

**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

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

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

**Rapporto 2013**

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo,  
Sonia Martire, Lucilla Di Pasquale 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**

**13/3**

Istituto Superiore di Sanità

**Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2013.**

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Sonia Martire, Lucilla Di Pasquale e Silvia Ghirini per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)  
2013, vii, 50 p. Rapporti ISTISAN 13/3

L'alcol è responsabile del 9% della spesa sanitaria nei Paesi europei, uno dei maggiori fattori di rischio per la salute dell'uomo, e una delle principali cause di mortalità e morbilità. I danni che ne derivano producono effetti non solo sul bevitore ma anche sulle famiglie e sul contesto sociale allargato, a causa di comportamenti violenti, abusi, abbandoni, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e stradali. L'Osservatorio Nazionale Alcol del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (ONA-CNESPS) 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. Dal 2012, le attività di monitoraggio del consumo rischioso e dannoso di alcol sono state inserite nel Piano Statistico Nazionale e svolte formalmente dall'ONA-CNESPS. L'ONA, sede del *WHO Collaborating Center for Research on Alcohol*, è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e Organizzazione Mondiale della Sanità per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale.

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

Istituto Superiore di Sanità

**Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy and in the Regions. Evaluation of the National Observatory on Alcohol – CNESPS on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2013.**

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucia Galluzzo, Sonia Martire, Lucilla Di Pasquale and Silvia Ghirini for the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)  
2013, vii, 50 p. Rapporti ISTISAN 13/3 (in Italian)

Alcohol is responsible for 9% of health expenditure in European countries, it is one of the highest risk factors for human health and is now one of the leading causes of mortality and morbidity. Alcohol related harm has effects not only on the drinker, but also on families and social context, because of violent behaviors, abuse, abandonment, loss of social opportunities, inability to build emotional bonds and stable relationships, disability, accidents at work and on the road. The National Observatory on Alcohol (ONA) of the National Centre for Epidemiology, Surveillance and Health Promotion (CNESPS) is from ten years the formal and official national, European and international reference of the Istituto Superiore di Sanità for research, prevention and training on alcohol and alcohol-related problems. Since 2012, the monitoring of hazardous and harmful alcohol consumption has been included in the National Statistical Program and formally carried out by the ONA-CNESPS. The ONA, as WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problem, is the independent technical and scientific advisory body for the Ministries, the first Minister Office, the European Commission and the World Health Organization.

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

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)

Si ringraziano l'Associazione Italiana dei Club Alcolologici Territoriali (AICAT) e il gruppo di lavoro PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità per la cortese disponibilità e collaborazione fornita attraverso la condivisione delle informazioni acquisite.

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

Citare questo documento come segue:

Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2013*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. (Rapporti ISTISAN 13/3).

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
- Centro Alcologico Regionale, Regione Liguria
- Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali
- Eurocare Italia.

**Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA**

Emanuele SCAFATO (Coordinatore)

Fiorella ALUNNI  
Pierfrancesco BARBARIOL  
Tiziana CODENOTTI  
Lucilla DI PASQUALE  
Gianluca DI ROSA  
Monica DI ROSA  
Tiziana FANUCCHI  
Lucia GALLUZZO  
Claudia GANDIN  
Silvia GHIRINI  
Ilaria LONDI  
Gabriele MAGRI  
Sonia MARTIRE  
Lisa NADIR  
Nicola PARISI  
Valentino PATUSSI  
Rosaria RUSSO  
Riccardo SCIPIONE  
Gianni TESTINO  
Simone TICCIATI  
Elena VANNI

---

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

Il rapporto illustra un'analisi preliminare delle attività specifiche del progetto "L'alcol in Italia e nelle Regioni. Valutazione epidemiologica del rischio sanitario e sociale dell'alcol in supporto al Piano Nazionale di Prevenzione e alla implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute" finanziato dal CCM, Ministero della Salute; le elaborazioni costituiscono inoltre un contributo alle attività del Piano Statistico Nazionale 2011-2013 previste dal progetto SISTAN ISS-34 (SDE)-SDE, "Monitoraggio dell'impatto del consumo di alcol in Italia in supporto dell'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute (MIA-PNAS)".

---



# INDICE

<b>Prefazione</b> .....	v
<b>Consumi di bevande alcoliche e modelli di consumo</b> .....	1
Consumi di bevande alcoliche nei Paesi europei.....	1
Consumi nella popolazione italiana generale .....	3
Consumatori di alcol (di almeno una bevanda alcolica).....	4
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici.....	4
<b>Comportamenti a rischio</b> .....	8
Consumatori fuori pasto .....	8
Consumatori <i>binge drinking</i> .....	10
Consumatori a rischio (criterio ISS).....	11
<b>Incidenti stradali</b> .....	15
Rapporto ACI-ISTAT 2011 .....	15
6 <sup>th</sup> <i>Road Safety PIN Report</i> .....	18
Dati dello studio PASSI.....	19
<b>Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni</b> .....	20
Italia nord-occidentale .....	20
Piemonte.....	20
Valle d’Aosta.....	23
Lombardia .....	23
Liguria .....	23
Italia nord-orientale .....	23
Provincia Autonoma di Bolzano.....	23
Provincia Autonoma di Trento .....	24
Veneto .....	24
Friuli-Venezia Giulia.....	24
Emilia Romagna .....	24
Italia centrale .....	25
Toscana.....	25
Umbria.....	25
Marche.....	25
Lazio.....	25
Abruzzo .....	26
Molise.....	26
Italia meridionale.....	26
Campania.....	26
Puglia.....	27
Basilicata .....	27
Calabria .....	27
Italia insulare .....	27
Sicilia.....	27
Sardegna .....	28

<b>Consumo di alcol tra i giovani</b> .....	29
Consumatori al di sotto dell'età legale (11-15 anni).....	30
Consumatori di 16-20 anni.....	31
Consumatori di 21-25 anni.....	31
Sicurezza stradale tra i giovani.....	31
<b>Consumo di alcol tra gli anziani</b> .....	33
Consumatori anziani “giovani” (65-74 anni).....	34
Consumatori anziani “intermedi” (75-84 anni).....	35
Consumatori ultra 85enni.....	35
Prevenzione tra gli anziani: il progetto VINTAGE.....	36
<b>Associazioni di volontariato</b> .....	37
Associazione Italiana Club Alcologici Territoriali.....	37
Alcolisti Anonimi.....	39
<b>Iniziative di informazione e prevenzione</b> .....	40
<b>Piano di azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020</b> .....	41
<b>Conclusioni</b> .....	42
<b>Bibliografia</b> .....	44
<b>Bibliografia di approfondimento</b> .....	47

## PREFAZIONE

L'alcol è oggi uno dei maggiori fattori di rischio evitabile in Italia. La diffusione di culture e di modelli del bere ispirati a valori d'uso dell'alcol come sostanza psicoattiva ha minato, nel corso degli ultimi decenni, il tradizionale consumo mediterraneo; generazioni di giovani e di giovani adulti di entrambi i sessi seguono oggi tendenze sempre più basate su modalità tipicamente nord-europei ispirati a modelli in cui molti dei più importanti elementi protettivi, quali il consumo ai pasti e la moderazione, sono relegati in una posizione marginale rispetto a quelli prevalenti e sempre più frequenti di consumo rischioso e dannoso e di *binge drinking* (il bere per ubriacarsi).

L'alcol dipendenza, fenomeno in costante e forte crescita tra i giovani e i giovani adulti, rappresenta l'esito drammatico e finale, ma non esclusivo, di un comportamento che, attraverso un ampio spettro di problemi e patologie alcol-correlate, conduce la persona ad una delle malattie dalle quali è estremamente difficile riabilitarsi. L'alcol è causa di circa 200 diverse malattie, del 7,4% di tutte le disabilità e delle morti premature. I dati epidemiologici e il monitoraggio alcol-correlato rappresentano gli strumenti indispensabili e insostituibili per la pianificazione delle strategie di prevenzione degli indirizzi sanitari e sociali che sono alla base della maturazione condivisa e collettiva di un'auspicabile cultura del benessere, invocata, ma spesso ostacolata, da modelli e stili di vita tutt'altro che salutari.

Una cultura, quella del bere, in rapido e continuo cambiamento, che si trascina con sé leggende e falsi miti, gli usi e le tradizioni, e che subisce il fascino della persuasione di evolute tecniche di marketing, della pubblicità, delle pressioni sociali e, non ultimo, dei condizionamenti imposti dagli interessi economici e commerciali che hanno favorito, e continuano a favorire, una sempre più marcata e diffusa logica delle convenienze che raramente consente di far prevalere la tutela della salute e la prevenzione rispetto alle logiche di mercato.

Agire sui fattori che influenzano il consumo rischioso e dannoso e determinano i problemi e le patologie alcol-correlate e l'alcol dipendenza non è facile ma, contrariamente a quanto si potrebbe pensare, tutte le istituzioni di tutela della salute e di ricerca esprimono un consenso unanime sulla necessità di adottare un approccio di popolazione generale a cui affiancare quello per la popolazione ad alto rischio.

Agire sull'alcol dipendenza ha un senso ai fini della necessaria diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone malate, ma prevenire l'insorgenza di nuovi casi di alcol dipendenza è la priorità di salute pubblica sollecitata sia dalla *World Health Organization*, (WHO) che dalla Comunità Europea, dalle strategie nazionali espresse attraverso il Piano Nazionale Alcol e Salute, oggetto di accordo Stato-Regioni, e tramite il programma governativo "Guadagnare salute". Numerose azioni e iniziative di prevenzione, di comunicazione, di informazione, di sensibilizzazione, di promozione della salute e di formazione sono il fulcro di un intervento globale che chiama in causa l'adozione di misure finanziarie e legislative, di interventi e azioni di accompagnamento e di supporto di cui la ricerca sull'alcol, per la quale non si investe in Italia, fornisce costante dimostrazione di efficacia nel contrasto al fenomeno del consumo rischioso e dannoso di alcol e delle sue conseguenze in termini di salute e sicurezza. Un'evidenza, quest'ultima che rilancia la necessità d'adozione di reali e convincenti misure che possano garantire quanto sancito dalla Legge 125/2001 (legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati) che ribadisce, all'art. 2, la tutela del diritto delle persone, e in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche di qualunque genere.

Numerose ed evidenti differenze nelle frequenze dei comportamenti a rischio alcol-correlato si rilevano a livello regionale (e non sempre legate esclusivamente a culture prevalenti); ciò anche in relazione all'effettiva disponibilità e fruibilità di servizi e programmi specifici di prevenzione e di supporto che presentano oggi una disomogenea articolazione in funzione di differenti interpretazioni inerenti l'organizzazione delle strutture deputate alla predisposizione e gestione dei modelli di identificazione del rischio e del trattamento, con inevitabili riflessi sulle risorse e sulle professionalità che presentano un significativo grado di disomogeneità sul territorio. A titolo di esempio, è esperienza della Società Italiana di Alcolologia, la principale società scientifica di settore, che le azioni maggiormente significative ed efficaci connesse allo svolgimento delle attività di monitoraggio epidemiologico, ma anche di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione, nonché di informazione e sensibilizzazione rivolta alla popolazione dal personale sanitario coinvolto nelle patologie e problematiche alcol-correlate, risultino quelle ove siano presenti e agevolmente accessibili servizi di alcolologia o gruppi di lavoro alcolologici dotati di un valore aggiunto professionale specifico capace di incidere, oltre che in termini di funzionalità, sull'efficienza, sull'efficacia, sull'adeguatezza delle risorse, dei modelli gestionali e, non ultimo, sulla soddisfazione della persona.

È oggetto di consenso unanime, suffragato dall'evidenza scientifica e dagli indirizzi di programmazione relativi alle politiche sull'alcol, che le Patologie e Problematiche Alcol-Correlate (PPAC) siano solo in minor parte rappresentata dall'aspetto attribuibile alla dipendenza, e ciò soprattutto in funzione della citata evoluzione dei modelli e delle culture del bere in Italia, in Europa e nel mondo attentamente monitorate da sistemi di rilevazione sempre più elaborati e, ove possibile, armonizzati. Discutibile di conseguenza, sotto tale ottica, un'organizzazione delle strutture deputate a cura e riabilitazione che considerino la gestione dell'alcol-dipendente come pertinenza prevalente, se non esclusiva, del settore di cura della salute mentale, fatte salve le possibili integrazioni in rete delle differenti competenze, che appare sempre opportuno mantenere autonome ma collegate per gli intuibili vantaggi connessi all'impiego di professionalità e modalità di *case-management* specializzati.

Il monitoraggio alcol-correlato in Italia consente, attraverso alcuni indicatori originali e specifici, costruiti e validati dall'Istituto Superiore di Sanità anche attraverso il Piano Statistico Nazionale a cui le attività del presente report afferiscono formalmente, di registrare il consumo di alcol definito dalla WHO consumo "rischioso" in cui si annida il bacino di utenza dei potenziali nuovi utenti dei centri alcolologici, i servizi di alcolologia, i gruppi di lavoro, le équipes alcolologiche, i programmi, tutte le unità organizzative, comunque denominate, attive in Italia nel settore alcolologico e che hanno un comune denominatore ispirato ad una cultura professionale che considera la problematica alcol-correlata nel suo complesso, e non solo l'alcolismo, l'oggetto del prezioso lavoro quotidiano svolto da operatori che hanno competenze e conoscenze di ordine clinico-riabilitative e relazionali tali da poter essere oggetto di applicazione flessibile sia approcci di popolazione generale che di approcci preventivi e riabilitativi adottati in funzione delle esigenze specifiche della persona affetta da alcolismo e che si rivolge alle specifiche competenze per risolvere principalmente un problema di dipendenza e non di salute mentale in senso stretto.

Alla luce di tali considerazioni è necessario avviare una profonda riflessione sull'ottimizzazione delle competenze e rivedere l'approccio mirando ad un sistema integrato di gestione delle patologie e problematiche alcol-correlate più adeguato, efficiente, efficace e capace di ricomprendere in una più ampia rete tutte le professionalità da offrire mirando al servizio della persona.

Un orientamento che i progetti europei – *Primary Health care European Project on Alcohol* (PHEPA), *Alcohol Public Health Research Alliance* (AMPHORA), *Optimizing delivery of health care interventions* (ODHIN), *Brief interventions to address alcohol use disorders in*

*primary health care, workplace health services, emergency care and social services (BISTAIRS) e Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe Reframing Addictions Project (ALICE-RAP) – hanno già evidenziato e continuano a verificare in linea con gli indirizzi e il livello di azioni suggerite dalla WHO, dalla Comunità Europea, dal Piano Nazionale Alcol e Salute e dal programma “Guadagnare salute”: strategie per la prevenzione e il controllo delle malattie croniche in cui l’alcol è considerato anche in funzione dell’alcoldipendenza ma soprattutto e principalmente in funzione di determinante di danno e di rischio in vasti strati di popolazione per i quali l’intercettazione precoce è lo strumento principe da privilegiare ai fini del perseguimento di più elevati livelli di benessere individuali e sociali.*

**Prof. Emanuele SCAFATO**

*Direttore del Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti*

*Direttore del WHO Collaborative Centre Research on Alcohol*

*Direttore dell’Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS*

*Presidente della Società Italiana di Alcologia*

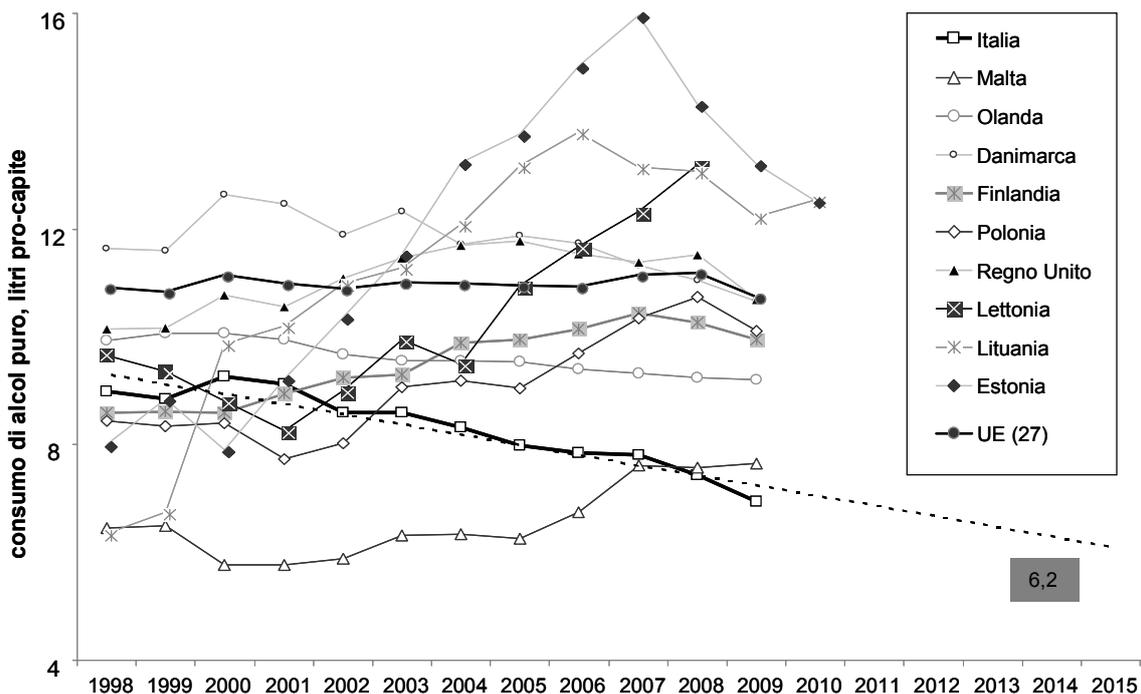
*Vice Presidente della Federazione Europea delle Società Scientifiche  
sulle Dipendenze*



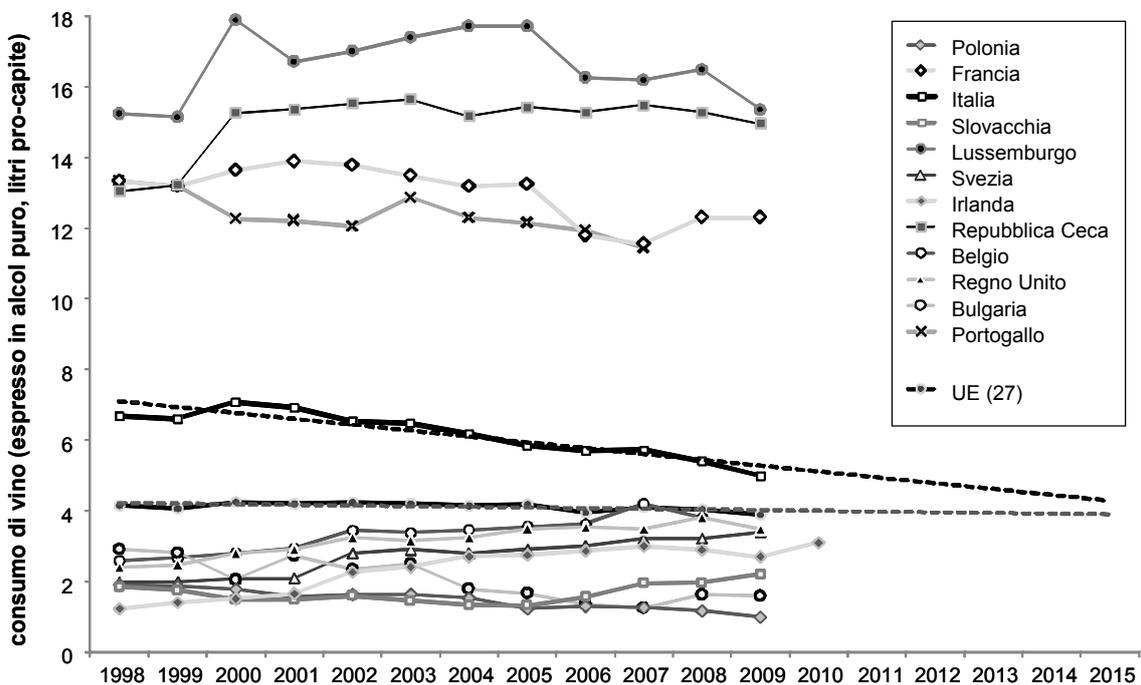
# CONSUMI DI BEVANDE ALCOLICHE E MODELLI DI CONSUMO

