche (pool omogeneo) - PASSI 2010 - 11 - 12 -13 - 14

	2010	2011	2012	2013	2014
Consumo a maggior rischio (% con IC95%)	19,1 (16,9-21,6)	17,1 (15,0-19,5)	18,9 (16,8-21,2)	18,8 (16,6-21,2)	18,1 (15,9-20,4)

Considerando il trend temporale dal 2010 al 2014 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore risulti sostanzialmente stabile nei cinque anni, con variazioni non statisticamente significative.

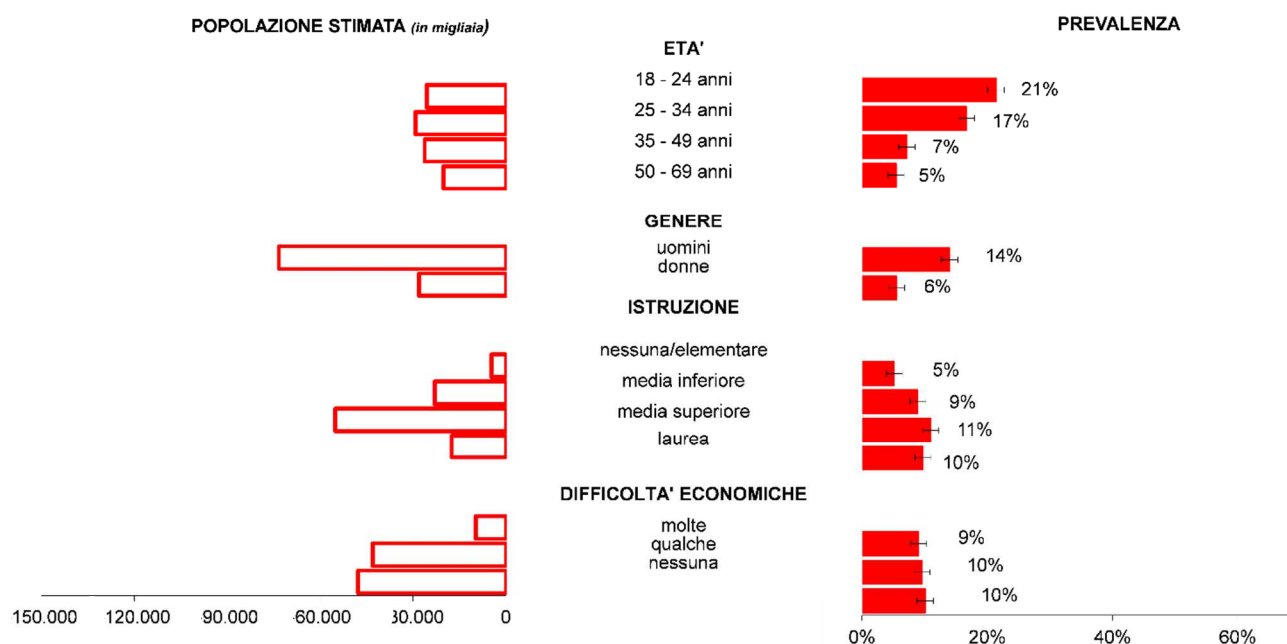
Quali sono le caratteristiche delle persone con consumo binge?

- Nel periodo 2011-14 nella regione Marche, il **10%** degli intervistati è classificabile come consumatore binge; si stima quindi che più di 100.000 persone, almeno una volta negli ultimi 30 giorni precedenti l'intervista, hanno dichiarato di aver consumato 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione.
- Il consumo binge è più frequente tra i giovani dai 18 ai 34 anni (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-alto. Non risultano differenze rispetto la situazione economica.
- Questo significa che tra le persone adulte (tra i 18-69 anni) che rientrano nella definizione di "consumatori binge", circa 55 mila hanno non più di 34 anni. Rispetto al genere prevale il sesso maschile (le stime sono di circa 73 mila uomini e 28 mila donne); l'alta istruzione (circa 73.000 soggetti) e l'assenza di difficoltà economiche (48.000 individui).