## Consumi di bevande alcoliche nei Paesi europei

La valutazione dei consumi alcolici nella popolazione è stata oggetto nel corso degli ultimi venti anni di attenta considerazione e valorizzazione. Tra diverse fonti disponibili in Europa e a livello internazionale, il sistema di monitoraggio fornito dal *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH) della WHO rappresenta un riferimento essenziale per le valutazioni dell'impatto alcol-correlato nei Paesi che afferiscono all'indagine periodica svolta in 53 Paesi della Regione Europea (1). Nel sito internazionale di riferimento, presso la sede della WHO di Ginevra, è possibile consultare una serie di statistiche sanitarie che comprendono dati demografici di base, sullo stato di salute, determinanti della salute, fattori di rischio, risorse investite per la prevenzione e la salute, stime dei costi e del consumo di risorse specifiche, rese disponibili anche attraverso l'utilizzo dell'*Health For All* (HFA) database della WHO (2). Tra questi dati è possibile enucleare le informazioni relative alle Nazioni della Unione Europea di cui, annualmente, viene curato l'aggiornamento attraverso un'indagine specifica svolta attraverso le *National Counterparts* governative e i Ministeri competenti dei Paesi dell'area comunitaria (3). Tra i 27 Paesi Membri dell'Unione Europea, dal 2007, l'andamento dell'indicatore relativo al consumo di alcol puro (espresso in litri pro-capite) risulta molto diversificato. Tale indicatore consente una valutazione periodica, a livello di singolo Stato, rispetto al possibile raggiungimento nel 2015 dell'obiettivo di ridurre a 6 litri il consumo di alcol puro pro-capite nella popolazione di età superiore o uguale a 15 anni (obiettivo adottato nell'anno 2000 con la dichiarazione HEALTH21 - *The health for all policy frame work for the WHO European Region*) (4). La proiezione al 2015 delle serie storiche di informazioni relative al consumo di alcol puro, espresso in litri pro-capite, rilevato nella popolazione di età superiore a 15 anni a livello di Unione Europea (27 Stati Membri), disponibili sino al 2009, è stata effettuata dall'Osservatorio Nazionale Alcol, del Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute (ONA-CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), sede del *WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems*. L'Italia, con un consumo medio pro-capite pari a 6,9 nell'anno 2009, risulta l'unico Paese per il quale le proiezioni prevedano si possa raggiungere l'obiettivo previsto per l'anno 2015. L'andamento negli altri Stati Membri risulta molto diversificato. In Estonia, Lituania, Regno Unito e Danimarca si è assistito ad un fenomeno di crescita dell'indicatore a partire dall'anno 1998, che intorno agli anni 2005-2007 ha iniziato nuovamente a diminuire; in Olanda, come in Italia, si registra una tendenza lineare alla diminuzione, mentre una tendenza lineare in aumento si registra in Finlandia; infine in Lettonia, Polonia e a Malta è stato registrato un andamento inizialmente decrescente che ha successivamente ripreso ad aumentare (Figura 1). Il dato relativo al consumo medio pro-capite di vino (espresso in litri di alcol puro), assume un andamento molto diverso nei Paesi dell'Unione Europea e non si evidenzia quindi un trend europeo significativo (EU 27). Portogallo, Francia e Lussemburgo risultano essere i Paesi con un valore decisamente superiore a quello registrato nei restanti Stati europei; l'Italia, nonostante presenti un valore superiore alla media europea, mostra valori più contenuti. Mentre in Italia, negli ultimi 10 anni, si osserva un trend decrescente dei litri pro-capite consumati, in Portogallo, Repubblica Ceca, Francia e Lussemburgo non è possibile individuare un andamento nel tempo ma solo delle oscillazioni. Tra il 1998 e il 2009 inoltre si sono registrati dei trend lineari in diminuzione in Polonia e Bulgaria mentre si osservano delle tendenze all'aumento in Irlanda, Svezia e Regno Unito (Figura 2).

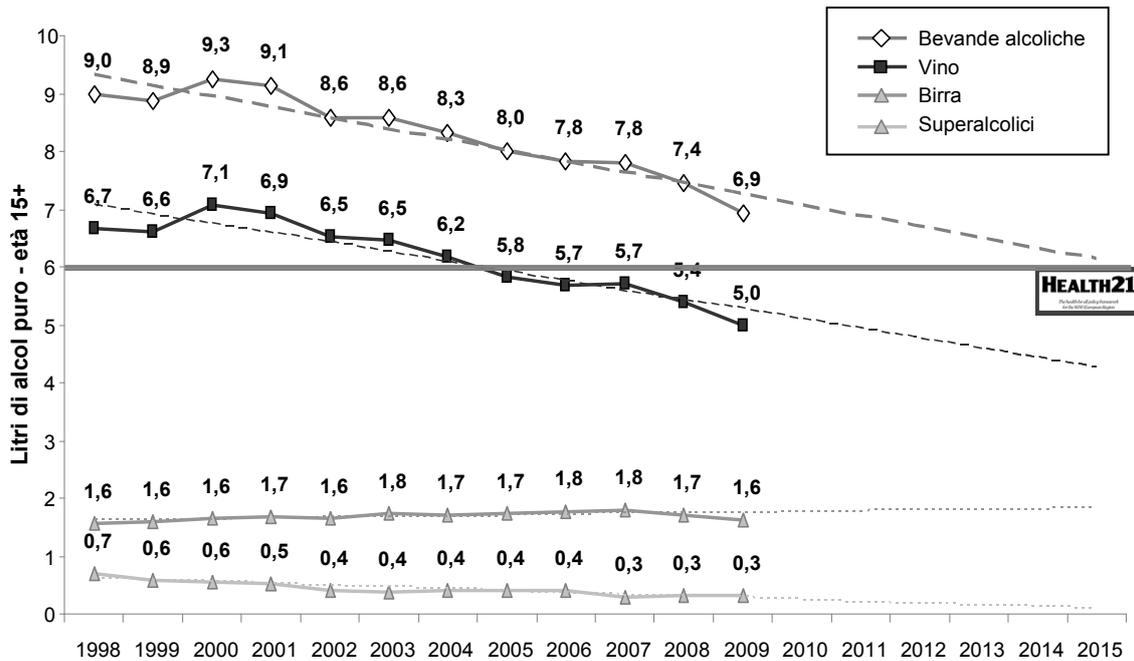


**Figura 1. Trend di consumo di alcol puro (litri pro-capite), 1998-2010, in soggetti di età 15+**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine WHO GISAH



**Figura 2. Trend di consumo di vino (litri pro-capite di alcol puro), 1998-2010, in soggetti di età 15+**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine WHO GISAH

Soffermandoci alla casistica registrata in Italia, il contributo alla riduzione del consumo di alcol puro che permetterà alla nostra nazione di raggiungere l'obiettivo previsto dalla WHO, se dovesse confermarsi la tendenza registrata negli ultimi anni, è principalmente dovuto alla riduzione costante del consumo pro-capite di vino e in minima parte da quello di superalcolici; rimane invece invariato l'andamento relativo al consumo pro-capite di birra e non risulta quindi quantificabile il suo contributo alla riduzione dell'indicatore totale (Figura 3). Il dato relativo al consumo medio pro-capite di birra e superalcolici nei 27 Paesi non viene mostrato in questo rapporto perché nella maggior parte degli Stati non è possibile individuare un trend temporale significativo.



**Figura 3. Trend di consumo di alcol, di vino, di birra e di alcolici (litri pro-capite di alcol puro), 1998-2009, in soggetti di età 15+ in Italia**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine WHO GISAH

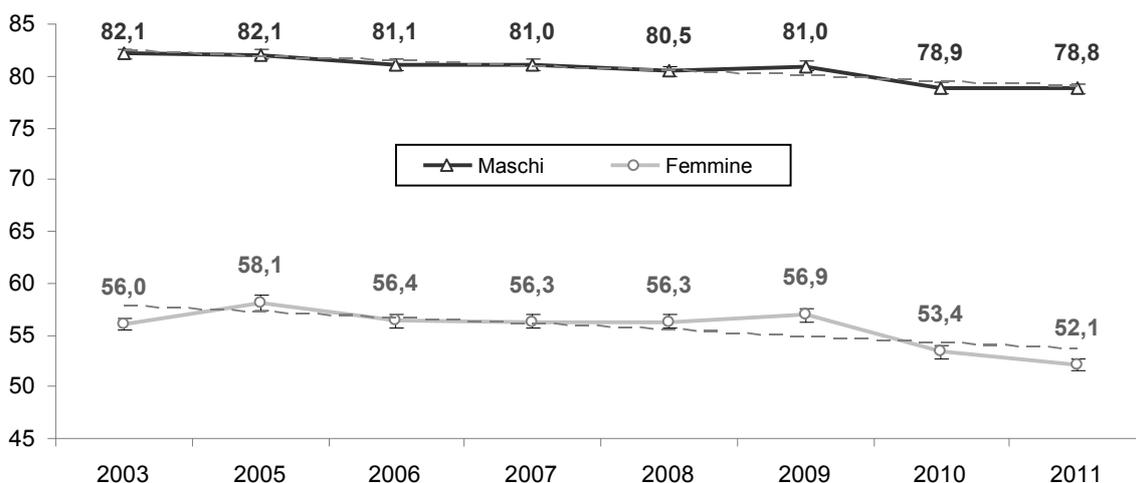
## Consumi nella popolazione italiana generale

L'ONA-CNESPS, ISS, elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali; le attività sono svolte nell'ambito delle attribuzioni di monitoraggio europee e nazionali tra cui quelle svolte su mandato del Ministero della Salute e in base a progettualità specifiche del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM). Dal 2012, le attività di monitoraggio del consumo rischioso e dannoso di alcol, principalmente rilevate attraverso l'Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana, svolte dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), sono state inserite nel Piano Statistico Nazionale e affidate formalmente all'ONA-CNESPS (5). A decorrere dal 1993 l'indagine multiscopo ISTAT raccoglie annualmente le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini

alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. Il valore aggiunto delle elaborazioni dell'Istituto Superiore di Sanità è rappresentato dall'uso di procedure e metodologie originali sviluppate dal gruppo di ricerca dell'ONA in collaborazione con i principali gruppi attivi a livello europeo e internazionale al fine di provvedere alla definizione di flussi informativi e di stime armonizzate sviluppate in Europa in una prospettiva di salute pubblica. Tutte queste informazioni integrano le statistiche annuali fornite dal rapporto "L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2011" (6) con la finalità condivisa di partecipare ad un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato in grado di fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione, alla salvaguardia della salute dei cittadini. Di seguito 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)

Nell'anno 2011, il 78,8% degli uomini e il 52,1% delle donne di età superiore ad 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica, con una marcata differenza di genere. Tra gli uomini, si mantiene stabile, rispetto al 2010, la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche mentre si registra una diminuzione rispetto al 2003 e 2009. Tra le donne, si registra una diminuzione statisticamente significativa della percentuale di consumatrici di bevande alcoliche nell'ultimo anno pari a 1,3 punti percentuali, confermando la tendenza alla diminuzione rispetto al 2003 e al 2009 (Figura 4).

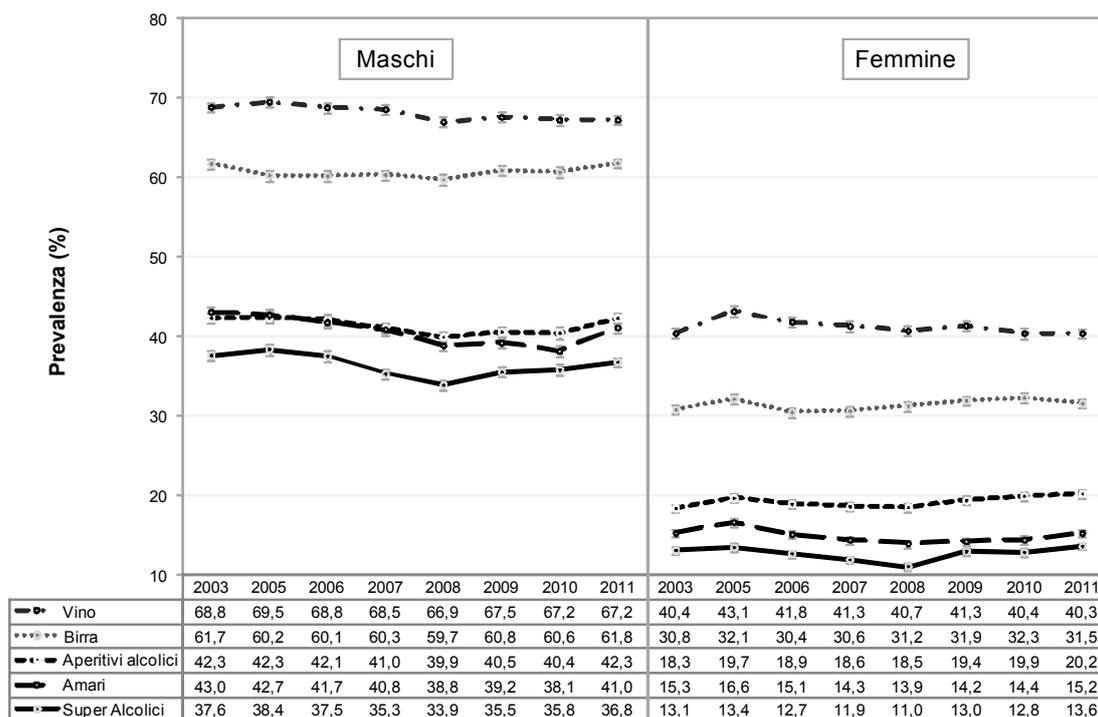


**Figura 4. Prevalenza (%) di consumatori di bevande alcoliche per genere (2003, 2005-2011)**

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 superalcolici

I consumatori di vino nel 2011 sono pari al 53,3% della popolazione di età superiore a 11 anni con una marcata differenza di genere (M: 67,2%; F: 40,3%) (Figura 5).



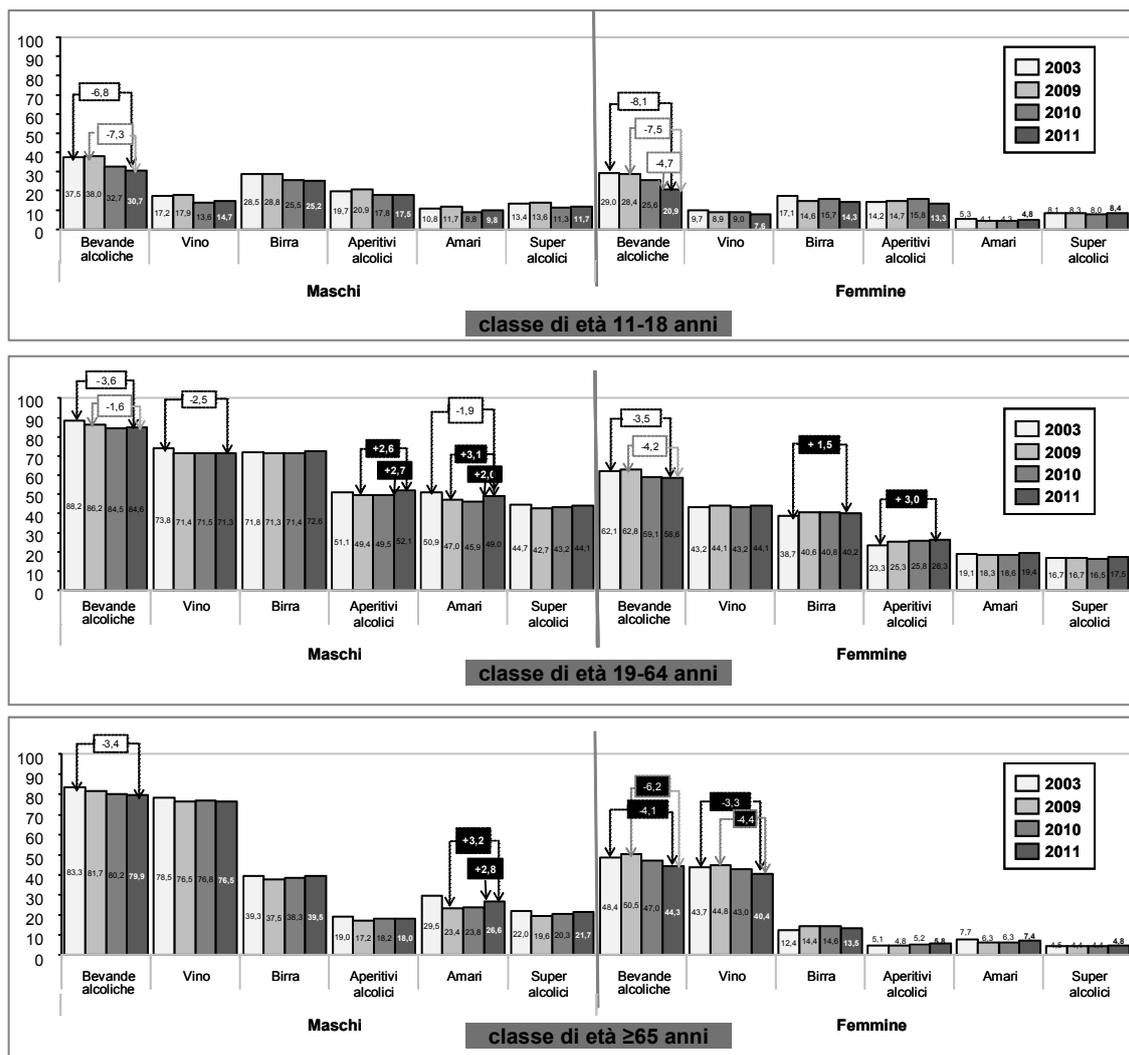
**Figura 5. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥11 anni) di bevande alcoliche per genere (2003, 2005-2011)**

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

Non si registrano variazioni statisticamente significative delle percentuali di consumo nel corso degli ultimi quattro anni tra gli uomini sebbene, rispetto al 2003, si registra una diminuzione di 1,6 punti percentuali che risulta significativa anche nella classe di età 19-64 anni (-2,5 punti percentuali); tra le donne di età superiore a 11 anni non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto agli ultimi anni sebbene, nella popolazione ultra 65enne, si registra una diminuzione delle consumatrici di vino di 3,3 punti percentuali rispetto al 2003 e di 4,4 punti percentuali rispetto al 2009 (Figura 6).

I consumatori di birra nel 2011 sono il 46,2% della popolazione; gli uomini consumatori di birra risultano circa il doppio delle consumatrici di birra (61,8% vs 31,5%), (Figura 5). Tra gli uomini, a fronte di una diminuzione registrata negli anni 2003-2008, si registra un nuovo trend in aumento nella popolazione di età superiore a 11 anni, con valori tornati a quelli del 2003. Tra le donne, invece, non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione e le prevalenze si mantengono stabili rispetto all'anno 2003; l'unico incremento statisticamente significativo delle percentuali di consumatrici di birra, pari a 1,5 punti percentuali, si registra nella classe di età 19-64 anni.

Gli aperitivi alcolici risultano essere consumati nel 2011 dal 29,8% della popolazione di età superiore a 11 anni (M: 42,3%; F: 20,2%) (vedi Figura 5). La percentuale di consumatori di età superiore a 11 anni è diminuita tra gli anni 2006 e 2008 ed è nuovamente tornata ad aumentare nel corso degli ultimi anni facendo registrare nel 2011 un incremento rispetto all'anno 2010 di 1,8 punti percentuali tra gli uomini; tra le donne, nonostante si registri l'aumento pari a 0,3 punti percentuali, la significatività statistica al 95% non è confermata (7).



**Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori di bevande alcoliche per genere e classe d'età (2003, 2009-2011)**

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

Gli amari risultano essere consumati nel 2011 dal 27,7% della popolazione di età superiore a 11 anni. Tra gli uomini la percentuale è salita a 41,0% (vedi Figura 5): si registra che la prevalenza dei consumatori di amari, diminuita tra il 2003 e il 2008, si è stabilizzata nel corso degli anni 2009-2010 (7), ed è nuovamente aumentata nel 2011 di 2,9 punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione. Situazione analoga si registra per le consumatrici di amari pari, nel 2011, al 15,2% delle donne di età superiore a 11 anni; anche in questo caso si registra una diminuzione delle consumatrici rispetto al 2005 e in aumento nel 2011 rispetto alle rilevazioni dei tre anni precedenti. L'analisi per classi di età fa registrare tra gli uomini un incremento dei consumatori di amari rispetto agli anni 2009 e 2010 anche nella popolazione di età 19-64 anni (+3,1 e +2,0 rispettivamente) e ultra 65enne (+3,2 e +2,8 rispettivamente) (7).

I liquori e i superalcolici risultano essere consumati nel 2011 dal 24,8% della popolazione di età superiore a 11 anni, con una marcata differenza di genere; tale percentuale è di 36,8% tra gli

uomini, 13,6% tra le donne (*vedi* Figura 5). I consumatori di sesso maschile di questo tipo di bevanda sono diminuiti a decorrere dal 2005, hanno raggiunto valori minimi nel 2008 e dal 2009 sono nuovamente aumentati (nonostante l'incremento non risulti significativo rispetto al 2010), tornando ai valori registrati nel 2003. Le consumatrici hanno invece mantenuto nel corso degli anni una prevalenza stabile ad eccezione degli anni 2007 e 2008 in cui si sono registrati i valori statisticamente più bassi di tutto il periodo osservato (*vedi* Figura 6).

## COMPORAMENTI A RISCHIO

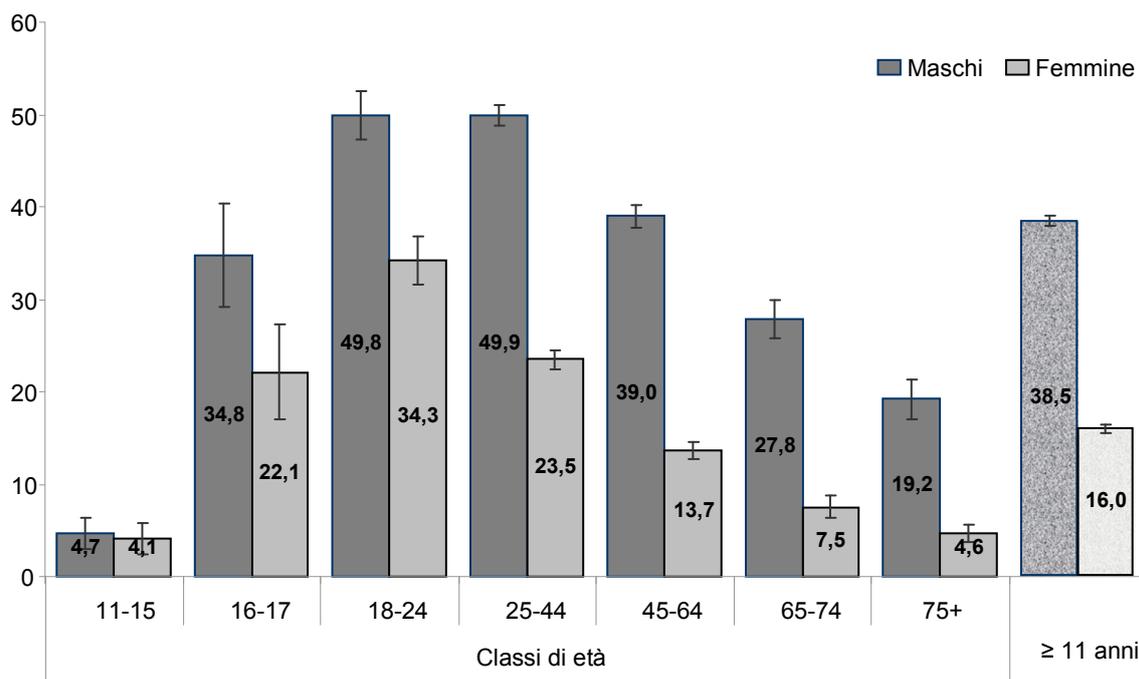
Per consumo di alcol a rischio si intende un livello di consumo o una modalità del bere che, nel caso di persistenza di tali abitudini, può determinare un danno alla salute, fisico o mentale (8-9). Non esistono evidenze scientifiche sul livello di consumo d'alcol da considerarsi non rischioso poiché ogni livello di consumo d'alcol comporta un rischio. Una definizione della WHO lo descrive come un consumo giornaliero medio di oltre 20 grammi di alcol puro per le donne e di oltre 40 per gli uomini (10-11). Tuttavia sebbene il consumo di un bicchiere di vino a tavola, contestualmente ai pasti, è generalmente considerato, in Italia come in molti Paesi occidentali, parte integrante dell'alimentazione e in generale della vita sociale, si è assistito, nel corso degli anni, ad un cambiamento delle abitudini di consumo alcolico della popolazione a causa di una internazionalizzazione dei consumi e di una forte spinta commerciale, sostenuta da modalità pervasive, e di fortissimi investimenti relativi al marketing delle pubblicità di alcolici. Inoltre, i nuovi modelli di consumo risultano spesso caratterizzati dall'assunzione di vecchie bevande alcoliche in aggiunta a nuove bevande superalcoliche, modello che ha modificato radicalmente le tradizioni mediterranee del bere sociale e che provoca molto spesso notevoli problemi sociali e sanitari conseguenti ai danni acuti per intossicazione etilica, oltre a quelli dovuti ad un uso persistente e frequente di quantità eccedentarie di alcol. Ogni fascia di età e genere ha la sua bevanda prevalente di riferimento di rischio alcol-correlato: il vino per gli anziani e gli adulti, la birra e gli aperitivi alcolici per i giovanissimi e i meno giovani.

### Consumatori fuori pasto

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2011 il 26,9% della popolazione di età superiore a 11 anni (M: 38,5%; F: 16,0%). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi in quella 18-24 e 25-44 anni negli uomini dove quasi un uomo su due dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (49,8% e 49,9% rispettivamente); nelle donne il valore massimo si raggiunge nella classe di età 18-24 anni (34,3%); per entrambi i sessi, tale valore diminuisce successivamente fino a raggiungere i valori più bassi tra gli/le ultra 75enni (M: 19,2%; F: 4,6%).

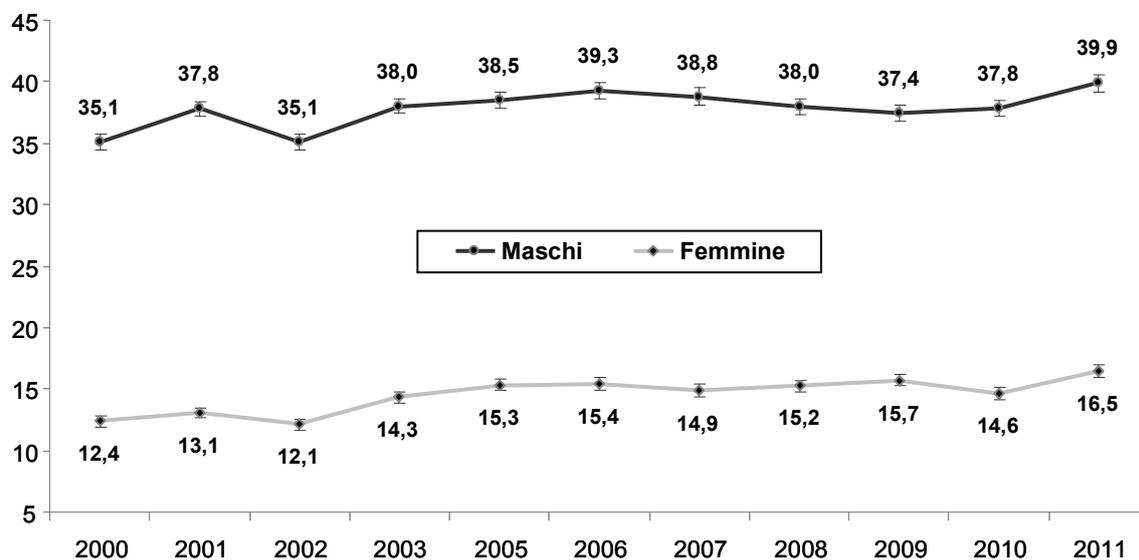
Le percentuali di consumatori fuori pasto di sesso maschile risultano superiori a quelle delle consumatrici in tutte le classi di età considerate ad eccezione di quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni) dove non si registra una differenza significativa tra la prevalenza di consumatori di sesso maschile e quella di sesso femminile (Figura 7).

Per quanto riguarda l'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto si segnala che questa è stata condotta per la popolazione di età superiore a 14 anni, dal momento che prima dell'anno 2003 il quesito sul consumo di alcol non veniva posto alla popolazione di età compresa tra 11 e 13 anni. Dall'anno 2000 la prevalenza dei consumatori fuori pasto di età maggiore o uguale a 14 anni è significativamente aumentata sia tra gli uomini (+4,8 punti percentuali) che tra le donne (+4,1 punti percentuali), e in particolare rispetto alla precedente rilevazione si registra un incremento di 2,1 punti percentuali tra gli uomini e di 1,9 punti percentuali tra le donne; tra le donne infine si registra nell'anno 2011 il valore di prevalenza statisticamente più alto rispetto a quello osservato nel corso degli ultimi 10 anni (Figura 8).



**Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere e classe di età (2011)**

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



**Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 14 anni) di vino o alcolici fuori pasto (2000-2011)**

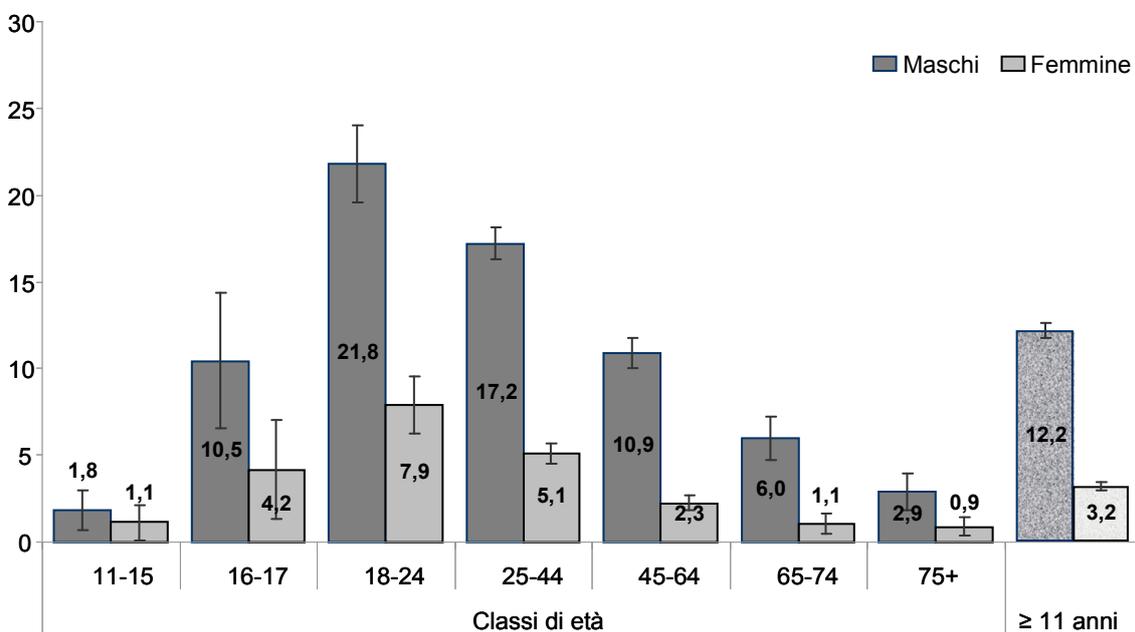
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking*, è una modalità di consumo di bevande alcoliche che si è sviluppato inizialmente nei Paesi del Nord Europa e che risulta ormai molto diffusa anche in Italia come in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea, in particolare nella popolazione giovanile. Esso è comunemente indicato come un consumo eccessivo episodico di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche di qualsiasi tipo in modo consecutivo e concentrato in un arco ristretto di tempo.

Il *binge drinking* è una modalità di consumo affermata nel tempo, che ha evidenziato una problematica sociale e sanitaria emergente legato al bere in gruppo fino ad ubriacarsi. Essa prevede l'utilizzo dell'alcol in quantità tali che, aumentando l'euforia e la disinibizione, soprattutto tra i giovanissimi, espone di conseguenza a seri pericoli la salute dell'individuo. Nell'immediato, viene minacciata sia la persona stessa a causa di intossicazioni che possono provocare nel migliore dei casi vuoti di memoria, cefalee, forti nausea e ormai sempre più spesso episodi di coma etilico, sia le sfere relazionali e interpersonali, lavorative, familiari, affettive, sottoposte a gravissimi rischi, quali ad esempio quello di un incidente stradale (fatale o meno) alla guida di un autoveicolo o di un motoveicolo, quello dei fenomeni di violenza, di comportamenti aggressivi o di problemi nei rapporti sociali spesso registrati nella fascia di popolazione più giovane. Nel lungo termine, l'assunzione di alcol in maniera compulsiva conduce ad alterazioni delle capacità cognitive e di orientamento che provocano danni alla memoria (importante anche nell'apprendimento scolastico) a causa della riduzione del volume dell'ippocampo e del deficit del lobo frontale (memoria, parola), oltre a forme di ansia, depressione e disturbi della personalità.

Nel 2011 il 12,2% degli uomini e il 3,2% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver consumato, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione (Figura 9).



**Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2011)**

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

Le percentuali di *binge drinker* di entrambi i generi risultano minime al di sotto dell'età legale (M: 1,8%; F: 1,1%) e crescono rapidamente fino a raggiungere i valori massimi tra i giovani 18-24enni (M: 21,8%; F: 7,9%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente per raggiungere di nuovo i valori minimi negli ultra 75enni (M: 2,9%; F: 0,9%). La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione di quella al di sotto della maggiore età (18 anni) (vedi Figura 9).

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* è stata condotta, separatamente per i due sessi, sulla popolazione di età superiore a 11 anni a partire dall'anno 2003, anno in cui è stata introdotta per la prima volta la domanda specifica nell'indagine Multiscopo sulle famiglie. Nel 2011, tra gli uomini, il valore di prevalenza è diminuito di 1,2 punti percentuali rispetto a quello registrato nel 2010 (7) ed è quindi tornato ai livelli minimi registrati sia nel 2003 che nel biennio 2008-2009; nel 2011, tra le donne, non si registrano variazioni statisticamente significative della prevalenza di *binge drinker* rispetto agli anni precedenti (Figura 10).

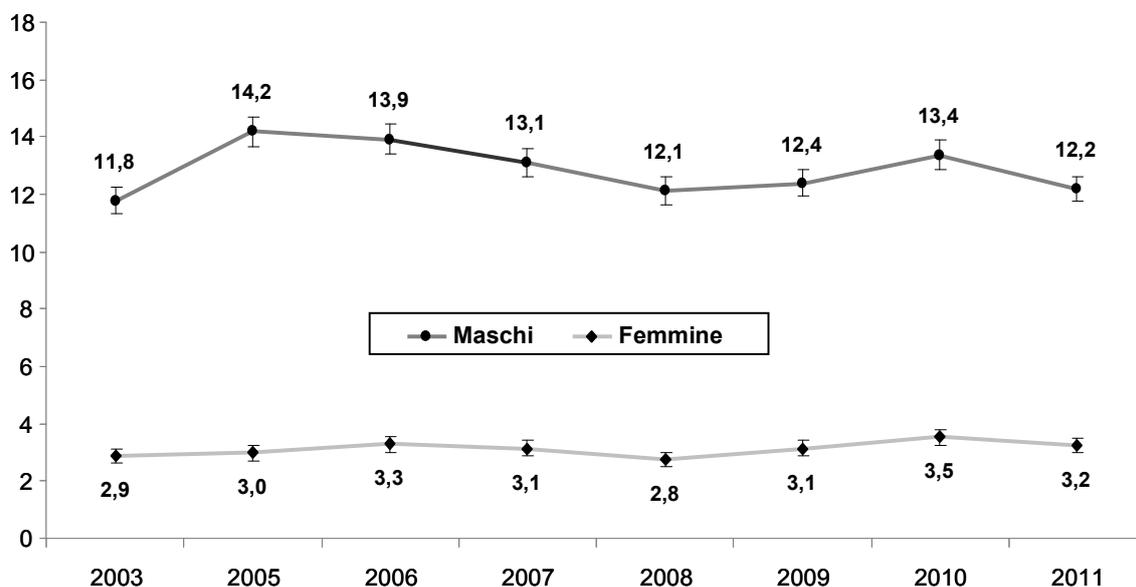


Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) *binge drinking* per genere (2003-2011)

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

## Consumatori a rischio (criterio ISS)

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute e, dal momento che decidere di bere è una scelta libera e individuale, gli organismi di salute pubblica devono informare la popolazione sui rischi che questa scelta comporta per la propria salute e per quella degli altri. A differenza del fumo infatti, i cui effetti negativi sulla salute si possono subire dopo decenni di consumo abituale, l'alcol può esporre a forti rischi anche in seguito ad un singolo episodio di consumo, troppe volte valutato erroneamente come "moderato".

Negli ultimi 40 anni le quantità consentite per non incorrere in rischi per la salute sono continuamente diminuite. La WHO parla ormai solo di consumi senza indicare livelli di

sicurezza, dal momento che non è possibile, sulla base delle conoscenze attuali, identificare quantità di consumo alcolico raccomandabili o “sicure” per la salute. Il rischio connesso all’assunzione di bevande alcoliche deve infatti 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 genere e all’età, la controindicazione dell’assunzione di alcol in relazione alle condizioni di salute, l’assunzione di farmaci e alla valutazione del contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

Fin dal 2003 le linee guida nazionali per una sana alimentazione sviluppate dall’Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN) (12), che tengono conto, a loro volta, delle indicazioni della WHO, dell’ONA-CNESPS, ISS e della Società Italiana di Alcolologia (SIA), hanno fornito delle indicazioni circa la definizione di livelli di consumo a rischio; in base a tali considerazioni, sono consumatori a maggior rischio i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 g di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 Unità Alcoliche standard, UA) e le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 g (1-2 UA standard). Alle suddette indicazioni di carattere generale le valutazioni relative alla revisione sistematica delle evidenze scientifiche recenti hanno condotto a rivedere i livelli considerabili a maggior rischio diminuendo le quantità sinora adottate e suggerendo la necessità di non superare mai 1 UA al giorno per le donne e 2 UA per il sesso maschile, livelli già adottati in molte nazioni. In Italia, tali valutazioni, svolte congiuntamente dall’ISS e dalla SIA, hanno consentito di identificare ulteriori condizioni e target specifici di popolazione che possono giovare di indicazioni utili per il mantenimento di un basso rischio alcol-correlato: gli anziani (ultra65enni) e i giovani 18-21enni. Le condizioni fisiologiche relative al metabolismo dell’alcol per queste due categorie di popolazione sollecitano di non superare mai i 12 grammi (1 UA) di alcol al giorno. Risulta confermata e rafforzata la necessità di non consumare alcol prima dei 18 anni di età, attuale età minima legale entrata in vigore dopo l’approvazione della Legge n. 189/2012 con modificazioni, del DL n. 158/2012. Per tutti inoltre si raccomanda di evitare il consumo di grandi quantità di alcol in un arco di tempo limitato (*binge drinking*).

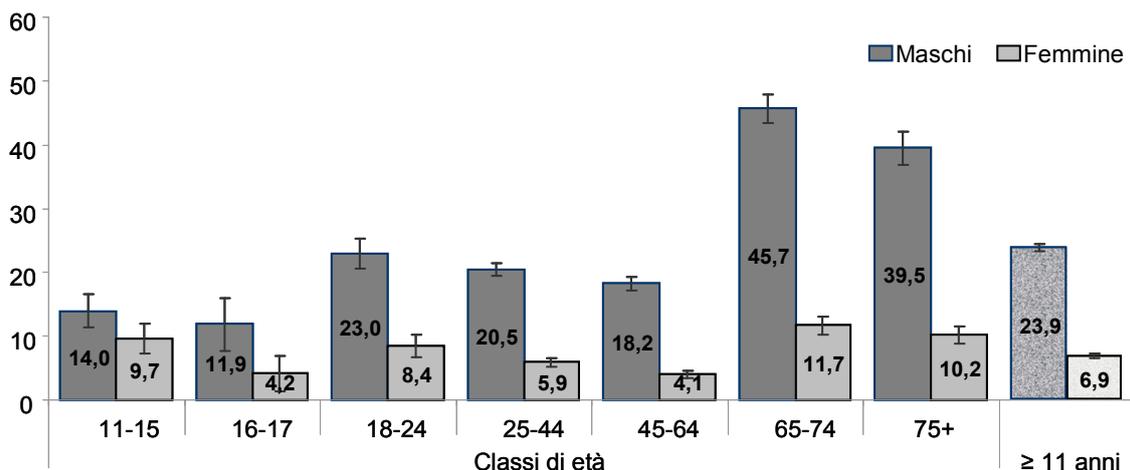
Attualmente sono in corso di pubblicazione da parte della Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) le nuove indicazioni sui Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN), che tengono conto delle nuove acquisizioni scientifiche in campo biologico-nutrizionale e delle variazioni nelle situazioni e condizioni alimentari e nutrizionali della popolazione italiana. È prevedibile che dal prossimo anno l’indicatore di sintesi che recepisce le indicazioni dell’INRAN sviluppato dall’ONA per monitorare i consumatori a rischio verrà coerentemente aggiornato.

Per questo report, al fine di mantenere anche una confrontabilità con gli anni precedenti, sono stati mantenuti gli indicatori di consumo a rischio in uso dal 2003 ad oggi.

La prevalenza dei consumatori a rischio elaborata attraverso l’indicatore di sintesi consolidato da molti anni e attualmente in uso nel 2011 è quindi pari al 23,9% degli uomini e al 6,9% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8.100.000 individui (maschi 6.200.000 e femmine 1.900.000) che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (Figura 11).

L’analisi per genere e classi di età mostra che sono a rischio il 14% dei ragazzi e il 9,7% delle ragazze di sotto dell’età legale (16 anni), valori che dovrebbero essere pari a zero mentre invece identificano oltre 206.000 ragazzi e 132.000 ragazze di età inferiore a 16 anni a rischio alcol-correlato senza differenze di genere statisticamente significative.