Consumo binge

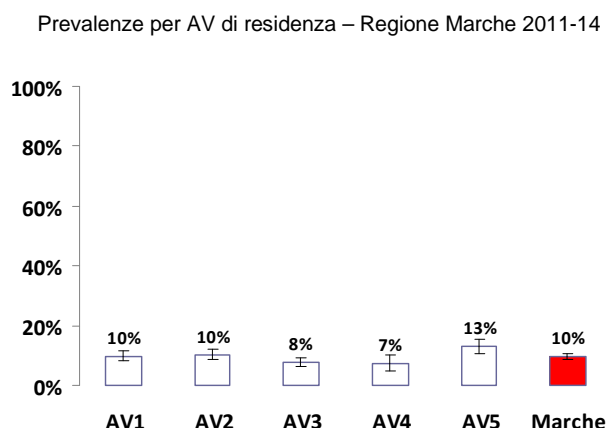
Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Regione Marche 2011-14

Popolazione di riferimento: adulti di 18-69 anni n. 1.029.791
Totale 9,7 (IC95%: 8,9-10,6)



- Nelle Aree Vaste regionali non sono emerse differenze statisticamente significative nella modalità di consumo di alcol definita come "binge" (range dal 7% dell'AV4 all'10% dell'AV1 e dell'AV2).

Consumo binge



Consumo binge

Prevalenze per regione di residenza - Pool di ASL 2011-14
Tassi standardizzati
Totale: 8,7% (IC95%: 8,6%-8,9%)

Consumo binge per regione di residenza

Passi 2011-2014



In Lombardia, non tutte le Asl hanno partecipato alla rilevazione

- Nel Pool di ASL PASSI 2011-14, la percentuale di consumatori binge è risultata del 9%; il dato della regione Marche del 10% è simile rispetto al valore nazionale
- Anche la prevalenza del binge drinking, nel 2011-2014, è sensibilmente più elevata nella macro-area del Nord. Ancora la P.A. di Bolzano presenta i valori più alti (23%) e la Sicilia quelli più bassi (4%).

Confronto su pool omogeneo regionale

Consumo binge - Regione Marche (pool omogeneo) - PASSI 2010-11 -12 -13 - 14

	2010	2011	2012	2013	2014
Consumo binge (% con IC95%)	9,3 (7,7-11,3)	8,4 (6,9-10,2)	9,9 (8,3-11,8)	10,9 (9,2-12,9)	9,7 (8,1-11,6)

Considerando il trend temporale dal 2010 al 2014 (pool omogeneo regionale) si può osservare come l'indicatore risulti sostanzialmente stabile nei cinque anni, con variazioni non statisticamente significative.

Qual è l'attenzione degli operatori sanitari al consumo di alcol?

I Medici di medicina generale e gli altri operatori sanitari dovrebbero cercare sistematicamente di individuare, tra i loro assistiti, coloro per cui il bere alcol è diventato o sta diventando un problema e un rischio. Dalla voce degli assistiti Passi rileva se il medico si è informato sull'abitudine a bere alcol ed ha quindi fornito consigli a riguardo.

Confronto con il pool di Asl PASSI

Attenzione al consumo alcolico – Regione Marche -

	PASSI 2011-14 (n=4.758)	Pool 2011-14 (n=150.767)
Consiglio del medico di ridurre il consumo di alcol – nel caso di consumo a maggior rischio (2011-2014) ¹	% (IC95%)	% (IC95%)
(% intervistati con consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di ridurre)	3,7 (2,5-5,4)	6,0 (5,6-6,4)

¹ Vengono incluse solo le persone che riferiscono di essere state dal medico negli ultimi 12 mesi

Nel periodo 2011-14, nelle Marche, solo il 4% degli intervistati, che riferiscono un consumo di alcol “a maggior rischio”, indicano che un medico ha consigliato loro di bere di meno (sono il 6% a livello di pool di Asl nazionali). Questo valore è significativamente inferiore al dato nazionale ed è anche il più basso, dopo l'Umbria, tra le regioni partecipanti al sistema di sorveglianza Passi. L'esiguo numero di casi non consente di fare confronti per Area Vasta.

Bevitori a maggior rischio consigliati di bere meno dal medico per regione di residenza

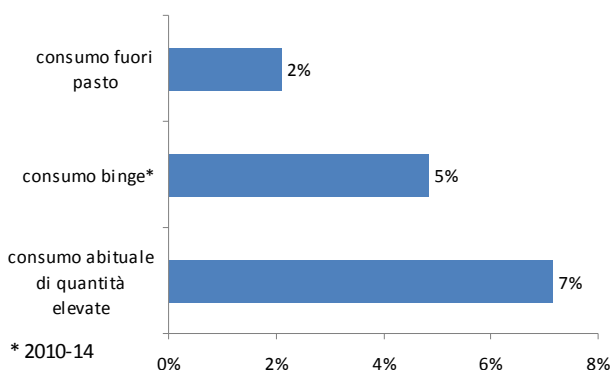
Passi 2011-2014



- peggiore rispetto al valore nazionale
- simile rispetto dal valore nazionale
- migliore rispetto al valore nazionale