Nell’anno 2011, le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano nella classi di età 65-74 anni (45,7%) seguita da quella degli ultra-75enni (39,5%) per un totale di circa 2.200.000 anziani di sesso maschile che necessiterebbero di un intervento di identificazione precoce e di sensibilizzazione al problema e per i quali andrebbe sviluppato un piano di prevenzione *ad hoc*, visto il continuo invecchiarsi della popolazione italiana.

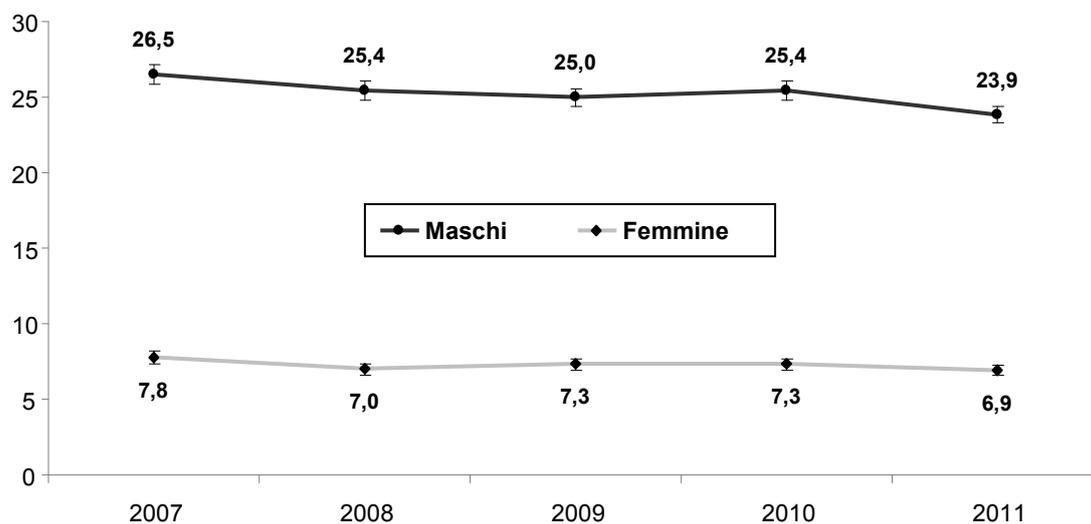


**Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2011)**

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

Una diversa situazione si registra invece per la popolazione di sesso femminile dove la variabilità per classi di età risulta meno significativa. Per questo indicatore di sintesi, come già registrato nelle precedenti rilevazioni, l'unica classe d'età in cui non si registrano differenze di genere statisticamente significative è quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni).

La Figura 12 mostra che nel corso degli ultimi cinque anni si è registrata una tendenza lineare alla diminuzione della prevalenza di consumatori a rischio di età superiore ad 11 anni (-2,5 punti percentuali rispetto al 2007 e -1,5 punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione), mentre tra le donne la prevalenza è rimasta pressoché stabile.



**Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori (≥11 anni) a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2011)**

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

L'analisi del trend dei consumatori a rischio è stata condotta sulla popolazione di età superiore a 11 anni a partire dall'anno 2007, anno in cui è stata introdotta per la prima volta, nell'indagine Multiscopo sulle famiglie dell'ISTAT, la domanda sulle quantità consumate giornalmente di vino, birra e altre bevande alcoliche.

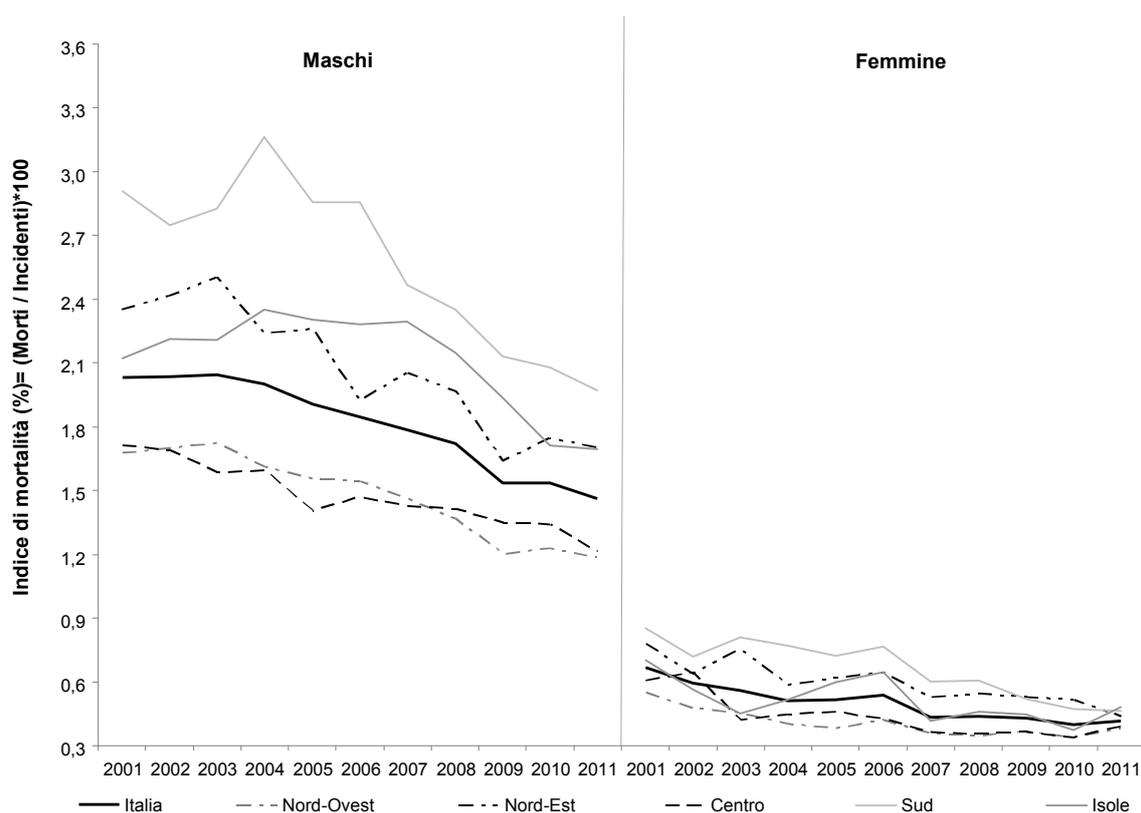
## INCIDENTI STRADALI

### Rapporto ACI-ISTAT 2011

Ogni anno vengono raccolti e analizzati i dati relativi alla localizzazione degli incidenti stradali mediante la rilevazione degli incidenti stradali che l'ISTAT conduce con la compartecipazione dell'ACI (Automobile Club d'Italia) e di numerosi enti pubblici istituzionali. Questa fonte di dati permette di raccogliere le informazioni relative agli incidenti con lesioni alle persone rilevati sulla rete stradale del territorio nazionale, verbalizzati da un'autorità di Polizia o dai Carabinieri, avvenuti su una strada aperta alla circolazione pubblica e che hanno causato lesioni a persone, morti e/o feriti, con il coinvolgimento di almeno un veicolo.

I dati riportati nel rapporto ACI-ISTAT 2011 (13), mostrano che in Italia, rispetto al 2010, sono ulteriormente diminuiti gli incidenti stradali (-2,7%), e di conseguenza sono diminuiti sia il numero dei feriti (-3,5%) che, in maniera più consistente, il numero dei morti (-5,6%).

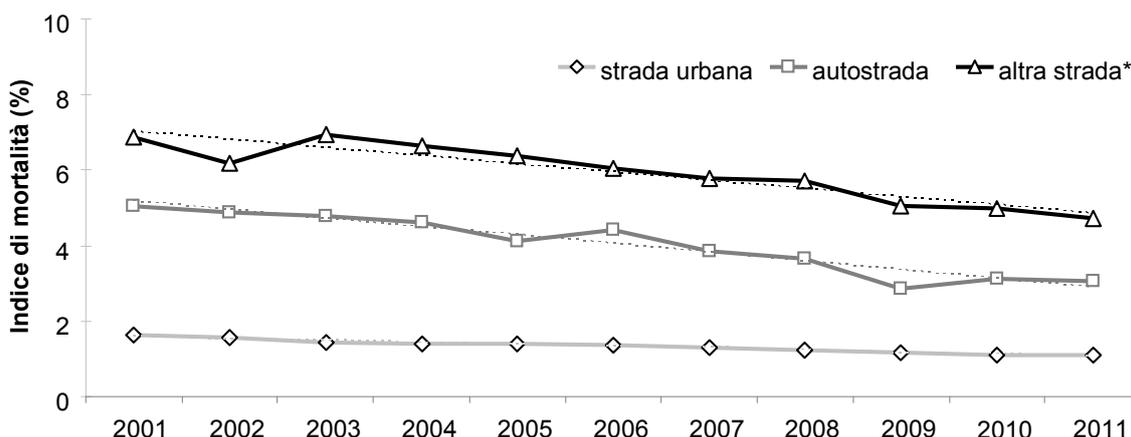
In Italia vi è un trend in diminuzione dell'indice di mortalità (numero di morti ogni 100 incidenti), passato in Italia da 2,03 nel 2001 a 1,46 nel 2011 per i maschi e da 0,67 a 0,42 per le femmine. A partire dal 2001, si evidenzia una riduzione della percentuale annua del numero di morti sempre più consistente nel tempo (Figura 13).



**Figura 13. Indice di mortalità (%) = (Morti / Incidenti)\*100 (2001-2011)**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI-ISTAT

Per i maschi, la tendenza alla riduzione dell'indice di mortalità è più consistente nelle regioni del nord; per le femmine tale riduzione è più accentuata nelle regioni del sud mentre, a fronte di una riduzione riscontrata negli anni 2001-2007, nelle regioni del centro si osserva una nuova tendenza all'aumento negli ultimi anni. Tra le donne, infine, non si registrano trend significativi dell'indice di mortalità nelle regioni del Nord-Ovest.

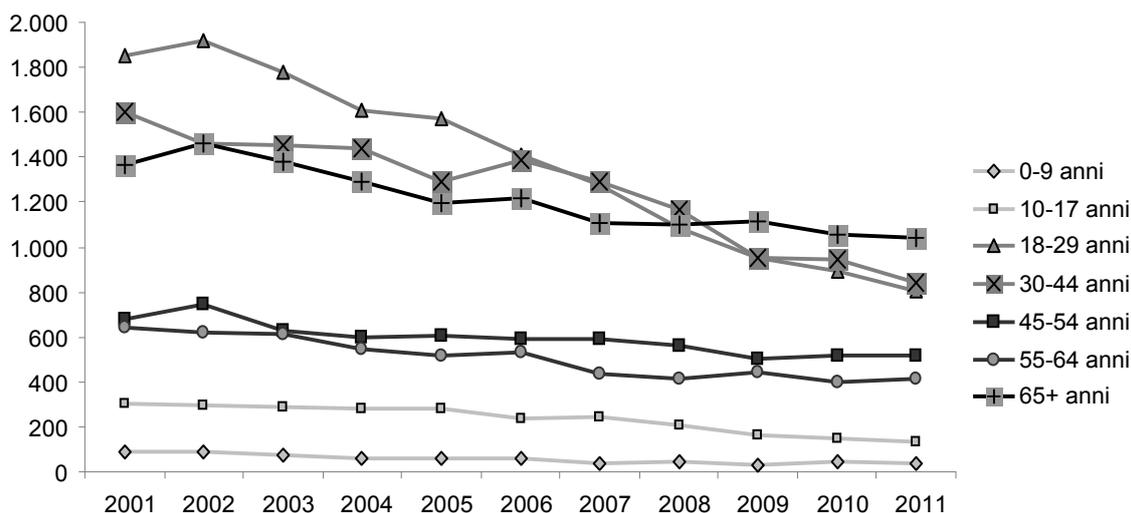
Tra il 2001 e il 2011, l'indice di mortalità è diminuito nelle strade statali, regionali e provinciali al di fuori dei centri abitati, oltre che nelle autostrade passando da 6,9 a 4,7 per la prima tipologia di strade e da 5,1 a 3,1 nel secondo caso con una variazione in termini di morti registrata solo nell'ultimo anno pari a -9,1 e -10,1 rispettivamente (Figura 14).



**Figura 14. Indice di mortalità (%) = (Morti / Incidenti)\*100 per tipologia di strada (2001-2011)**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI-ISTAT  
 (\*) strade statali, regionali e provinciali fuori dall'abitato e comunali extraurbane

La tendenza alla riduzione dell'indice di mortalità assume andamenti diversi a seconda della classe di età considerata. La Figura 15 evidenzia che, tra il 2001 e il 2011, il numero di morti per incidente stradale è diminuito costantemente nella classe di età 30-44 e in quella 18-29.



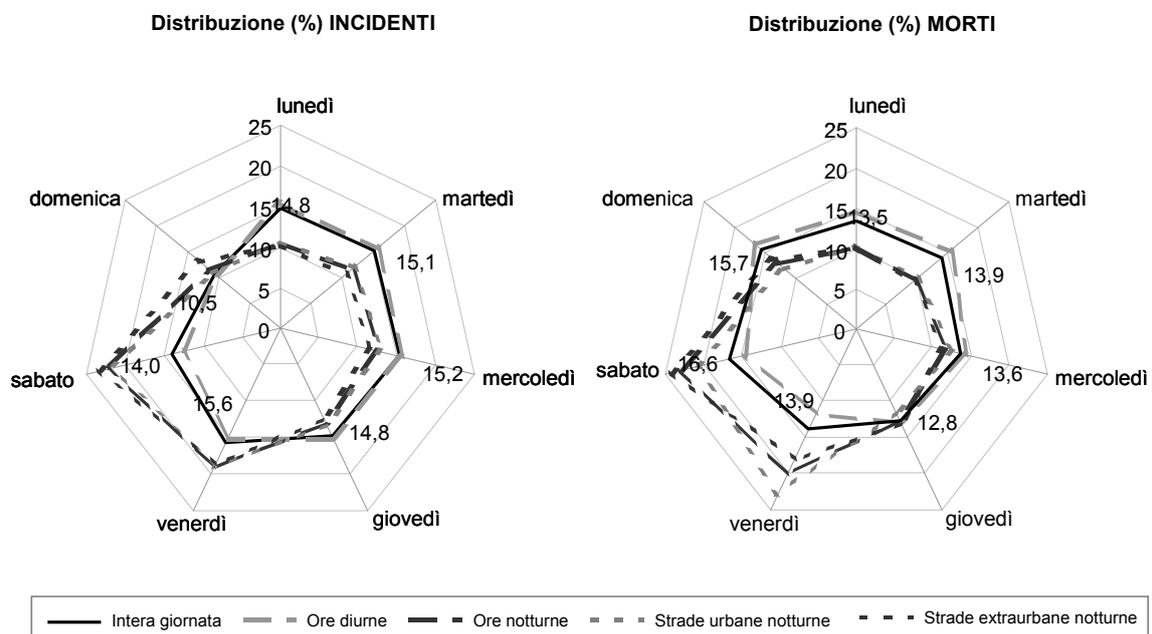
**Figura 15. Numero di morti a causa di incidente stradale per classi di età (2001-2011)**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI-ISTAT

Nella classe di età degli ultra 65 anni, successivamente alla diminuzione registrata tra il 2001 e il 2007, si è stabilizzato il numero di decessi. Non si registrano infine variazioni consistenti nelle altre classi di età nel corso degli ultimi 10 anni. Le classi di età giovanili così come quelle anziane, si confermano, nonostante le diminuzioni osservate nel corso degli anni, le fasce di popolazione dove si registra il più alto numero di decessi per incidente stradale.

Analizzando la Figura 16 si osserva che a livello nazionale il venerdì è il giorno della settimana in cui si concentra il maggior numero di incidenti con lesioni a persone (32.121 pari al 15,6% del totale), mentre il sabato presenta la frequenza più elevata di decessi (641, pari al 16,6% del totale). L'analisi della distribuzione di incidenti nell'arco della giornata mostra tuttavia un primo picco di incidentalità stradale nel fine settimana, in particolare il venerdì e il sabato, nelle ore notturne (tra le 22 e le 6 di mattina), sia sulle strade urbane che su quelle extraurbane e una conseguente minor frequenza di incidenti stradali nelle ore notturne dei giorni feriali. Osservando la distribuzione dei morti nel corso della settimana, si registra come per gli incidenti stradali, una maggior frequenza di eventi nelle ore notturne nel fine settimana, con picchi massimi registrati il venerdì per le strade urbane e il sabato nelle strade extraurbane.

La distribuzione dei morti nelle ore diurne infine, presenta valori più elevati di quelli registrati a livello giornaliero, nel corso dei giorni feriali (lunedì martedì e mercoledì) e la domenica; i dati della relazione sull'incidentalità stradale presentata dall'ISTAT in collaborazione con l'ACI, mostrano che un primo picco di incidenti stradali con lesioni alle persone, nella fascia oraria nella quale si effettuano gli spostamenti casa-lavoro e casa-scuola e in secondo picco si osserva tra le 12 e le 13 in corrispondenza dei tragitti scuola-casa e in relazione alla mobilità di alcune categorie di lavoratori (professionisti, commercianti, ecc.) che usufruiscono dell'orario non continuato e una punta massima di incidentalità intorno alle ore 18, quando si registrano i maggiori spostamenti dal luogo del lavoro (13).



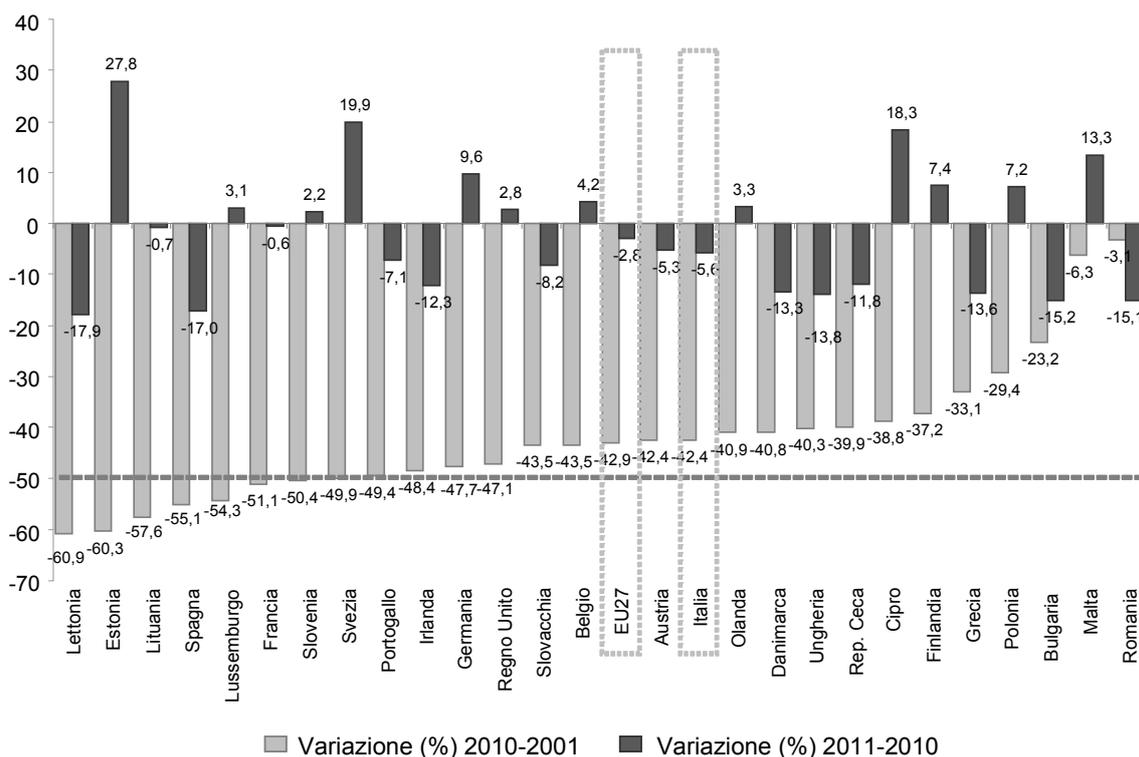
**Figura 16. Distribuzione (%) degli incidenti e dei morti per giorno della settimana e tipologia della strada durante la notte (2011)**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI-ISTAT

## 6<sup>th</sup> Road Safety PIN Report

L'obiettivo dell'Unione Europea di dimezzare le morti per incidenti stradali entro il 2010 è stato quasi raggiunto anche in Italia, dal momento che i dati della Polizia Stradale indicano che il tasso di incidenti mortali è diminuito per un valore superiore al 40% nel decennio 2001-2010.

Nel 2010 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha sviluppato una serie di Iniziative per la Sicurezza Stradale da mettere in atto nel decennio 2011-2020, con la risoluzione A/64/255 (14), finalizzate a stabilizzare e successivamente ridurre ulteriormente il livello di decessi da incidenti stradali nel mondo, sollecitando e sostenendo le iniziative condotte a livello nazionale, europeo e mondiale, che tuttavia devono essere stabiliti dai singoli Stati Membri. Nel 6<sup>th</sup> Road Safety PIN Report denominato *A challenging start towards the EU 2020 Road Safety Target* e prodotto dallo *European Transport Safety Council (ETSC)* durante il sesto anno del programma *Road Safety Performance Index (PIN)* (15), è stata fornita una panoramica dei risultati raggiunti nel decennio 2001-2010 ed è stata introdotta la nuova valutazione del raggiungimento del nuovo obiettivo UE previsto per il 2020. Nel 2010 tutti i 27 Paesi dell'UE hanno ridotto la percentuale dei morti per incidenti stradali rispetto al 2001 (Figura 17), tuttavia hanno raggiunto in pieno l'obiettivo della riduzione del 50% solo la Lettonia (-60,9%), l'Estonia (-60,3%), la Lituania (-57,6%), la Spagna (-55,1%), il Lussemburgo (-54,3%) la Francia (-51,1%) e la Slovenia (-49,4%), mentre le riduzioni più basse, inferiori al 10%, sono state registrate a Malta (-6,3%) e in Romania (-3,1%).



**Figura 17. Riduzione (%) registrata tra il 2001-2010 e tra il 2011-2010 dei morti per incidente stradale nei 27 Stati Membri dell'Unione Europea**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati 2011 del 6<sup>th</sup> Road Safety PIN Report

Nel corso dell'ultimo anno ci sono stati 884 morti per incidenti stradali in meno a livello Europeo (nel 2011 rispetto al 2010) pari ad appena il 2,8% con una forte variabilità territoriale (da -17,9% in Lettonia a +27,8 in Estonia), e in Italia del -5,6%.

In 12 dei 27 Paesi dell'UE il numero delle vittime della strada registrate nel 2011 è stato al di sopra di quello del 2010 (Estonia 27,8%, Svezia 19,9%, Cipro 18,3%, Malta 13,3%, Germania 9,6%, Finlandia 7,4%, Polonia 7,2%, Belgio 4,2%, Olanda 3,3%, Lussemburgo 3,1%, Regno Unito 2,8% e Slovenia 2,2%); mentre i Paesi con sicurezza stradale in continuo miglioramento e riduzioni superiori al 10% sono risultati essere: Lettonia (-17,9%), Spagna (-17,0%), Bulgaria (-15,2%), Romania (-15,1%), Ungheria (-13,8%), Grecia (-13,6%), Danimarca (-13,3%), Irlanda (-12,3%) e Repubblica Ceca (-11,8%).

## Dati dello studio PASSI

Il sistema PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (16), è un sistema di sorveglianza della popolazione adulta, che ha l'obiettivo di stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. Si tratta di un'iniziativa promossa nel 2006 dal CCM del Ministero della Salute e affidata al CNESPS dell'ISS allo scopo di tenere sotto osservazione l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute della popolazione italiana.

Tra le informazioni raccolte dal sistema PASSI, attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASL), vi sono anche quelle relative alla guida sotto l'effetto dell'alcol e ai controlli da parte delle Forze dell'ordine. Secondo i dati 2011, raccolti in 21 Regioni partecipanti, tra coloro che hanno consumato alcolici nei 30 giorni precedenti all'intervista, un intervistato su dieci (9%) ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto nell'ora successiva all'aver bevuto almeno due unità alcoliche. L'abitudine a guidare sotto l'effetto dell'alcol è più frequente negli uomini (13% vs. 3% nelle donne), nei giovani della fascia di età 25-34 anni (11%) e nelle persone con livello di istruzione più basso (nessuno/elementare/scuola media inferiore). Si osservano differenze statisticamente significative nel confronto interregionale, con frequenze di guida sotto l'effetto dell'alcol più alte nelle regioni del Nord rispetto a quelle del Centro e del Sud (range: Friuli-Venezia Giulia 12% – Basilicata 4%). Inoltre, il 6% degli intervistati riferisce di aver viaggiato, nel mese precedente, in un'auto con una persona alla guida in stato di ebbrezza.

Il 34% dei circa 34.500 intervistati nel 2011 che dichiarano di essere andati in auto o in moto negli ultimi 12 mesi, ha riferito di aver subito un controllo da parte delle Forze dell'ordine, in veste di guidatore o di passeggero. In media questo controllo è capitato più di due volte in un anno. Dal confronto tra Regioni emergono differenze statisticamente significative, con un range che varia dal 20% della Basilicata al 54% del Molise. Solo il 12% degli intervistati fermati dalle Forze dell'ordine riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche all'etilotest. Tale percentuale diminuisce all'aumentare dell'età: dal 23% dei 18-24enni al 6% dei 50-69enni. La percentuale più bassa di controlli con etilotest si registra in Valle d'Aosta (4%) e nella P.A. di Bolzano (6%), la più alta in Piemonte (15%).

## CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

L'analisi comportamentale sui consumi alcolici condotta per Regione di appartenenza dell'intervistato evidenzia delle differenze statisticamente significative sia in relazione alla tipologia di bevanda assunta che in relazione al comportamento a rischio considerato.

Tale analisi risulta preliminare rispetto al rapporto di prossima pubblicazione relativo alle singole realtà territoriali previsto dal progetto CCM del Ministero della Salute "L'alcol in Italia e nelle Regioni. Valutazione epidemiologica del rischio sanitario e sociale dell'alcol in supporto al Piano Nazionale di Prevenzione e alla implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute" attualmente in corso e affidato all'ONA-CNESPS. Le suddette analisi sono state di recente inserite nel Piano Statistico Nazionale per l'anno 2012-2014, il quale, secondo quanto indicato dall'art. 13 del DL.vo 322/1989 e successive integrazioni, stabilisce le rilevazioni statistiche di interesse pubblico affidate al Sistema statistico nazionale e i relativi obiettivi.

### Italia nord-occidentale

Nel 2011 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata pari all'80,6% tra gli uomini e al 56,0% tra le donne.

Nel corso degli ultimi 4 anni non si registrano variazioni statisticamente significative della percentuale di consumatori di bevande alcoliche di sesso maschile, mentre risulta diminuita la prevalenza negli stessi anni tra le donne, pur non raggiungendo la significatività statistica nel 2010 (7).

Nel 2011, il valore è risultato al di sopra di quello medio nazionale sia tra gli uomini che tra le donne. Tra gli uomini le percentuali di consumatori di vino e super alcolici risultano superiori al valore medio nazionale, mentre la prevalenza di consumatori di amari risulta più bassa del valore nazionale.

Non si registrano nel corso degli ultimi 4 anni variazioni statisticamente significative dei consumatori delle bevande considerate né tra gli uomini né tra le donne. Sono aumentati i consumatori maschi di bevande alcoliche fuori pasto, e risultano superiori al dato medio nazionale le percentuali di uomini che consumano bevande alcoliche in modalità a rischio in base al criterio stabilito dall'ISS (Tabelle 1 e 2).

### Piemonte

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche di sesso maschile risulta nel 2011 superiore al dato medio nazionale senza variazioni significative nel corso degli ultimi 4 anni.

Risulta superiore al dato medio nazionale la percentuale di uomini consumatori di vino e di donne consumatrici di aperitivi alcolici. È inoltre aumentata, rispetto alla precedente rilevazione, la percentuale di uomini che consumano aperitivi alcolici di 1,4 punti percentuali.

Risultano superiori al dato medio nazionale, per entrambi i sessi, i consumatori di bevande alcoliche fuori pasto, i consumatori *binge drinking* e i consumatori a rischio; si registra inoltre un incremento statisticamente significativo rispetto al 2010, pari a 4,2 punti percentuali, degli uomini che consumano bevande alcoliche lontano dai pasti.

**Tabella 1. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2011)**

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Italia nord-occidentale</b>	<b>69,5</b>	<b>45,0</b>	<b>62,6</b>	<b>31,8</b>	<b>43,7</b>	<b>23,3</b>	<b>38,7</b>	<b>14,7</b>	<b>40,1</b>	<b>15,7</b>
Piemonte	<b>70,6</b>	42,7	62,1	31,3	42,9 ↗	<b>22,8</b>	38,3	15,7	38,4	15,4
Valle d'Aosta	<b>74,3</b>	<b>52,7</b>	<b>65,9</b>	<b>36,7</b>	<b>53,9</b>	<b>27,5</b>	40,0 ↗	<b>18,5</b>	<b>44,8</b>	<b>18,7</b>
Lombardia	69,0	<b>45,8</b>	<b>63,4</b>	32,2	44,5	<b>24,2</b>	39,4	14,3	<b>41,7</b>	<b>16,3</b>
Liguria	68,6	<b>46,4</b>	<b>58,5</b>	30,2	40,0	19,4	<b>35,8</b>	<b>13,4</b>	35,1	12,9
<b>Italia nord-orientale</b>	<b>68,6</b>	<b>47,1</b>	<b>62,0</b>	<b>35,0</b>	<b>44,0</b> ↗	<b>24,2</b>	<b>35,1</b> ↗	<b>14,8</b>	<b>38,2</b>	<b>17,7</b> ↗
PA Bolzano	69,0	<b>47,8</b>	<b>69,7</b>	33,6	<b>46,7</b> ↗	<b>36,1</b>	36,7	<b>29,4</b>	<b>42,3</b>	<b>24,7</b>
PA Trento	63,8	37,4	63,8	32,6	41,8	21,6	30,6	<b>10,6</b>	38,2	16,1
Veneto	68,5	<b>45,3</b>	<b>63,3</b>	<b>35,9</b>	<b>48,2</b>	<b>26,4</b>	37,4	17,0	38,5	<b>18,4</b>
Friuli-Venezia Giulia	70,0	<b>46,0</b>	<b>66,4</b>	35,9	44,0	<b>25,1</b>	34,4	13,4	38,2	<b>19,0</b>
Emilia Romagna	68,8	<b>50,6</b>	<b>58,1</b>	<b>34,2</b>	39,2 ↗	20,5	<b>33,1</b> ↗	<b>11,7</b>	37,4	<b>16,0</b> ↗
<b>Italia centrale</b>	<b>68,9</b>	<b>43,0</b>	<b>59,9</b>	<b>31,5</b>	<b>42,1</b>	<b>20,0</b>	<b>39,1</b> ↗	<b>13,6</b>	<b>37,7</b>	<b>13,7</b>
Toscana	70,0	<b>44,0</b>	<b>56,7</b>	29,1 ↘	<b>36,6</b>	18,0	<b>30,5</b>	<b>10,5</b>	<b>31,6</b>	<b>11,2</b>
Umbria	71,0	40,3	60,3 ↗	<b>27,9</b>	43,0	17,9	40,7	<b>10,2</b>	<b>36,7</b>	<b>10,6</b>
Marche	66,0	<b>46,6</b>	<b>57,4</b>	29,7	<b>38,0</b>	18,5	<b>31,1</b>	<b>11,6</b>	<b>32,4</b>	<b>13,1</b>
Lazio	68,6	41,7	<b>62,6</b>	<b>34,2</b>	<b>46,7</b>	22,1	<b>46,8</b> ↗	16,8	<b>43,3</b>	<b>15,9</b>
Abruzzo	71,7	<b>34,9</b>	<b>65,9</b>	31,5	<b>49,1</b>	17,9 ↘	<b>49,1</b>	15,0	<b>41,4</b>	<b>12,4</b> ↗
Molise	69,2	<b>29,5</b>	<b>69,7</b>	<b>26,3</b>	<b>49,2</b>	<b>15,1</b>	<b>52,0</b>	14,3	<b>42,8</b>	<b>9,3</b>
<b>Italia meridionale</b>	<b>65,4</b>	<b>33,0</b>	<b>63,0</b>	<b>30,7</b>	<b>40,7</b>	<b>15,4</b>	<b>48,5</b> ↗	<b>17,7</b>	<b>33,5</b>	<b>9,8</b> ↗
Campania	65,0	<b>33,6</b> ↗	60,9	30,1	40,5 ↗	<b>16,1</b>	<b>47,1</b> ↗	<b>17,5</b>	<b>33,2</b> ↗	<b>10,1</b>
Puglia	<b>64,0</b>	<b>30,3</b>	64,1	30,1	<b>38,7</b>	13,4	<b>50,0</b>	<b>17,9</b>	<b>32,7</b>	<b>9,1</b>
Basilicata	65,5	<b>31,9</b>	59,4	<b>27,0</b>	40,2	14,3	<b>43,5</b> ↗	<b>13,3</b>	<b>33,8</b>	<b>8,4</b>
Calabria	64,7	<b>36,5</b>	<b>65,1</b>	<b>34,8</b>	<b>38,2</b> ↘	<b>15,8</b>	<b>50,1</b>	<b>21,5</b>	<b>29,2</b> ↘	<b>9,1</b>
<b>Italia insulare</b>	<b>59,7</b>	<b>28,1</b>	<b>60,2</b>	<b>26,9</b> ↘	<b>39,6</b>	<b>16,3</b>	<b>44,6</b>	<b>15,1</b>	<b>31,4</b>	<b>9,4</b>
Sicilia	<b>57,1</b>	<b>26,7</b>	<b>57,7</b>	<b>26,9</b>	<b>38,3</b>	<b>16,5</b>	<b>44,3</b>	14,0	<b>29,1</b>	<b>8,2</b>
Sardegna	67,2	<b>32,5</b>	<b>67,6</b>	<b>26,7</b>	43,6	<b>15,7</b>	<b>45,3</b> ↗	<b>18,3</b>	38,1	13,1
<b>Italia</b>	<b>67,2</b>	<b>40,3</b>	<b>61,8</b>	<b>31,5</b>	<b>42,3</b> ↗	<b>20,2</b>	<b>41,0</b> ↗	<b>15,2</b>	<b>36,8</b>	<b>13,6</b>

Valore minimo nazionale

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

Valore massimo nazionale

↘ Riduzione statisticamente significativa tra 2010 e 2011

↗ Incremento statisticamente significativo tra 2010 e 2011

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

**Tabella 2. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (anno 2011)**

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>	<b>80,6</b>	<b>56,0</b>	<b>43,8 ↗</b>	<b>20,1</b>	<b>13,5</b>	<b>4,0</b>	<b>26,6</b>	<b>9,1</b>
Piemonte	<b>81,7</b>	53,6	<b>43,2 ↗</b>	<b>18,2</b>	<b>15,0</b>	<b>4,7</b>	<b>29,0</b>	<b>9,5</b>
Valle d'Aosta	80,7	<b>61,8</b>	<b>60,0 ↗</b>	<b>26,7</b>	<b>22,2</b>	5,0	<b>34,3</b>	<b>11,8</b>
Lombardia	80,6	<b>57,3</b>	<b>45,3</b>	<b>21,7</b>	<b>13,4</b>	3,8	<b>25,8</b>	<b>9,0</b>
Liguria	77,9	54,7	<b>34,8</b>	15,7	<b>8,7</b>	2,7	24,3	8,4
<b>Italia nord-orientale</b>	<b>79,6</b>	<b>58,2</b>	<b>47,7</b>	<b>22,2 ↗</b>	<b>15,2 ↘</b>	<b>3,9</b>	<b>27,8</b>	<b>8,6</b>
PA Bolzano	81,3	<b>63,0</b>	<b>63,1 ↗</b>	<b>38,0</b>	<b>26,0</b>	<b>8,3</b>	<b>35,0</b>	<b>11,5</b>
PA Trento	77,4	50,6	<b>56,4</b>	<b>22,9</b>	<b>20,1</b>	3,5	<b>31,0 ↘</b>	7,5
Veneto	80,4	<b>58,0</b>	<b>50,5</b>	<b>23,3</b>	<b>16,6</b>	3,5	<b>28,6</b>	8,2
Friuli-Venezia Giulia	80,6	<b>55,7</b>	<b>56,8</b>	<b>24,5</b>	<b>21,9</b>	<b>5,1</b>	<b>33,3</b>	<b>9,7</b>
Emilia Romagna	78,5	<b>59,5</b>	39,3	<b>18,6 ↗</b>	<b>10,1</b>	3,6	24,2	8,5
<b>Italia centrale</b>	<b>78,8</b>	<b>53,6</b>	<b>36,2 ↗</b>	<b>15,9 ↗</b>	<b>10,7</b>	<b>3,5</b>	<b>23,2</b>	<b>7,3</b>
Toscana	77,8	52,3 ↘	<b>33,0</b>	14,9	<b>7,5 ↘</b>	3,0	23,1	7,2
Umbria	80,8	50,3	<b>34,6</b>	14,7	<b>9,4</b>	2,3	21,7	6,1
Marche	<b>75,9</b>	54,0	<b>30,5</b>	14,1	<b>8,6</b>	3,2	22,0	7,6
Lazio	79,9	54,8	<b>40,2 ↗</b>	17,3	<b>13,5</b>	4,2	23,7	7,5
Abruzzo	<b>81,0</b>	<b>47,1</b>	<b>46,8</b>	<b>13,2</b>	<b>18,8</b>	3,6	<b>30,5</b>	<b>5,9</b>
Molise	<b>82,8</b>	<b>40,9</b>	<b>43,3</b>	<b>10,8</b>	<b>22,2 ↘</b>	3,0	<b>37,3 ↘</b>	6,5
<b>Italia meridionale</b>	<b>77,9</b>	<b>46,2</b>	<b>29,2</b>	<b>8,9</b>	<b>9,6 ↘</b>	<b>2,0</b>	<b>20,3 ↘</b>	<b>4,4</b>
Campania	<b>76,2</b>	<b>45,7</b>	<b>25,2</b>	<b>7,6</b>	<b>8,3</b>	<b>1,6</b>	<b>19,0</b>	<b>4,0</b>
Puglia	79,0	<b>45,4</b>	<b>27,5</b>	<b>9,2</b>	<b>7,0</b>	<b>1,7</b>	<b>17,8 ↘</b>	<b>4,0</b>
Basilicata	77,4	<b>43,6</b>	<b>33,6</b>	<b>10,4</b>	<b>11,7 ↘</b>	2,9	<b>22,4 ↘</b>	6,6
Calabria	77,5	50,6	<b>28,7</b>	<b>8,2</b>	<b>9,8</b>	2,2	<b>19,0</b>	<b>4,2</b>
<b>Italia insulare</b>	<b>74,9</b>	<b>42,1 ↘</b>	<b>33,7</b>	<b>10,8</b>	<b>11,7</b>	<b>2,3</b>	<b>19,2</b>	<b>3,8</b>
Sicilia	<b>72,9</b>	<b>41,0</b>	<b>28,7</b>	<b>9,5</b>	<b>8,1</b>	<b>2,0</b>	<b>15,1</b>	<b>3,3</b>
Sardegna	80,6	<b>45,3</b>	<b>48,4</b>	14,8	<b>22,5</b>	3,2	<b>31,3</b>	<b>5,0</b>
<b>Italia</b>	<b>78,8</b>	<b>52,1 ↘</b>	<b>38,5 ↗</b>	<b>16,0 ↗</b>	<b>12,2 ↘</b>	<b>3,2</b>	<b>23,9 ↘</b>	<b>6,9</b>

Valore minimo nazionale

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

Valore massimo nazionale

↘ Riduzione statisticamente significativa tra 2010 e 2011

↗ Incremento statisticamente significativo tra 2010 e 2011

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

## Valle d'Aosta

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche è rimasta stabile rispetto all'ultima rilevazione, mentre la percentuale delle donne risulta, anche nel 2011, superiore al dato medio nazionale. Analizzando nel dettaglio le tipologie di bevande alcoliche consumate si registrano valori al di sopra della media nazionale di consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici per entrambi i sessi, e delle consumatrici di amari solo tra le donne. Per tutti e tre gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio e per entrambi i sessi, si registrano valori al di sopra del dato medio nazionale, ad eccezione delle donne *binge drinker*. Si osserva infine, un incremento statisticamente significativo dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto di sesso maschile rispetto alla rilevazione del 2010.

## Lombardia

La percentuale di consumatrici di bevande alcoliche (57,3%) risulta superiore al dato medio nazionale (52,1%). In particolare, risultano superiori al dato nazionale le consumatrici di vino, aperitivi alcolici e super alcolici. Per entrambi i sessi si registra un valore superiore alla media nazionale di individui che consumano bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 45,3%; F: 21,7%), e delle donne con consumo a rischio secondo il criterio stabilito dall'ISS (9,0%).

## Liguria

Per entrambi i sessi il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche è in linea con il dato medio nazionale. La prevalenza delle consumatrici di vino risulta essere l'unico dato al di sopra della media nazionale. La percentuale di consumatori di amari risulta inferiore al dato medio nazionale per entrambi i sessi e la percentuale di consumatori di birra per il solo sesso maschile. Tra gli uomini risultano inferiori al dato medio nazionale le prevalenze di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto e dei consumatori *binge drinking*.