Categorie di persone con un consumo a maggior rischio che hanno ricevuto il consiglio di bere meno da un operatore sanitario

Prevalenze per categoria di consumo – Regione Marche 2011-14



- Nel periodo 2011-14, nella regione Marche, solo il 2% degli intervistati, che bevono alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto, riferisce che un medico o un altro operatore sanitario ha consigliato di ridurre il consumo di bevande alcoliche (4% la stessa frequenza registrata a livello nazionale).

- Tale prevalenza:
 - nei soggetti binge sale al 5% (8% il dato nazionale);
 - nelle persone con consumo abituale elevato arriva al 7% (12% a livello nazionale).

Conclusioni

La maggioranza della popolazione della regione Marche non beve alcol (37%) o beve moderatamente (45%). Tuttavia, si stima che poco meno di un adulto su cinque (18%) abbia abitudini di consumo considerate a maggior rischio per quantità o modalità di assunzione. Tra gli uomini, i consumatori a rischio sono poco meno di uno su quattro (23%) e, tra i più giovani, quasi uno su due.

A differenza di molti altri fattori di rischio comportamentali, il consumo di alcol è più diffuso nelle persone con più alti livelli di istruzione. Nelle Marche non emerge, come nel pool Asl, l'associazione con l'assenza di difficoltà economiche.

Secondo le indicazioni del programma Guadagnare Salute, è importante che gli operatori sanitari, ed in particolare i Medici di Medicina Generale, dedichino attenzione al consumo di alcol dei propri assistiti, in modo da consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo.

Secondo i dati Passi solo una minoranza dei medici e degli altri operatori sanitari si informa riguardo al consumo di alcol dei propri assistiti; inoltre, solo poche persone con consumi a maggior rischio riferiscono di aver ricevuto dal proprio medico il consiglio di moderare il consumo.

Questa è quindi un'area di intervento in cui sono possibili grandi miglioramenti.

Per quanto riguarda gli interventi finalizzati a ridurre i danni causati dall'alcol, è stata dimostrata l'efficacia di politiche e normative che intervengono sulle caratteristiche della commercializzazione dell'alcol, in particolare il prezzo, la reperibilità e l'accessibilità del prodotto.

Quindi, nell'ottica del programma Guadagnare Salute, è fondamentale intervenire sul contesto per rendere più facili le scelte salutari: far diventare l'alcol meno facilmente reperibile ed eliminare la pubblicità di bevande alcoliche, rappresentano interventi appropriati per la riduzione degli effetti nocivi dall'alcol.

Inoltre, le campagne di informazione e i programmi di educazione alla salute giocano un ruolo chiave nella sensibilizzazione sull'argomento, favorendo l'accettazione di politiche e misure rivolte alla riduzione del consumo.

Alcol e guida

Importanza per la salute

All'incirca il 25% degli incidenti stradali fatali in Europa è associato al consumo di alcol, nonostante la prevalenza di veicoli guidati da conducenti sotto l'effetto dell'alcol sia relativamente bassa. Il fatto è che, per un guidatore, il rischio di incidenti stradali, e ancora di più quello di un incidente grave, aumenta di pari passo all'aumento della concentrazione di alcol nel sangue (*Blood Alcohol Concentration* - BAC): con un BAC di 0,8 gr/litro, il rischio aumenta di 2,7 volte rispetto a quello di un conducente sobrio; con BAC di 1,5 gr/l aumenta di 22 volte, mentre quello di incidenti mortali aumenta di ben 200 volte.

Ciò accade perché il consumo di alcol compromette le capacità di guida a vari livelli, a partire dalle abilità di base necessarie a tenere la velocità appropriata o compiere azioni come sterzare, accelerare, frenare, che richiedono buoni tempi di reazione, abilità di riconoscimento visivo ed altre capacità operative che cominciano a essere compromesse già quando il BAC è ancora sotto 0,5 gr/l. A un livello superiore, come quello di prendere decisioni nelle concrete situazioni del traffico (ad esempio, se e quando superare un altro veicolo o dare la precedenza) sono necessarie capacità di attenzione e di elaborare le informazioni, che sono compromesse con un BAC superiore al livello soglia. Infine, le capacità di livello più elevato, soprattutto quella di decidere se si è in grado di mettersi alla guida o no, sono ridotte dal consumo di alcol che provoca perdita dell'auto-controllo. Bisogna precisare che questi effetti possono essere apprezzati anche con un BAC pari a 0,2 gr/l.