## Italia nord-orientale

Nel 2011 la percentuale di consumatrici di bevande alcoliche è superiore alla media nazionale; nel corso dell'ultimo anno non si registra una variazione significativa in entrambe i generi. Nel dettaglio, tra il 2010 e il 2011, risultano aumentate le percentuali di consumatori di aperitivi alcolici (+3,7 punti percentuali), di amari (+4,2 punti percentuali), e delle consumatrici di super alcolici (+2,4 punti percentuali). Nel 2011, per i consumatori risultano superiori alla media nazionale le percentuali di bevitori fuori pasto, dei consumatori a rischio e dei *binge drinker*, (che risultano tuttavia diminuiti rispetto alla precedente rilevazione) e il valore dei consumatori fuori pasto, che risulta essere il più elevato d'Italia. Per le donne risultano aumentate di 2,8 punti percentuali le percentuali delle consumatrici fuori pasto.

## Provincia Autonoma di Bolzano

Le consumatrici di bevande alcoliche risultano superiori alla media nazionale: le prevalenze delle consumatrici di aperitivi alcolici, amari e super alcolici presentano i valori in assoluto più elevati di tutte le regioni; anche la prevalenza delle consumatrici di vino risulta più elevata del

valore medio nazionale. I consumatori di sesso maschile di birra, super alcolici e aperitivi alcolici, presentano valori superiori alla media nazionale e in particolare i consumatori di aperitivi alcolici sono aumentati rispetto alla rilevazione del 2010, mentre inferiori al dato medio nazionale gli uomini consumatori di amari. Gli indicatori di rischio considerati risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi. Tra le donne, si rileva il dato più elevato in Italia di consumatrici fuori pasto (38,0%); tra gli uomini infine si registra un aumento dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto rispetto alla precedente rilevazione.

## **Provincia Autonoma di Trento**

Gli indicatori relativi al consumo di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici per entrambi i sessi sono in linea con la media nazionale, mentre per gli amari risultano inferiore al dato medio nazionale; tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio per gli uomini risultano statisticamente superiori al dato medio nazionale, sebbene il valore dei consumatori a rischio risulti diminuito di 5,4 punti percentuali rispetto al 2010; tra le donne invece risulta superiore alla media la prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche fuori pasto.

## **Veneto**

La prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche è superiore al dato medio nazionale così come la prevalenza di consumatrici di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici; tra gli uomini, la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici risulta superiore al dato medio nazionale, mentre quella dei consumatori di amari è statisticamente inferiore alla media nazionale. Gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per gli uomini mentre tra le donne l'unico valore superiore alla media nazionale si registra per le consumatori di bevande alcoliche fuori pasto.

## **Friuli-Venezia Giulia**

La prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche è superiore al dato medio nazionale, così come quella delle consumatrici di vino aperitivi alcolici e super alcolici. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di birra risulta superiore alla media nazionale mentre quella dei consumatori di amari più bassa. Gli indicatori di rischio considerati risultano tutti al di sopra dei valori medi nazionali per entrambi i sessi.

## **Emilia Romagna**

La prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche è superiore al dato medio nazionale, così come quella delle consumatrici di vino, di birra e super alcolici, quest'ultimo indicatore risulta anche aumentato rispetto alla rilevazione del 2010; tra gli uomini risultano inferiore al dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di birra e amari sebbene questi ultimi sono aumentati rispetto alla precedente rilevazione insieme ai consumatori di aperitivi alcolici. La prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche fuori pasto risulta superiore alla media nazionale e aumentato rispetto al 2010 di 4,3 punti percentuali; tra gli uomini risulta invece inferiore al dato medio nazionale la prevalenza di *binge drinker* come già rilevato nella precedente rilevazione.

## Italia centrale

Le percentuali di consumatori di bevande alcoliche e delle singole bevande considerate sono rimaste pressoché stabili nel corso dell'ultimo anno per entrambi i sessi, ad eccezione della prevalenza dei consumatori di amari tra gli uomini che è aumentata rispetto al 2010. Sono aumentate le percentuali di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto sia tra gli uomini che tra le donne (rispettivamente di 2,9 e 2,4 punti percentuali) nonostante il dato risulti inferiore alla media nazionale per il genere maschile così come inferiori sono i *binge drinker*.

## Toscana

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è in linea con il dato medio nazionale e per le sole donne si registra una riduzione pari a 5,8 punti percentuali rispetto al 2010. Tra gli uomini la percentuale di consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e super alcolici è inferiore al dato medio nazionale, mentre la prevalenza di consumatrici di vino risulta superiore. Si rileva inoltre che il valore relativo alle consumatrici di amari e super alcolici risulta inferiore alla media nazionale ed è altresì da rilevare che la prevalenza delle consumatrici di birra è diminuita rispetto al 2010. Tutti gli indicatori di rischio considerati tra le donne risultano in linea con i valori medi nazionali; tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto risulta inferiore alla media nazionale così come la prevalenza di consumatori *binge drinking* che risulta anche diminuita rispetto alla precedente rilevazione.

## Umbria

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica così come le prevalenze dei consumatori di vino, aperitivi alcolici risultano in linea con il dato medio nazionale per entrambi i sessi e super alcolici e amari per i solo uomini. Si registra un incremento dei consumatori di birra tra gli uomini mentre tra le donne il valore risulta inferiore alla media nazionale. Gli indicatori relativi al *binge drinking* e al consumo di bevande alcoliche fuori pasto risultano inferiori al dato medio nazionale solo tra gli uomini.

## Marche

La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche risulta inferiore alla media nazionale tra gli uomini, in linea con il dato medio tra le donne. La prevalenza dei consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e super alcolici è inferiore alla media nazionale tra gli uomini, mentre tra le donne si registra un valore superiore alla media italiana per le consumatrici di vino. Tutti gli altri indicatori sono in media con il dato nazionale, ad eccezione dei consumatori fuori pasto e *binge drinking* tra gli uomini che risultano inferiori al dato medio nazionale.

## Lazio

Nonostante la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche risulti in linea con il dato medio nazionale per entrambi i sessi, si registrano valori statisticamente superiori a quello medio dei consumatori di aperitivi alcolici, super alcolici e amari (questi ultimi aumentati rispetto al 2010) e delle consumatrici di birra e super alcolici. Tutti gli indicatori di rischio

considerati risultano tuttavia in media con il dato nazionale per entrambi i sessi e l'unico incremento rispetto al 2010 si registra tra i consumatori fuori pasto di sesso maschile.

## **Abruzzo**

Per gli uomini, risultano al di sopra del dato medio nazionale la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche, dei consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e super alcolici; tra le donne invece la prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche risulta inferiore alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di vino. Rispetto alla rilevazione del 2010 diminuiscono le consumatrici di aperitivi alcolici e aumentano quelle di super alcolici. Tra gli uomini tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio risultano superiori al dato medio nazionale mentre tra le donne, il valore relativo alle consumatrici fuori pasto e quello relativo alle consumatrici a rischio secondo il criterio ISS è inferiore al dato medio nazionale.

## **Molise**

La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche, di birra, amari, aperitivi alcolici e super alcolici per gli uomini risulta al di sopra del dato medio nazionale; tra le donne si registra una situazione opposta con l'indicatore relativo al consumo di bevande alcoliche, così come quello relativo al consumo di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici inferiori al dato medio nazionale. Tra gli uomini si registra un valore superiore alla media nazionale di consumatori di bevande alcoliche fuori pasto, di *binge drinker* e di consumatori a rischio ISS nonostante una diminuzione statisticamente significativa del valore degli ultimi due indicatori nel corso dell'ultimo anno. Tra le donne, la percentuale di consumatrici di bevande alcoliche fuori pasto è invece inferiore alla media nazionale.

## **Italia meridionale**

La percentuale di consumatori di bevande alcoliche è rimasta pressoché stabile nel 2011. La prevalenza di consumatrici di bevande alcoliche è inferiore alla media nazionale; tra gli uomini la prevalenza di amari è aumentata nel corso degli ultimi 3 anni e assume il valore più elevato del resto delle ripartizioni italiane. La prevalenza dei consumatori di super alcolici è inferiore alla media nazionale, stazionaria tra le donne sebbene aumentata rispetto al 2010. Tutti gli indicatori dei comportamenti a rischio tra gli uomini sono inferiori alla media nazionale; la prevalenza dei consumatori fuori pasto è la più bassa in Italia mentre quelle dei *binge drinkers* e dei consumatori a rischio risultano diminuite rispetto alla precedente rilevazione. Tra le donne gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio risultano in linea con il dato nazionale.

## **Campania**

La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche risulta inferiore alla media nazionale sebbene la prevalenza dei consumatori di amari risulti superiore alla media per entrambi i sessi. Tra gli uomini sono aumentati rispetto al 2010 la percentuale di consumatori di aperitivi alcolici, amari e super alcolici mentre tra le donne è aumentata la percentuale di consumatrici di vino. 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.

## Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta inferiore alla media nazionale tra le donne, in linea con il valore medio tra gli uomini. Per entrambi i sessi si registrano valori inferiori alla media dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici, superiori alla media nazionale la percentuale di consumatori di amari. Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio risultano, per entrambi i sessi, al di sotto dei valori medi nazionali e tra gli uomini la prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS risulta diminuita rispetto alla precedente rilevazione.

## Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è inferiore alla media nazionale tra le donne e in linea con la media nazionale tra gli uomini. Tra le donne risultano inferiori alla media nazionale le consumatrici di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici, tra gli uomini i consumatori di super alcolici. Tra gli uomini risultano aumentati rispetto al 2010 i consumatori di amari. Gli indicatori relativi al consumo fuori pasto risultano al di sotto dei valori medi nazionali per entrambi i generi; tra gli uomini sono diminuiti i *binge drinker* e i consumatori a rischio (criterio ISS).

## Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica risulta in linea con il dato medio nazionale, tuttavia risultano superiori alla media gli indicatori relativi ai consumatori di birra e amari. Tra gli uomini si registra una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici. Tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio risultano inferiori alla media nazionale ad eccezione delle consumatrici *binge drinker* che rimangono allineate con la media nazionale.

## Italia insulare

Per entrambi i sessi risultano i valori più bassi di consumatori di almeno una bevanda alcolica in Italia. L'unico indicatore superiore alla media nazionale è quello dei consumatori di amari tra gli uomini. Diminuiscono, rispetto al 2010, le consumatrici di almeno una bevanda alcolica e di birra. Tutti gli indicatori dei comportamenti a rischio sono in linea con la media nazionale ad eccezione del consumo fuori pasto e a rischio tra gli uomini al di sotto della media.

## Sicilia

Per entrambi i sessi si registrano valori più bassi sia degli indicatori relativi alle bevande consumate che quelli relativi ai diversi comportamenti a rischio ad eccezione della prevalenza dei consumatori di amari che risulta al di sopra della media nazionale tra gli uomini e in linea con la media nazionale tra le donne.

## Sardegna

Tra gli uomini, risultano in linea con il dato medio nazionale i consumatori di almeno una bevanda alcolica, di vino, di aperitivi alcolici, superiori alla media i consumatori di birra e amari, con un incremento di quest'ultimo pari a 5,7 punti percentuali; superiori alla media nazionale tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio. Tra le donne sono inferiori al dato medio nazionale la percentuale delle consumatrici di almeno una bevanda alcolica, quello delle consumatrici di vino, di birra di aperitivi alcolici mentre risulta superiore alla media nazionale la prevalenza delle consumatrici di amari; si registra infine un valore in linea con la media nazionale delle consumatrici di bevande fuori pasto e delle consumatrici *binge drinking* e in valore inferiore alla media delle consumatrici a rischio per il criterio stabilito dall'ISS.

## CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

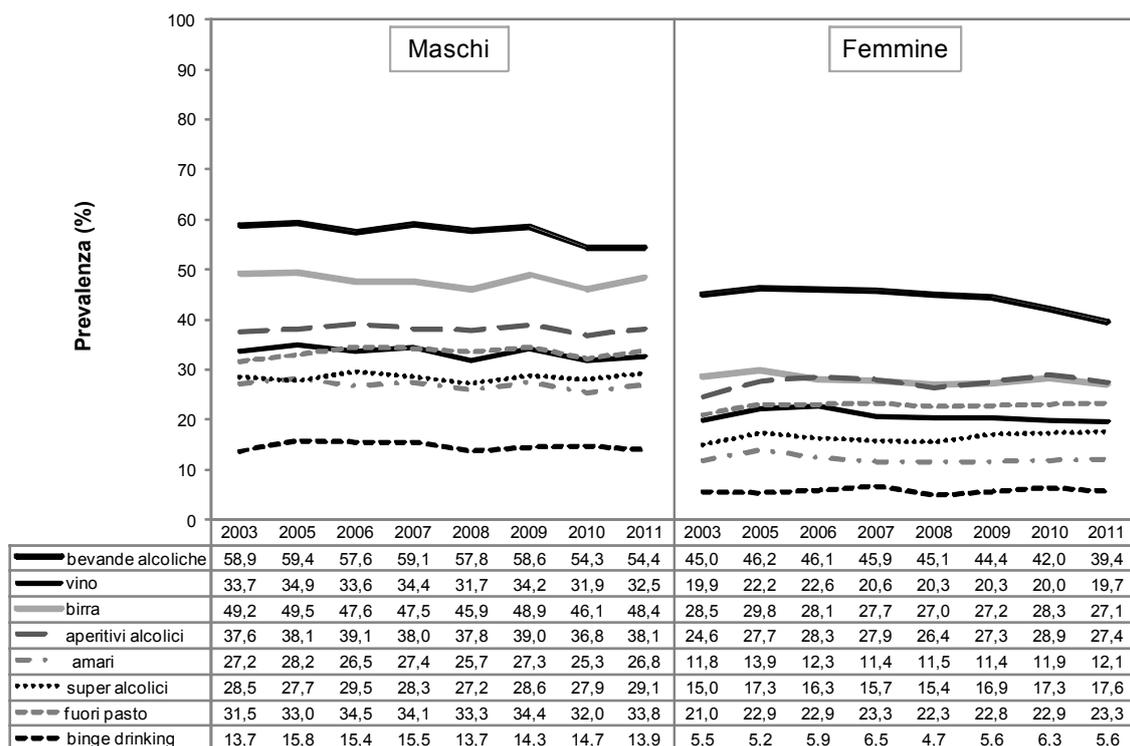
Nel 2011, il 54,4% dei ragazzi e il 39,4% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; tra i ragazzi si mantiene pressoché stabile il valore rispetto alla precedente rilevazione confermando la riduzione registrata rispetto agli anni 2003-2009; anche tra le ragazze risulta significativa la flessione delle consumatrici rispetto agli ultimi anni sebbene la diminuzione non risulti significativa rispetto nell'ultimo anno (15).

Non si registrano variazioni statisticamente significative delle prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici né tra i ragazzi né tra le ragazze.

Tra i ragazzi, circa un ragazzo su due ha dichiarato di aver consumato birra nel corso dell'anno (48,4%) ed è la prevalenza più elevata rispetto a tutte le bevande alcoliche considerate (aperitivi alcolici 38,1%, vino 32,5%, amari 26,8%, super alcolici 29,1%).

Tra le ragazze, le prevalenze più elevate si registrano tra le consumatrici di birra e aperitivi alcolici (27,1% e 27,4% rispettivamente) seguite dalle consumatrici di vino e superalcolici (19,7% e 17,6%); il valore più basso si registra, tra le consumatrici, per gli amari pari a 12,1%.

Circa un ragazzo su tre e una ragazza su quattro ha dichiarato di aver consumato bevande alcoliche lontano dai pasti nel corso dell'anno; le percentuali risultano più basse tra coloro che hanno dichiarato di aver praticato il *binge drinking* (M: 13,9%; F: 5,6%) (Figura 18).



**Figura 18. Prevalenze (%) consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* per genere (età 11-25 anni) (2003, 2005-2011)**

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

Nel complesso si registra che nel 2011 i consumatori a rischio identificati secondo il criterio ISS sono stati oltre 1.200.000, pari al 18,5% dei ragazzi e all'8,6% delle ragazze senza differenze significative rispetto agli ultimi 3 anni (Tabella 3).

**Tabella 3. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per tipologia di consumo e genere, 2011**

Tipologia di consumo	11-15*		16-20		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	14,0	9,7	66,1	47,5	80,5	58,0	54,4	39,4
Consumatori di vino	6,0	3,5	37,2	19,9	52,8	33,8	32,5	19,7
Consumatori di birra	10,6	6,8	58,5	32,4	73,7	39,9	48,4	27,1
Consumatori di aperitivi alcolici	5,8	4,6	46,3	33,8	60,4	41,6	38,1	27,4
Consumatori di amari	3,4	2,0	28,1	11,8	47,4	21,3	26,8	12,1
Consumatori di super alcolici	2,6	2,0	34,2	22,7	48,9	26,7	29,1	17,6
Consumatori di alcolici fuori pasto	4,7	4,1	41,9	29,9	52,9	34,0	33,8	23,3
Consumatori <i>binge drinking</i>	1,8	1,1	16,5	6,8	22,6	8,5	13,9	5,6
Consumatori a rischio-criterio ISS	14,0	9,7	17,6	7,2	23,8	9,0	18,5	8,6

\* Non esiste una differenza statisticamente significativa di genere nella classe di età 11-15 anni.

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, classe in cui ci si aspetterebbe di non rilevare alcun tipo di consumo di bevande alcoliche) l'11,9% dei ragazzi (M: 14,0%; F: 9,7%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Rispetto alle precedenti rilevazioni si registra una riduzione significativa dei consumatori rispetto agli anni 2003-2009 per entrambi i sessi. Tra i ragazzi, il 6% dichiara di aver bevuto vino, il 10,6% birra, il 5,8% aperitivi alcolici, il 3,4% amari e il 2,6% superalcolici e i valori non risultano statisticamente diversi rispetto alle coetanee della stessa fascia di età per nessuna bevanda (vino 3,5%; birra 6,8%; aperitivi alcolici 4,6%; amari 2%; superalcolici 2%). La prevalenza dei consumatori di birra di sesso maschile risulta essere la più elevata tra le bevande alcoliche considerate; tra le ragazze non si registrano invece variazioni significative tra le diverse bevande alcoliche. I giovani di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 4,4% (M: 4,7%; F: 4,1%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono 1,5% (M: 1,8%; F: 1,1%). In totale si stima quindi che gli adolescenti al di sotto dell'età legale (16 anni) per i quali gli organismi di sanità pubblica consigliano l'astensione da qualsiasi tipo di consumo, sono stati nel 2011 oltre 338.000 (senza differenze di genere) e sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS), corrispondono al 14,0% dei maschi e al 9,7% delle femmine (vedi Tabella 3).

È da segnalare che, in virtù dell'introduzione del divieto di vendita (implicitamente di consumo) di alcolici ai minori di anni 18 una stima reale dei giovani da considerare a rischio al di sotto della nuova età minima legale è ovviamente più ampia; i dati riferiti a tale categoria sono da considerarsi, pertanto, almeno per quest'anno, sottostimati e si provvederà l'anno prossimo a modificare i gruppi di età giovanile coerentemente.

## Consumatori di 16-20 anni

Nella classe di età adolescenziale (16-20 anni), il 57,2% degli intervistati (M: 66,1%; F: 47,5%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2011; si conferma per entrambi i sessi la diminuzione riscontrata rispetto agli anni 2003-2009 sebbene non si rilevino variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione. Le prevalenze dei consumatori di bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno risultano superiori a quelle rilevate per le coetanee della stessa classe di età. Tra i ragazzi la prevalenza più elevata si registra tra coloro che consumano birra (58,5%) seguiti da quelli che consumano aperitivi alcolici (46,3%), vino (37,2%), superalcolici (34,2%), amari (28,1%). Tra le ragazze i valori più elevati si registrano, tra le consumatrici di aperitivi alcolici (33,8%) e di birra (32,4%), seguite da superalcolici (22,7%) e vino (19,9%), mentre il valore più basso si registra per le consumatrici di amari (11,8%). Le percentuali dei consumatori di alcolici di sesso maschile sono superiori a quelle delle coetanee per ogni bevanda considerate, e non si registrano differenze significative rispetto alle precedenti rilevazioni tra i giovani di entrambi i sessi.

Il 41,9% dei ragazzi e il 29,9% delle ragazze hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2011 sono stati il 16,5% e il 6,8% rispettivamente; per entrambe queste tipologie di consumo non si registrano variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni. In totale si stima che nell'anno 2011 sono stati oltre 380.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS (circa 276.000 maschi e 104.000 femmine), pari al 17,6% e 7,2% rispettivamente dei 16-20enni (*vedi* Tabella 3).

## Consumatori di 21-25 anni

Nella classe di età 21-25 anni, il 69,3% degli intervistati (M: 80,5%; F: 58,0%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2011 e rispetto alle precedenti rilevazioni non si registrano variazioni statisticamente significative in entrambi i sessi. La prevalenza dei consumatori di birra tra i ragazzi risulta più elevata di quella di tutte le altre bevande (73,7%), seguita dalla prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (60,4%) e infine da quella di amari, vino e super alcolici. Come nella classe di età 16-20 anni la prevalenza dei consumatori di tutte le bevande alcoliche considerate è più elevata di quella delle coetanee.