Nei Paesi che sorvegliano il fenomeno della guida sotto l'effetto dell'alcol, in media circa uno su cinque dei conducenti, deceduti a seguito di un incidente stradale, ha una concentrazione di alcol nel sangue, misurato in termini di concentrazione ematica di alcol (BAC: *Blood Alcohol Concentration*) superiore al limite legale, che in Italia, come nella maggioranza degli altri Paesi, è pari a 0,5 grammi per litro.

Passi rileva i dati relativi alla frequenza di guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti dagli intervistati che hanno viaggiato in auto/moto, nei 30 giorni precedenti all'intervista, sia come conducenti sia come persone trasportate.

Quante persone guidano sotto l'effetto dell'alcol?

Alcol e guida - PASSI 2011-14	Regione Marche - (n=4.769)	Pool di Asl - (n=150.767)
	% (IC95%)	% (IC95%)
Guida sotto l'effetto dell'alcol*	9,6 (8,5-10,7)	8,6 (8,4-8,9)
Guida sotto effetto dell'alcol nei 18-21enni	9,9 (6,0-13,7)	6,2 (5,3-7,2)
Guida sotto effetto dell'alcol nei 18-25enni	12,7 (9,6-15,8)	8,2 (7,5-8,9)
Trasportato da un conducente sotto effetto dell'alcol**	5,9 (5,2-6,5)	5,9 (5,7-6,0)

* percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

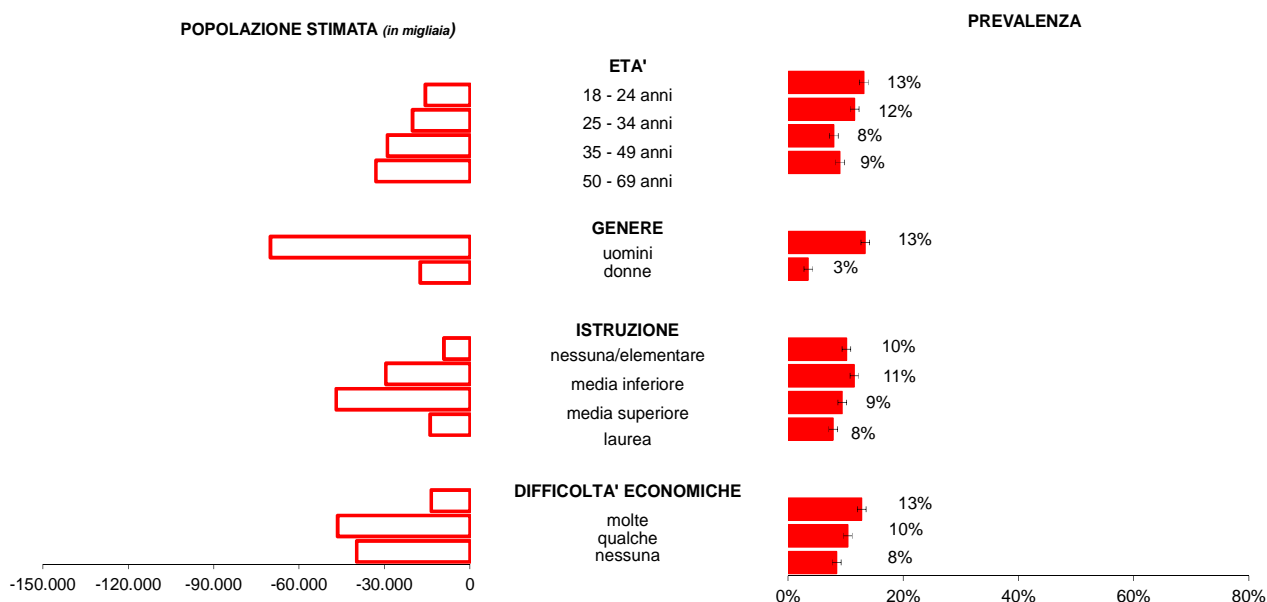
** percentuale di persone che dichiarano di aver viaggiato come passeggeri di veicoli guidati da persona che ha consumato 2 o più unità alcoliche entro un'ora prima di mettersi alla guida (su tutti quelli che hanno viaggiato come passeggeri negli ultimi 30 giorni).

- Nelle Marche nel quadriennio 2011-2014, il **10%** dei conducenti riferisce di aver guidato un'auto, o una moto, sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni; questa prevalenza è simile al dato nazionale del 9%.
- Questo significa che nel periodo considerato circa 99 mila persone adulte, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche, si sono messi alla guida di un veicolo.
- La quota di giovanissimi tra i 18-25 anni alla guida sotto l'effetto dell'alcol è più elevata (13%, a fronte di un dato nazionale pari all'8%) ed è più preoccupante poiché il rischio di incidenti stradali associato a questo comportamento è decisamente più alto quando legato alla giovane età. Tra i 18 e 21 anni, il 10% dichiara di aver guidato dopo aver bevuto, rischiando di incorrere in una sanzione certa, indipendentemente dal livello di alcolemia effettivamente accertata, poiché in questa fascia d'età la soglia legale di alcolemia consentita è pari a zero.
- Il 6% degli intervistati marchigiani dichiara invece di essere stato trasportato da un conducente che guidava sotto l'effetto dell'alcol (valore uguale a quello del Pool di Asl).
- Le caratteristiche socio-demografiche di coloro che dichiarano di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol sono evidenziate nel grafico di seguito riportato.

Guida sotto l'effetto dell'alcol³

Prevalenze per caratteristiche socio-demografiche e stime di popolazione Regione Marche 2011-14

Popolazione di riferimento: adulti di 18-69 anni n. 1.029.791
Totale 9,6 (IC95%: 8,5-10,7)

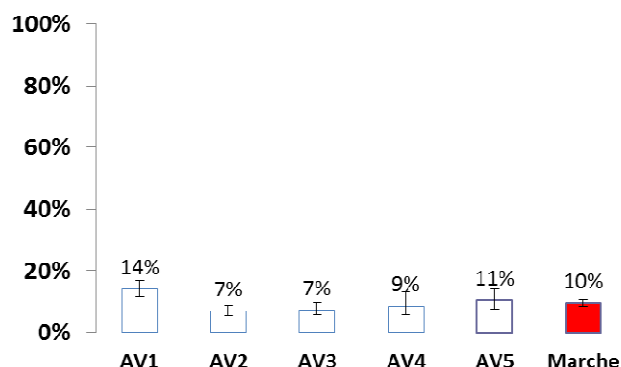


- La guida sotto l'effetto dell'alcol è più frequente tra i giovani di età 18-34 (in modo particolare tra i 18-24enni), gli uomini, le persone con livello di istruzione medio-basso e quelle con maggiori difficoltà economiche. Le differenze risultano statisticamente significative per età e sesso.
- Pertanto si stima che circa 295 mila giovani (tra i 18-34 anni) abbiano guidato in "stato di ebbrezza". Da sottolineare però come tale comportamento abbia riguardato anche circa 369 mila soggetti appartenenti alla fascia d'età più matura (tra 50-69 anni).

³ percentuale di persone che dichiarano di aver guidato un'auto o una moto, negli ultimi 30 giorni, entro un'ora dall'aver bevuto 2 o più unità di bevande alcoliche (su tutti quelli che, negli ultimi 30 giorni, hanno bevuto almeno un'unità alcolica e hanno guidato)

- Nelle Aree Vaste regionali il comportamento della guida sotto l'effetto dell'alcol mostra una variabilità (range: 7% dell'AV2 e AV3 - 14% dell'AV1). Il valore dell'AV1 inoltre, dal punto di vista statistico è significativamente più elevato rispetto al dato regionale.

Guida sotto l'effetto dell'alcol
Distribuzione territoriale per Area Vasta –
Regione Marche PASSI 2011-2014



Guida sotto effetto alcol per regione di residenza

Passi 2011-2014



- Nel confronto interregionale si riscontra una maggior diffusione di questo comportamento in alcune regioni settentrionali in Molise ed in Sardegna.

Conclusioni

Nelle Marche, nel quinquennio 2011-2014 è risultato che una minoranza (il 10% dei guidatori non astemi), piccola ma consistente, mette ancora a rischio la vita propria e quella degli altri, guidando anche quando è sotto l'effetto dell'alcol.