I 21-25enni che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 43,5% con una grande differenza di genere (M: 52,9%; F: 34,0%) e senza variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni; quelli che invece si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno 2011 sono stati il 15,6% (M: 22,6%; F: 8,5%).

In totale nell'anno 2011 hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute il 23,8% dei maschi e il 9,0% delle femmine 21-25enni per un totale di circa 510.000 giovani (*vedi* Tabella 3).

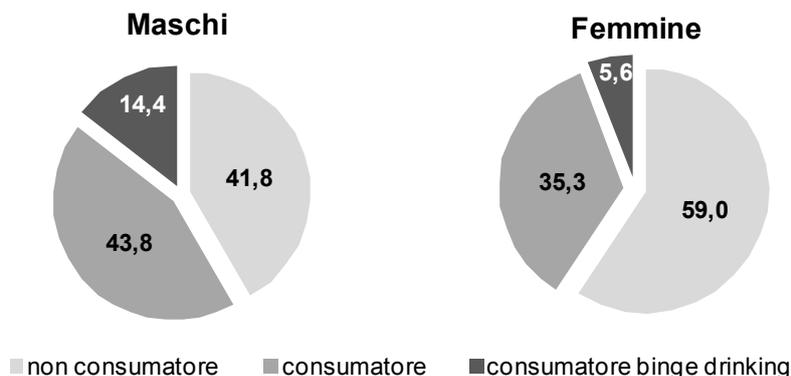
## Sicurezza stradale tra i giovani

Le norme italiane in merito alla guida in stato di ebbrezza sono molto severe e sono state modificate nel corso degli ultimi anni, soprattutto per i più giovani. Il reato è punito con diverse sanzioni a seconda del tasso alcolemico del conducente riscontrato al momento del fermo. La

legge stabilisce attualmente il limite di 0,5 grammi/litro di alcol nel sangue; nel nuovo codice della strada approvato nel 2010 (17), è stata introdotta la tolleranza zero (ossia il divieto ad assumere un qualsiasi quantitativo di alcol) per i conducenti con meno di 21 anni, per i neopatentati che hanno la patente da meno di 3 anni e per i conducenti professionali o di autoveicoli con patente C, D, E. Il limite alcolemico di 0,5 grammi/litro, adottato dalla maggior parte dei Paesi europei viene talvolta ritenuto troppo basso e criticato dai conducenti, ma bisogna tenere presente che numerosi studi hanno dimostrato che basta una piccola percentuale di alcol nel sangue per alterare il sistema nervoso, rallentare i riflessi, ridurre il campo visivo e la capacità di percepire gli stimoli.

In Italia l'età minima per guidare ciclomotori e quadricicli leggeri è 14 anni e sale a 16 per motoveicoli di cilindrata fino a 125 cm<sup>3</sup> e 11 kW, mentre è possibile guidare autoveicoli solo a partire dall'età di 18 anni; l'ONA-CNESPS, elaborando i dati che l'ISTAT mette a disposizione sulla popolazione residente nei Comuni italiani e i dati dell'indagine Multiscopo sulle famiglie-Aspetti della vita quotidiana (5), stima quindi che il divieto di consumo di bevande alcoliche prima di mettersi alla guida riguardi in Italia circa 4.760.000 giovani di età 14-21 anni.

Analizzando le abitudini di consumo alcolico dei giovani (Figura 19) si registra che il 41,8% dei ragazzi e il 59,0% delle ragazze non hanno consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno 2011 e quindi non risultano esposti ad alcun rischio di guidare ciclomotori o autovetture, e incorrere in sanzioni amministrative.



**Figura 19. Distribuzione (%) dei giovani di età 14-21 anni per abitudini di consumo alcolico e genere (2011)**

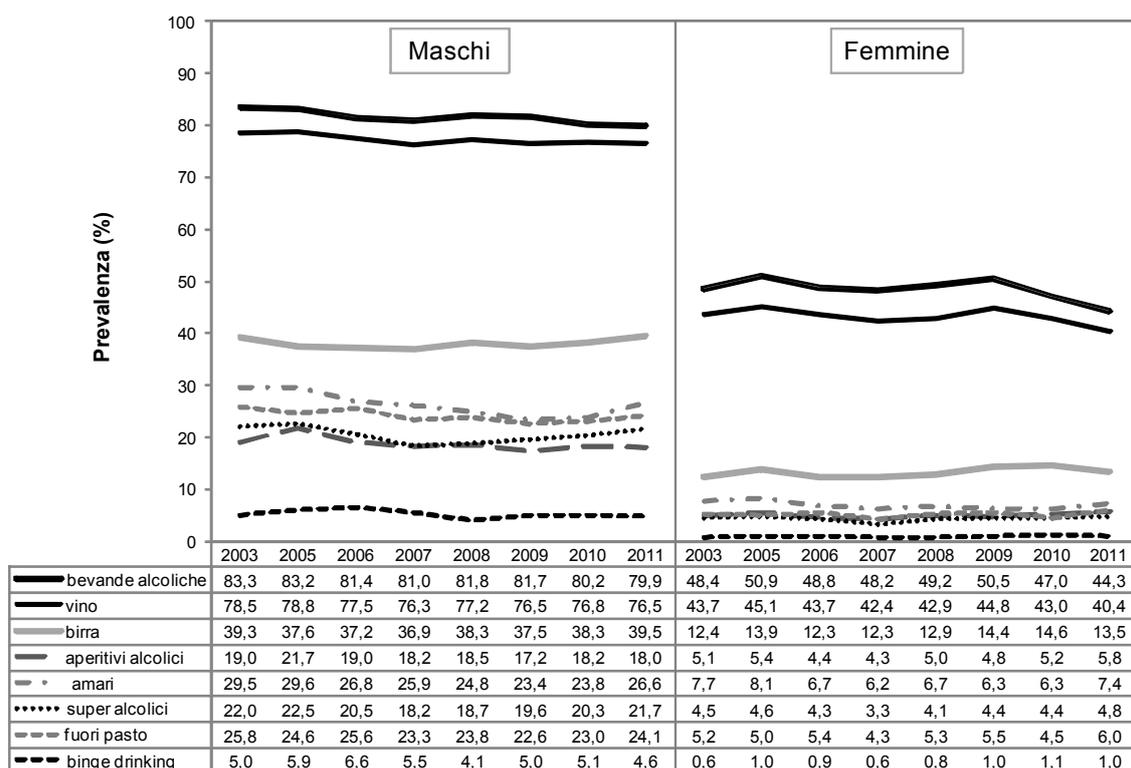
Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il 43,8 dei giovani e il 35,3% delle loro coetanee hanno invece dichiarato di aver consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno; un ulteriore 14,4% degli uomini e 5,6% delle donne hanno inoltre dichiarato di aver consumato oltre 6 UA in una singola occasione. Sulla base di quanto dichiarato dai giovani nel 2011 si evince quindi che circa 1.400.000 ragazzi e 950.000 ragazze 14-21enni sono da considerarsi potenzialmente esposti, nel caso in cui si ponessero alla guida, non soltanto ad un rischio legato alla salute per se stessi e verso terzi (incidentalità stradale, disturbo della quiete notturna, aggressività, lesioni, etc.) ma anche ad incorrere nelle nuove sanzioni amministrative introdotte nel codice della strada con la Legge 120 del 2010, sulle disposizioni in materia di sicurezza stradale (17). Questa valutazione, pur ipotetica, fornisce la misura della necessità di interventi di sensibilizzazione e prevenzione mirati ai giovani come quelli che da anni l'ONA-CNESPS, svolge in collaborazione con il Ministero della Salute ai sensi della Legge 125/2001 (legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati) (18).

## CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

Negli anziani il consumo rischioso di alcol non sempre viene correttamente identificato e spesso anche gli stessi medici di base non sono sufficientemente sensibilizzati a porre la necessaria attenzione nel cogliere i segnali legati agli effetti dell'alcol causati dalla più elevata vulnerabilità rispetto all'alcol di questa fascia di popolazione. Con l'età, infatti, a causa di un mutamento fisiologico e metabolico dell'organismo, la sensibilità agli effetti dell'alcol aumenta e, a parità di alcol ingerito, il tasso alcolemico risulta più elevato e gli effetti sono più marcati rispetto a quelli registrati nella popolazione adulta. Problemi di equilibrio, rischio di cadute e fratture, oltre all'interferenza con numerosi farmaci assunti dalle persone anziane, suggeriscono quindi la necessità di un consumo per non incorrere in rischi per la salute, ossia di un consumo che le Linee Guida dell'INRAN (12), in accordo con le indicazioni della WHO e della SIA, identificano in un massimo di 12 g di alcol al giorno, pari ad 1 Unità Alcolica (330 mL di birra, 125 mL di vino, o 40 mL di un superalcolico) senza distinzioni tra uomini e donne, salvo controindicazioni molto frequenti per questa classe di età.

Nel 2011 il 59,4% degli ultra-65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica con una marcata differenza di genere (M: 79,9%; F: 44,3%) (Figura 20).



**Figura 20. Prevalenze (%) consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* per genere (età ≥65 anni) (2003, 2005-2011)**

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

Tra gli uomini il valore è rimasto pressoché stabile rispetto agli ultimi anni, mentre tra le donne, per il secondo anno consecutivo, si registra una diminuzione della prevalenza (-2,7 punti percentuali rispetto al 2010). Non si evidenziano, indipendentemente dal genere, differenze statisticamente significative rispetto agli ultimi anni tra i consumatori delle singole bevande alcoliche, sebbene una tendenza alla diminuzione si inizia a registrare tra le consumatrici di vino.

La prevalenza dei consumatori ultra  $\geq 65$  anni nel 2011 è stata massima per il vino (M:76,5%; F:40,4%) seguito dalla birra (M:39,5%; F:13,5%) per entrambi i sessi. Il 24,1% degli uomini e il 6,0% delle donne hanno dichiarato di aver bevuto alcolici lontano dai pasti, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso del 2011 sono stati il 4,6% ed l'1,0% rispettivamente; non si registrano variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni ad eccezione delle consumatrici di alcolici fuori pasto che sono aumentate rispetto al 2010 di 1,5 punti percentuali (7) (Figura 20).

In totale si stima che nell'anno 2011 sono stati oltre 2.940.000 gli ultra 65enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS, di cui 2.180.000 uomini e 760.000 donne, pari al 43,0% e 10,9% rispettivamente (Tabella 4).

**Tabella 4. Prevalenza consumatori (%) di età  $\geq 65$  anni per tipologia di consumo e genere (2011)**

Tipologia di consumo	65-74		75-84		$\geq 85$		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	82,7	49,0	77,8	41,0	69,4	37,1	79,9	44,3
Consumatori di vino	79,2	43,9	74,1	38,0	68,8	35,1	76,5	40,4
Consumatori di birra	47,6	18,5	31,0	9,7	20,8	6,4	39,5	13,5
Consumatori di aperitivi alcolici	22,6	8,1	13,8	4,1	5,2	2,2*	18,0	5,8
Consumatori di amari	30,8	9,9	23,9	5,6	10,8	3,4	26,6	7,4
Consumatori di super alcolici	27,4	6,4	15,6	3,2	8,9	3,3*	21,7	4,8
Consumatori di alcolici fuori pasto	27,8	7,5	20,6	5,0	13,7	3,8	24,1	6,0
Consumatori <i>binge drinking</i>	6,0	1,1	3,5	0,9	nd	nd	4,6	1,0
Consumatori a rischio-criterio ISS	45,7	11,7	42,0	10,7	29,3	8,9	43,0	10,9

\* 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 - Aspetti della vita quotidiana. Anno 2011

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

Nella classe di età 65-74 anni, il 64,6% degli intervistati (M: 82,7%; F: 49,0%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno e per entrambi i sessi, si conferma nel corso degli ultimi 2 anni, la tendenza alla diminuzione della prevalenza. La percentuale più elevata di consumatori si registra tra coloro che bevono vino (M: 79,2%; F: 43,9%), seguita dai consumatori di birra (M: 47,6%; F: 18,5%) per entrambi i sessi; il 19,5% (M: 30,8%; F: 9,9%) dichiara invece di aver consumato amari, il 16,1% (M: 27,4%; F: 6,4%) superalcolici e il 14,9% (M: 22,6%; F: 8,1%) aperitivi alcolici. Per tutte le bevande considerate, le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (*vedi* Tabella 4).

Si registra una tendenza all'incremento della prevalenza dei consumatori di sesso maschile di super alcolici che risulta aumentata in maniera significativa rispetto al 2008 di 4,7 punti percentuali e in incremento della prevalenza dei consumatori di amari (maschi + femmine) di

2,4 punti percentuali nel corso dell'ultimo anno (19). Gli anziani di questa classe di età che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 16,9% (M: 27,8%; F: 7,5%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati il 3,3% (M: 6,0%; F: 1,1%). Si stima quindi, che nell'anno 2011 sono stati circa 1.700.000 gli "anziani giovani" che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS e che sono pari al 45,7% degli uomini e il 11,7% delle donne (*vedi* Tabella 4).

## Consumatori anziani "intermedi" (75-84 anni)

Nella classe di età 75-84 anni, il 56,1% degli intervistati (M: 77,8%; F: 41,0%) dichiara di aver bevuto almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Per le donne si conferma la tendenza alla diminuzione dei valori di prevalenza registrata nel corso degli ultimi anni, mentre per gli uomini il valore è rimasto pressoché stabile. Il 74,1% degli uomini e il 38,0% delle donne hanno dichiarato di aver bevuto vino, il 31% e il 9,7% birra, il 13,8% e 4,1% aperitivi alcolici, il 23,9% e 5,6% amari e il 15,6% e 3,2% superalcolici. Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevanda alcolica sono tutte minori tra le donne (Tabella 4). Per gli uomini, si registra nel corso degli ultimi 3 anni una tendenza all'aumento della prevalenza dei consumatori di amari, con un incremento significativo rispetto al 2009 pari a 5,9 punti percentuali; tra le donne viceversa si registra una tendenza alla diminuzione della prevalenza delle consumatrici di vino, con un decremento significativo rispetto al 2009 pari a 5,2 punti percentuali (20). Gli anziani 75-84enni che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 11,4% (M: 20,6%; F: 5,0%) senza differenze significative rispetto alla precedente rilevazione, mentre quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati in percentuale molto meno e pari al 3,5% dei maschi e allo 0,9% delle donne. In totale si stima che nell'anno 2011 sono stati oltre 1.020.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 42,0% degli uomini e il 10,7% delle donne appartenenti alla classe di età 75-84 anni (*vedi* Tabella 4).

## Consumatori ultra 85enni

La prevalenza di "grandi vecchi" ultra 85enni che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2011 è stata del 69,4% per gli uomini (che corrisponde anche al valore più basso rispetto a quello degli altri gruppi di anziani) e del 37,1% delle donne senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni. Analizzando le diverse bevande alcoliche, la prevalenza dei consumatori ultra 85enni nel 2011 è stata massima per il vino (M:68,8%; F:35,1%) per entrambi i sessi, seguito dalla birra, amari, super alcolici e aperitivi alcolici tra gli uomini. Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne. I "grandi vecchi" che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti sono stati il 6,8% (M: 13,7%; F: 3,8%) e quelli che si sono ubriacati almeno una volta nel corso dell'anno sono stati una percentuale minima, non quantificabile a livello statistico. In totale si stima che nell'anno 2011 sono stati circa 220.000 i "grandi vecchi" che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) pari al 29,3% degli uomini e il 8,9% delle donne (*vedi* Tabella 4).

## Prevenzione tra gli anziani: il progetto VINTAGE

Nell'ottica della prevenzione e della definizione di azioni per la salute pubblica con riferimento specifico alla fascia di età ultra 65enne, si è di recente concluso il progetto europeo VINTAGE – *Good health into older age*, finanziato nel 2009 dalla Commissione Europea nell'ambito del *Second Programme of Community Action in the Field of Health*, e coordinato dall'ONA-CNESPS dell'ISS. Le attività del progetto VINTAGE sono state rivolte a colmare le lacune sull'impatto sociale e sanitario associato al consumo dannoso di alcol negli anziani:

- fornendo la base di evidenza sul consumo dannoso di alcol, attraverso la revisione sistematica della letteratura scientifica sull'argomento;
- raccogliendo esempi pratici e concreti di progetti, programmi e buone pratiche volte a prevenire o ridurre il consumo dannoso di alcol negli anziani, attraverso un'indagine *ad hoc* in tutti i Paesi europei e la revisione della letteratura grigia;
- diffondendo i risultati più rilevanti ai responsabili dei programmi e delle politiche sull'alcol e a coloro che operano nel campo della salute e dell'assistenza agli anziani a livello europeo, nazionale o locale;

I risultati delle revisioni della letteratura scientifica sull'impatto del consumo di alcol sulla salute e sul benessere degli anziani (369 documenti analizzati e 78 articoli presi in esame come rilevanti) sono presentati nel rapporto *Alcohol and older people: a public health perspective* (21), in cui sono emerse le seguenti raccomandazioni:

1. sviluppare un sistema di monitoraggio epidemiologico dedicato;
2. finanziare la ricerca su alcol e anziani;
3. effettuare una prevenzione basata sull'evidenza e l'efficacia;
4. sviluppare linee guida specifiche;
5. formare dei professionisti sanitari;
6. identificare precocemente il consumo rischioso;
7. coordinare e integrare le politiche sociali e sanitarie per gli anziani.

I risultati dell'indagine (309 esperti contattati in oltre 40 Paesi europei) e della revisione della letteratura grigia (21 siti web utilizzati come fonte di informazione e 96 pubblicazioni rilevanti individuate) analizzati nel rapporto *Best practices on preventing the harmful use of alcohol amongst older people, including transition from work to retirement* (22) e raccolti in due banche dati (*Database on Best Practices* e *Grey literature Database* disponibili all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/vintage/outputs.asp>) hanno portato alle seguenti considerazioni:

1. il consumo di alcol negli anziani non è ancora percepito come obiettivo fondamentale della prevenzione in molte realtà europee;
2. il fatto che oltre il 50% delle iniziative raccolte siano classificabili come “progetti” indica il loro limite temporale e la mancanza di integrazione nel sistema come strategie di prevenzione permanente;
3. il fatto che la maggioranza delle iniziative abbiano come target specifico la popolazione anziana, dimostra un positivo e crescente interesse in questa fascia di popolazione con le sue particolari caratteristiche;
4. il fatto che alcune delle iniziative raccolte non preveda una valutazione specifica, suggerisce la scarsa consapevolezza dell'importanza della valutazione dell'efficacia e dell'impatto degli interventi intrapresi in alcuni contesti europei.

## ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

### Associazione Italiana Club Alcologici Territoriali

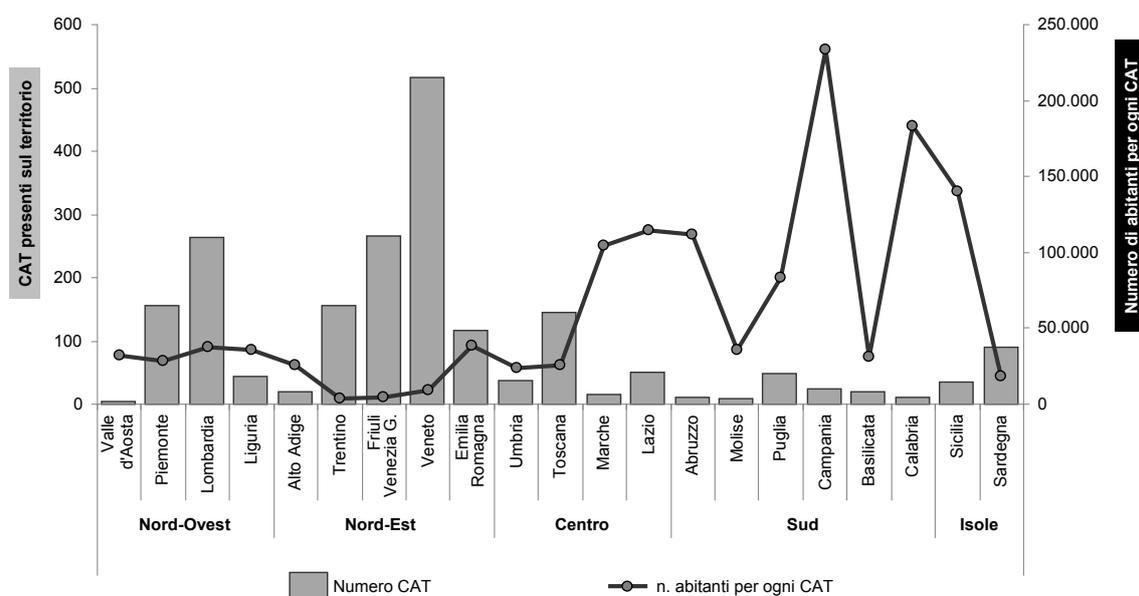
L'Associazione Italiana Club Alcologici Territoriali (AICAT) è un'associazione di volontariato senza scopo di lucro. Ha carattere apartitico, aconfessionale e interetnico e ne fanno parte le famiglie e i servitori-insegnanti, cioè i membri riconosciuti dei Club Alcologici Territoriali (CAT). I CAT si basano sulla pratica dell'auto/mutuo aiuto e sulla solidarietà tra le famiglie che hanno problemi alcol-correlati e complessi; fanno capo ad associazioni zionali (le ACAT) le quali a loro volta si riferiscono ad associazioni regionali (ARCAT) o provinciali (APCAT). Dall'anno 2000 il coordinamento dei Club effettua un'indagine mediante l'invio di una scheda-questionario con lo scopo di conoscere alcuni aspetti dell'attività delle ARCAT, delle ACAT, dei Club e dei servitori insegnanti nel territorio nazionale. Nel 2010 tutte le ARCAT hanno partecipato alla raccolta dati, ad eccezione di Liguria e Friuli-Venezia Giulia, nonostante l'elevata numerosità di CAT presenti in queste regioni (451 e 2.673 rispettivamente) (Tabella 5).