Sebbene i comportamenti personali rappresentino fattori di primaria importanza per migliorare la sicurezza stradale, sono indispensabili anche interventi strutturali e ambientali. Occorre infine sottolineare come, in una prospettiva di lungo periodo, le politiche per la riduzione dell'uso di auto e moto, a favore del trasporto pubblico e del trasferimento attivo (andare a piedi o in bicicletta, in condizioni che garantiscano la sicurezza), creano sinergie positive: riducono gli incidenti stradali, promuovono l'attività fisica e migliorano la qualità dell'aria atmosferica.

Bibliografia

1. WHO. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: WHO; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/; ultima consultazione 14/03/2016.
2. International Agency for Research and Cancer. Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Volume 96. Alcohol Consumption and Ethyl Carbamate. Lyon: WHO, IARC; 2010. Disponibile all'indirizzo <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol96/index.php>; ultima consultazione 14/03/2016.
3. Società Italiana di Nutrizione Umana. Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia per la popolazione italiana IV Revisione. Milano: SICS editore; 2014.

Risorse utili per approfondimenti:

- Epidemiologia e monitoraggio alcol correlato in Italia e nelle Regioni (Rapporti Istisan 15/3) http://www.iss.it/binary/publ/cont/15_3_web.pdf
- Epicentro, il portale dell'epidemiologia <http://www.epicentro.iss.it/alcol/alcol.asp>
- Gli incidenti stradali in Italia nel 2014 (dati Istat-ACI) <http://www.istat.it/it/archivio/172481>
- Gli incidenti stradali nelle Marche nel 2014 (dati Istat-ACI) <http://www.istat.it/it/archivio/173785>
- Gli incidenti stradali nelle Marche nel 2014 (dati Istat-ACI) Report Focus integrale http://www.istat.it/it/files/2015/11/Focus.incidenti-stradali-Marche_2014.pdf?title=Incidenti+stradali+nelle+Marche+++18%2Fnov%2F2015+-+Testo+integrale.pdf

Focus

- Danni alla salute provocati dal consumo di alcol: <http://www.epicentro.iss.it/passi/lancetalcol.asp>

APPENDICE

Definizioni operative sul consumo di alcol

Che cosa è l'unità alcolica standard

Passi misura il consumo di alcol in unità alcoliche. L'unità alcolica (UA) corrisponde a 12 grammi di etanolo, quantità approssimativamente contenuta in una lattina di birra (330 ml), un bicchiere di vino (125 ml) o un bicchierino di liquore (40 ml), alle gradazioni tipiche di queste bevande.



Quale è il limite del consumo moderato di alcol

I rischi di danni alcol-correlati (immediati e cronici) e di dipendenza alcolica variano in funzione di diversi fattori:

1. la quantità cumulativa di alcol bevuta, espressa sotto forma di **consumo medio giornaliero**
2. la quantità di alcol assunta **in una singola occasione**
3. le **modalità di assunzione** dell'alcol.

Non è possibile stabilire limiti al di sotto dei quali i rischi si annullano.

Per definire il consumo **moderato**, le istituzioni sanitarie internazionali e nazionali individuano livelli e modalità di consumo, che comportano rischi per la salute modesti, tali da poter essere considerati accettabili.

Definizioni di consumatori di alcol e di consumatori a maggior rischio

1. **Consumo di alcol** è la condizione di un uomo o una donna che ha consumato bevande alcoliche, almeno una volta negli ultimi 30 giorni.
Il consumo di alcol a maggior rischio è definito, per ciascun sesso, in base alla quantità di alcol abitualmente ingerito e alle modalità di consumo alcolico.
2. Per quanto riguarda il consumo abituale, diverse istituzioni sanitarie, tra cui il [CDC](#), fissano i livelli soglia in base al numero di unità alcoliche consumate in media al giorno:
 - soglia del consumo moderato per gli uomini = 2 unità alcoliche (UA) in media al giorno, corrispondenti a 60 UA negli ultimi 30 giorni
 - soglia del consumo moderato per le donne = 1 unità alcolica in media al giorno, corrispondenti a 30 UA negli ultimi 30 giorni.

Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come consumo abituale elevato.

Passi stima il consumo medio di bevande alcoliche tramite domande riguardanti la frequenza dell'assunzione (espressa in giorni/mese) e il numero di UA assunte in media, nei giorni di consumo. Il consumo complessivo mensile viene calcolato moltiplicando questi due valori; dividendo il prodotto per 30 si ottiene il consumo medio giornaliero.

3. Per quanto riguarda il consumo episodico, l'assunzione eccessiva di alcol in una singola occasione (*binge drinking*), comporta un sostanziale incremento di rischio di lesioni traumatiche, nonché di altri effetti nocivi.

Diverse istituzioni sanitarie, tra cui il CDC, fissano livelli soglia differenti nei due sessi, e precisamente:

- per gli uomini 5 o più unità alcoliche in una sola occasione
- per le donne 4 o più unità alcoliche in una sola occasione.

Livelli di consumo al di sopra di queste soglie sono classificati come "**consumo binge**". Passi stima il consumo alcolico attraverso una domanda riguardante l'assunzione in una singola occasione di quantità di alcol superiori alle soglie sopra riportate.

4. Una modalità di consumo a maggior rischio è l'assunzione di bevande alcoliche fuori pasto, perché determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità consumate, e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici.

L'Oms elenca il consumo fuori pasto tra i fattori, che determinano un aumento della mortalità, e perciò lo include nel calcolo dell'indice "*Patterns of drinking score*", che caratterizza sinteticamente il rischio complessivo alcol-correlato.

L'assunzione negli ultimi 30 giorni di alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto viene definita **consumo fuori pasto**.

Passi stima questa modalità di consumo alcolico tramite una specifica domanda.

5. **Consumo alcolico a maggior rischio** è un indicatore composito, che include consumo abituale elevato, consumo episodico eccessivo, consumo fuori pasto: consente di valutare la quota cumulativa di popolazione con un consumo alcolico non moderato. Questo indicatore corrisponde alla prevalenza di intervistati, che riferiscono, negli ultimi 30 giorni, un consumo abituale elevato (>2 UA medie giornaliere per gli uomini; >1 UA per le donne) oppure almeno un episodio di *binge drinking* (>4 UA per gli uomini; >3 UA per le donne) oppure un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.

Indicatori Passi: consumo di alcol

Gli indicatori Passi consentono di monitorare:

- il consumo di alcol nella popolazione adulta
- l'assunzione di alcol in condizioni per cui è controindicato
- le modalità di consumo che comportano un maggior rischio per la salute
- la consapevolezza e l'attenzione degli operatori sanitari.

Scheda indicatore: consumo di alcol*

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.:
Numeratore	Persone che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato almeno una unità alcolica standard-
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so/non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	Consente di valutare la quota di popolazione che assume abitualmente bevande alcoliche e la quota, complementare, di astemi.
Limiti dell'indicatore	L'indicatore non permette di individuare, tra gli astemi, coloro che in passato hanno consumato bevande alcoliche (ex-bevitori).

* Nei rapporti nazionali Passi 2007-2010, la denominazione dell'indicatore era "bevitore". Successivamente è stata modificata perché il termine è potenzialmente associato a stigma sociale.

Scheda indicatore: consumo abituale elevato

Popolazione di riferimento	<p>Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.</p> <p>Uomini che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >2 unità alcoliche al giorno (cioè >60 UA negli ultimi 30 giorni) + donne che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato in media >1 unità alcolica al giorno (cioè >30 UA negli ultimi 30 giorni).</p>
Numeratore	<p>Attenzione: nel 2007 la definizione di questo indicatore prevedeva un consumo medio giornaliero >3 unità alcoliche per gli uomini e >2 unità alcoliche per le donne. Successivamente è stato necessario modificare l'algoritmo per il calcolo.</p>
Denominatore	<p>Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so/non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.</p>
Misure di frequenza	<p>Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.</p>
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	<p>30 giorni.</p>
Significato per la salute pubblica	<p>Il consumo abituale di alcol in quantità non moderate, comporta un incremento del rischio di malattie importanti, quali cirrosi epatica, malattie cardiovascolari e tumorali, ecc.</p> <p>Le domande utilizzate da Passi per stimare il consumo alcolico abituale si basano sull'approccio quantità/ frequenza, che per la sua semplicità è idoneo a un sistema di sorveglianza, ma tende a sottostimare la prevalenza dei consumi più elevati.</p>
Limiti dell'indicatore	<p>Tuttavia l'indicatore ha dimostrato in analoghe indagini una discreta riproducibilità, per cui appare in grado di valutare in modo attendibile le differenze territoriali di consumo alcolico e l'evoluzione temporale del fenomeno.</p>

* Nei rapporti nazionali Passi 2007-2010, la denominazione dell'indicatore era "*Forte bevitore*". Successivamente è stata modificata perché il termine è potenzialmente associato a stigma sociale.

** Vedi anche: [Behavioral Risk Factor Surveillance System](#) (Brfss).

Scheda indicatore: consumo binge

Popolazione di riferimento	<p>Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.</p> <p>Uomini che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato almeno una volta 5 o più unità alcoliche in una singola occasione + donne che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato almeno una volta 4 o più unità alcoliche in una singola occasione.</p>
Numeratore	<p>Attenzione: Nel 2007-2009 la definizione di questo indicatore prevedeva il consumo di 6 o più unità alcoliche in una singola occasione, negli ultimi 30 giorni, sia per uomini che per donne</p>
Denominatore	<p>Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so / non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.</p>
Misure di frequenza	<p>Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.</p>
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	<p>30 giorni.</p>
Significato per la salute pubblica	<p>Il consumo episodico eccessivo di alcol comporta un sostanziale incremento immediato del rischio di lesioni traumatiche ed è associato anche con un aumento del rischio di dipendenza e di effetti nocivi cronici.</p>
Limiti dell'indicatore	<p>L'indicatore non include la frequenza di consumo binge nell'arco del mese ed è costruito sulla base di una domanda, che ha un valore soglia predefinito, per cui non è possibile conoscere la quantità esatta di alcol consumato negli episodi <i>binge</i>.</p>

* Vedi anche: [Behavioral Risk Factor Surveillance System](#) (Brfss).

Scheda indicatore: consumo fuori pasto*

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone che, negli ultimi 30 giorni, hanno consumato alcol esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so / non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	<p>Il consumo di bevande alcoliche fuori pasto determina livelli più elevati di alcolemia, a parità di quantità assunte, e si associa anche a molteplici effetti nocivi cronici.</p> <p>Il consumo di alcol fuori pasto è uno dei fattori, che determinano un aumento della mortalità a livello di popolazione.</p> <p>La definizione dell'indicatore non si basa su una soglia di unità alcoliche consumate, ma sulla circostanza che tale comportamento è dichiarato abituale e preferenziale.</p>
Limiti dell'indicatore	<p>Non viene perciò quantificato precisamente il rischio, legato a questa modalità di consumo alcolico, che varia a seconda del numero di unità alcoliche assunte fuori pasto, abitualmente ed episodicamente.</p> <p>Tuttavia, poiché tale modalità di consumo è maggiormente diffusa nelle persone giovani, più vulnerabili agli effetti tossici dell'alcol, ai fini del monitoraggio di popolazione si assume che anche quantità modeste di alcol fuori pasto siano da considerare potenzialmente nocive.</p>

* Nei rapporti 2007-2010, la denominazione dell'indicatore era: "*bevitore fuori pasto*". Successivamente è stata modificata perché il termine è potenzialmente associato a stigma sociale.

Scheda indicatore: consumo alcolico a maggior rischio*

Popolazione di riferimento	Residenti in un Comune della Asl e iscritti all'anagrafe assistiti della Asl, in età 18-69 anni.
Numeratore	Persone che, negli ultimi 30 giorni, hanno dichiarato un consumo abituale elevato e/o un consumo <i>binge</i> e/o un consumo (esclusivamente o prevalentemente) fuori pasto.
Denominatore	Intervistati che hanno fornito una risposta (qualunque essa sia) sul consumo di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, esclusi i valori mancanti e i "non so / non ricordo"; il denominatore corrisponde in pratica all'intero campione.
Misure di frequenza	Prevalenza annuale (sulla popolazione di 18-69 anni), con intervalli di confidenza al 95%.
Intervallo temporale di riferimento per la definizione di caso	30 giorni.
Significato per la salute pubblica	Questo indicatore intende valutare la quota cumulativa di persone, i cui comportamenti sono espressione di un approccio non moderato al consumo alcolico, e che sono perciò esposte ad un maggior rischio. Questo indicatore aggrega più indicatori, che caratterizzano comportamenti con rischi diversi; non consente perciò di stimare l'impatto complessivo del consumo alcolico sulla salute della popolazione, il cui calcolo richiederebbe più informazioni di quelle raccolte da Passi.
Limiti dell'indicatore	Attenzione: A causa dei cambiamenti avvenuti nelle definizioni di alcune componenti di questo indicatore, va utilizzata cautela nei confronti temporali. Infatti, nel 2008 è cambiata la definizione della componente "forte bevitore" e nel 2010 è cambiata la componente del <i>binge drinking</i> .

* Nei rapporti 2007-2010, la denominazione dell'indicatore era: "*bevitore a rischio*". Successivamente è stata modificata perché il termine è potenzialmente associato a stigma sociale.