**Tabella 5. Distribuzione nazionale degli ARCAT, ACAT e Club sul territorio e rispondenza (%) all'indagine 2010**

Regione	Schede ARCAT	ACAT sul territorio	Schede ACAT compilate		CAT sul territorio	Schede CAT compilate	
	n.	n.	n.	%		n.	%
Valle d'Aosta	1	0	0	0,0	4	4	0,0
Piemonte	1	31	31	100,0	155	149	96,1
Lombardia	1	43	41	95,3	264	179	67,8
Liguria	0	8	0	0,0	451	0	0,0
<b>Nord-Ovest</b>	<b>3</b>	<b>82</b>	<b>72</b>	<b>87,8</b>	<b>468</b>	<b>332</b>	<b>70,9</b>
Alto Adige	1	2	2	100,0	20	18	90,0
Trentino	1	17	16	94,1	155	116	74,8
Veneto	1	452	44	9,7	516	449	87,0
Friuli-Venezia G.	0	21	0	0,0	2.673	0	0,0
Emilia Romagna	1	19	19	100,0	116	101	87,1
<b>Nord-Est</b>	<b>4</b>	<b>104</b>	<b>81</b>	<b>77,9</b>	<b>1.074</b>	<b>684</b>	<b>63,7</b>
Toscana	1	264	8	3,0	145	64	44,1
Umbria	1	5	2	40,0	38	15	39,5
Marche	1	0	0	0,0	15	14	0,0
Lazio	1	7	0	0,0	50	0	0,0
<b>Centro</b>	<b>4</b>	<b>38</b>	<b>10</b>	<b>26,3</b>	<b>248</b>	<b>93</b>	<b>37,5</b>
Abruzzo	1	4	1	25,0	12	6	50,0
Molise	1	0	0	0,0	9	9	0,0
Puglia	1	7	5	71,4	49	37	75,5
Campania	1	3	2	66,7	25	21	84,0
Basilicata	1	2	1	50,0	19	10	52,6
Calabria	1	2	1	50,0	11	6	54,5
<b>Sud</b>	<b>6</b>	<b>18</b>	<b>10</b>	<b>55,6</b>	<b>125</b>	<b>89</b>	<b>71,2</b>
Sicilia	1	3	3	100,0	36	31	86,1
Sardegna	1	85	6	7,1	90	28	31,1
<b>Isole</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>81,8</b>	<b>126</b>	<b>59</b>	<b>46,8</b>
<b>Italia</b>	<b>19</b>	<b>253</b>	<b>182</b>	<b>71,9</b>	<b>2.041</b>	<b>1.257</b>	<b>61,6</b>

A livello locale la scheda è stata compilata dal 71,9% delle 253 ACAT per un totale di 1.257 schede compilate dai 2.041 CAT presenti sul territorio (61,6%). La percentuale di compilazione per Club è stata superiore al dato medio in Piemonte (96,1%), Lombardia (67,8%), Alto Adige (90%), Trentino (74,8%), Veneto (87%), Emilia Romagna (87,1%), Puglia (75,5%), Campania (84%) e Sicilia (86,1%) ed è stata molto bassa in Sardegna (31,1%) e Umbria (39,5%) (vedi Tabella 5).

Il dato che più caratterizza la capillarità dei programmi territoriali è il numero di abitanti per ogni Club. La Figura 21 evidenzia una diversità territoriale sia in relazione alla diffusione dei CAT sul territorio nazionale, sia in relazione alla densità di popolazione afferente ai Club. Complessivamente nel Nord-Est (Friuli-Venezia Giulia, Veneto, provincia autonoma di Trento e Bolzano ed Emilia Romagna) si concentrano più della metà dei CAT italiani (1.074), con una densità molto bassa pari ad uno ogni 10.773 abitanti e con valori minimi registrati in Veneto (uno ogni 9.569 abitanti), Friuli-Venezia Giulia (uno ogni 4.628 abitanti) e Trentino (uno ogni 3.416 abitanti); viceversa in alcune regioni del Sud si registra una grossa difficoltà nella diffusione dei Club (125), con una conseguente densità per abitante superiore ai 100.000, che risulta massima in Campania (uno ogni 233.362 abitanti), Calabria (uno ogni 182.854 abitanti). Una elevata densità di popolazione per CAT si è osservata anche in Sicilia (uno ogni 140.308 abitanti), Lazio (uno ogni 114.574 abitanti) e Abruzzo (uno ogni 111.864 abitanti).



**Figura 21. Diffusione dei CAT nelle Regioni italiane (2010)**

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati BANCA DATI AICAT (2010)

Nel 2010 hanno frequentato i CAT 8,5 famiglie con una variabilità regionale che va dalle 5,5 famiglie nella Valle d'Aosta alle 12 famiglie in Umbria.

Nel 97% dei Club è presente la figura del servitore insegnante, che nel 6,5% dei casi dichiara di prestare servizio in due Club e nello 0,6% in più di due Club; questo dato evidenzia quindi la necessità di coinvolgere nei programmi nuovi Servitori Insegnanti. Nel 44,5% dei casi i servitori sono di sesso maschile ed hanno un'età media di 53,3 anni, dato che

evidenzia l'invecchiamento dei "servitori insegnanti (l'età media nel 2000 era di 45,2 anni). Il 20,8% dei servitori insegnanti ha un diploma di maturità e il 30,9% un diploma di laurea; nel 47,1% dei casi risulta occupato stabilmente e nel 31,9% dei casi è pensionato. Il grado di collaborazione con il servizio pubblico valutato dai servitori-insegnanti risulta diversificato a livello territoriale. Le regioni in cui si registra una maggiore difficoltà nella collaborazione con il servizio pubblico sono la Calabria (83%) seguita dalla Puglia (51%) mentre viene valutata in modo migliore in Abruzzo (83%), Trentino (70%) e Molise (63%) (23).

## **Alcolisti Anonimi**

Alcolisti Anonimi ([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 di smettere di bere.

Nell'anno 2011 è stato pubblicato un documento a cura del Comitato per l'Esterno dei Servizi Generali AA Alcolisti Anonimi Italia dal titolo "Alcolisti Anonimi allo specchio – Riflessioni a margine dell'indagine interna ad AA 2009". L'indagine, a cui hanno partecipato (in maniera spontanea e anonima, nel rispetto della privacy degli AA) 1410 membri di AA di tutta Italia (il 70% circa uomini e il 30% circa donne), è stata condotta al fine di ottenere informazioni sulla popolazione e sulla conformazione dei Gruppi AA in Italia e a far conoscere l'associazione (24).

## INIZIATIVE DI INFORMAZIONE E PREVENZIONE

L'ISS attraverso le competenze dell'ONA del CNESPS e del *WHO CC Alcohol and Alcohol Related Health Problems* ha collaborato con il Ministero della Salute alla realizzazione delle attività di comunicazione e sensibilizzazione sul consumo di alcol (Legge 125/2001) per informare la popolazione generale e i *target* identificati come più critici e sensibili, quali i giovani, per i quali è stata attivata la campagna di comunicazione sulla prevenzione dei rischi legati al consumo delle bevande alcoliche denominata *Campagna di comunicazione contro l'abuso di alcol e la guida "La vita è sempre una anche se hai bevuto"* (disponibile all'indirizzo <http://www.salute.gov.it/servizio/galleria.jsp?lang=italiano&id=1013&dad=s&men=campagne12&label=alcol2012>). L'ISS ha inoltre sviluppato materiali per la prevenzione (<http://www.epicentro.iss.it/alcol/materiali.asp>).

L'ONA-CNESPS in collaborazione a professionisti italiani e internazionali ha partecipato al progetto europeo PHEPA, e in precedenza ha elaborato lo standard formativo originale del "Programma di identificazione precoce e attuazione dell'intervento breve finalizzato alla prevenzione dell'abuso alcolico e del bere problematico" (11). Tale attività, che è stata successivamente acquisita dai progetti europei AMPHORA, ODHIN, BISTAIRS, nel corso del 2012 è proseguita a livello nazionale attraverso l'implementazione di programmi di formazione del personale socio-sanitario sulle tematiche alcol-correlate ai fini dell'integrazione nelle attività professionali quotidiane di procedure di identificazione precoce e intervento breve attraverso il programma di formazione IPIB ("Identificazione Precoce e per l'attuazione dell'Intervento Breve del consumo rischioso e dannoso di alcol finalizzato alla prevenzione") finanziato dal Dipartimento delle Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri secondo quanto stabilito dal Piano Nazionale Alcol e Salute all'obiettivo 8 "Aumentare la diffusione dei metodi e rendere disponibili gli strumenti per l'identificazione precoce del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione a rischio" e successivamente recepito dal Piano Nazionale Prevenzione (PNP) 2010-2012 (25).

L'ISS ha inoltre svolto, in collaborazione con il DPA e il MOIGE (Movimento Italiano Genitori Onlus), una campagna di informazione nelle scuole elementari per contrastare l'uso di sostanze psicoattive tra le quali l'alcol dal titolo "Elementare ma non troppo", che ha portato alla produzione di un libretto destinato ai genitori e docenti (26) e uno destinato ai ragazzi (27), contenente molti consigli e importanti informazioni sui motivi per cui dire di no alle droghe e per far conoscere i rischi legati al consumo di alcol.

## PIANO DI AZIONE EUROPEO PER RIDURRE IL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL 2012-2020

Nel corso della 61<sup>a</sup> Sessione del Comitato Regionale della WHO tenutasi a Baku, Azerbaigian, dal 12 al 15 settembre 2011, i 53 Paesi della Regione Europea della WHO hanno approvato la Risoluzione EUR/RC61/R4 con cui viene adottato un nuovo Piano di Azione Europeo (28) per la riduzione del consumo dannoso di alcol per gli anni 2012-2020.

Attraverso la risoluzione si chiede agli Stati Membri di promuovere e sostenere politiche e interventi basati sulle evidenze per prevenire o ridurre le malattie correlate con un consumo dannoso di bevande alcoliche. La risoluzione ha l'obiettivo di coinvolgere tutti i livelli di governo e i settori legati alle problematiche alcol-correlate, tra cui la comunità, la società civile e il settore privato, al fine di promuovere azioni in vari contesti tra cui i luoghi di lavoro, i mezzi di trasporto pubblico, gli ambienti dedicati a giovani e adolescenti e alle donne in gravidanza.

Il piano d'azione è strettamente legato ai 10 ambiti di intervento della strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol adottata dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel maggio 2010. Per ciascuno degli ambiti di intervento individuati si raccomandano un insieme di opzioni politiche e misure da adottare, mantenendo a livello nazionale, il contesto religioso e culturale, le priorità nazionali di salute pubblica, le risorse, le capacità e le funzionalità.

Gli ambiti di intervento possono essere identificati in:

- *leadership*, consapevolezza e impegno;
- risposta dei servizi sanitari;
- azione nella comunità e nei luoghi di lavoro;
- politiche e misure di contrasto su alcol e guida;
- disponibilità dell'alcol;
- marketing delle bevande alcoliche;
- politiche dei prezzi;
- riduzione delle conseguenze negative del bere e dell'intossicazione alcolica;
- riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol illegale e dell'alcol prodotto informalmente;
- monitoraggio e sorveglianza.

Per ogni area di intervento sono indicati la descrizione dell'azione, i risultati previsti, gli indicatori utili per la valutazione, il contesto di riferimento, le strategie da adottare e le possibilità d'azione.

## CONCLUSIONI

L'alcol, sulla base di numerose evidenze e delle recenti valutazioni pubblicate a livello internazionale dall'ONA-CNESPS, rientra tra le prime dieci priorità di intervento in Italia. Il fenomeno del "bere per ubriacarsi" tra i minori, l'avvio precoce al consumo di alcol e l'incremento dei consumi fuori pasto sono le variabili più caratterizzanti le tendenze degli ultimi 10 anni. L'uso dell'alcol, inteso letteralmente come utilizzazione della sostanza psicoattiva legale più disponibile e a più basso costo, droga-ponte favorente l'uso di droghe illegali, tra cui principalmente la cannabis, è un fenomeno non marginale ed emergente in tutte le rilevazioni e le statistiche ufficiali, nelle relazioni annuali sull'alcol trasmesse dal Ministro della Salute al Parlamento (29-30) e in quelle sulle tossicodipendenze della Presidenza del Consiglio (31-32). L'abbassamento progressivo e costante dell'età media di avvio al consumo di alcol (11-12 anni la più bassa in Europa) e la consolidata evidenza di oltre 300 mila minori di 11-15 anni di età, di cui due terzi maschi, che usano l'alcol secondo modalità rischiose e dannose, impongono l'attivazione di rinnovate iniziative di informazione e sensibilizzazione a partire dalla prima scolarizzazione a preludio di quelle di intercettazione precoce del rischio più tipiche delle età successive.

Tutti gli organismi di tutela della salute sollecitano il coinvolgimento parentale e degli adulti competenti per una prevenzione che parta dall'età di prima scolarizzazione; inoltre è sollecitata una rigorosa applicazione e osservanza delle norme attualmente in grado di contrastare un comportamento a maggior rischio alcol-correlato oggi esteso anche agli anziani, obiettivo negletto della prevenzione in Italia e in Europa. Le principali agenzie educative dei bambini, scuola e famiglia, dovrebbero essere sempre e comunque coinvolte e sostenute nel corso del ciclo delle scuole elementari per la realizzazione di iniziative di sensibilizzazione precoce che possano consentire di sviluppare per tempo le abilità richieste a sapere valutare le informazioni confondenti e gli evidenti disvalori supportati dal marketing e dalle pubblicità legati al bere come elemento di emancipazione, di successo personale e sociale, di migliorate performance.

I dati epidemiologici continuano ad evidenziare una connotazione di rischio che è caratteristico per ciascuna generazione, con stili e modelli basati da un lato sul *binge drinking* (l'intossicazione episodica o occasionale ricorrente attuata fuori pasto, prevalentemente attribuibile ai giovani, ma anche a molti adulti) e dall'altro sull'eccedenza quotidiana di consumo di vino (bevanda principale in termini di consumo, di rischio e di danno nei più anziani).

Nuovi e vecchi modelli e stili di consumo e di rischio alcol-correlato richiedono oggi un'azione urgente in più settori, come indicato dalle strategie di prevenzione globali della WHO; sostanzialmente tali azioni riguardano, oltre ad un rinnovato approccio clinico di identificazione precoce dei modelli rischiosi e dannosi, anche interventi normativi rivolti ad arginare la disponibilità delle bevande alcoliche, anche attraverso adeguata tassazione di scopo o introduzione del cosiddetto "prezzo minimo" già in discussione a livello comunitario e applicato in alcune Nazioni. Secondo la WHO dovrebbero essere attuati, tra gli altri, interventi più incisivi di contrasto alle tante pratiche di marketing che propongono messaggi o immagini ingannevoli per il consumatore, in particolare il minore.

Alla luce della crisi economica e delle condizioni socioeconomiche che hanno già modificato i comportamenti dei gruppi di meno abbienti, ed essendo nota l'influenza del disinvestimento nel welfare in periodi di recessione, della riduzione dei *budget* destinabili alla prevenzione e alla cura della salute, dell'influenza della riduzione della spesa sociale e dell'incremento della disoccupazione nei periodi di recessione sui livelli specifici di mortalità alcol-attribuibile,

emerge urgente e indispensabile una attenzione e una tutela particolare nei confronti dei gruppi di popolazione più svantaggiati attraverso specifiche e intense campagne di informazione e sensibilizzazione volte a svaloriizzare e stigmatizzare il consumo rischioso di alcol. In tal modo si contribuirebbe a facilitare il riconoscimento, senza ambiguità, delle condizioni, dei contesti e delle circostanze che favoriscono l'incremento del rischio alcol-correlato, aumentando la consapevolezza degli effetti negativi di modelli non salutari e non sicuri e assicurando che gli interessi di salute pubblica ricevano un rinnovato impulso alla salvaguardia della salute rispetto alle logiche del mercato, attente ai consumatori, ma spesso non alla loro salute. L'evidenza di modifiche non irrilevanti nelle caratteristiche dei nuovi alcolodipendenti che giungono sempre e comunque in ritardo nei luoghi deputati alla cura e riabilitazione richiede la massima attenzione anche alla luce delle stime europee che indicano come meno del 20 % degli alcolodipendenti riceva un trattamento specifico e che quindi molto è da attuarsi in termini di accessibilità e di fruibilità di servizi che devono poter contare su risorse e rinnovati approcci sia di ingaggio del cambiamento richiesto all'alcolodipendente sia in termini di organizzazione delle prestazioni da erogare nei servizi. La sfida dei prossimi anni è quella di riuscire a raggiungere da una lato i milioni di individui a maggior rischio con programmi di identificazione precoce e intervento breve e dall'altro di cogliere l'obiettivo di "catturare" la significativa platea di alcolodipendenti che non si reca nei servizi o comunque non si rivolge alle professionalità mediche anche in funzione di una modificata disponibilità economica che potrebbe limitare l'accesso a trattamenti medici, farmacologici, psicoterapeutici eventualmente non ricompresi tra le erogazioni regionali. Una sfida di grande impatto e rilevanza che l'individuo non può né affrontare, né vincere senza il supporto delle istituzioni che possono, attraverso la prevenzione mirata, mirare a conseguire guadagni di salute che oggi è possibile valutare, secondo le stime europee, pari a oltre due punti circa del prodotto interno lordo e il cui risparmio comporterebbe evidenti vantaggi non solo al bilancio statale ma anche e soprattutto alla società.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. Geneva: WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://apps.who.int/ghodata/?theme=GISAH>; ultima consultazione 20/01/2013.
2. World Health Organization. *Management of substance abuse-Countries profiles*. Geneva: WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/en/index.html); ultima consultazione 20/01/2013.
3. World Health Organization. *European status report on alcohol and health 2010*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/128065/e94533.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf); ultima consultazione 20/01/2013.
4. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region* Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe; 1999. (European Health for All Series; No. 6). Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf); ultima consultazione 08.02.2013.
5. Istituto Nazionale di Statistica. *Indagine Multiscopo – Aspetti della vita Quotidiana*. Roma: ISTAT; 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/3955>; ultima consultazione 20/01/2013.
6. Istituto Nazionale di Statistica. Anno 2011. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. *Statistiche report 11 aprile 2012: 1-13*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/files/2012/04/alcol11aprileDEF.pdf?title=Uso+e+abuso+di+alcol+++11%2Fapr%2F2012+-+Testo+integrale.pdf>; ultima consultazione 20/01/2013.
7. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Rossi A, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA. *Epidemiologia e monitoraggio alcol correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2012*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012 (Rapporti ISTISAN 12/3)
8. World Health Organization. *Alcohol use*. Geneva: WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use>; ultima consultazione 20/01/2013.
9. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO; 2011. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf); ultima consultazione 20/01/2013.
10. Anderson P. *Alcohol and primary health care*. Copenhagen : World Health Organization, 1996. (European series No. 64)
11. 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 20/01/2013.
12. Istituto Nazionale per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Roma: 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 20/01/2013.
13. Automobile Club d'Italia; Istituto Nazionale di Statistica. *Incidenti stradali Anno 2011*. Roma: ISTAT; 2012. Disponibile all'indirizzo [http://www.treviso.aci.it/IMG/file/Incidenti%20stradali%20-%2031\\_ott\\_2012%20-%20Comunicato%20stampa%20ACI-Istat.pdf](http://www.treviso.aci.it/IMG/file/Incidenti%20stradali%20-%2031_ott_2012%20-%20Comunicato%20stampa%20ACI-Istat.pdf); ultima consultazione 20/01/2013.

14. European Commission. *Communication from the Commission to the European Parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions. Towards a European road safety area: policy orientations on road safety 2011-2020*. Brussels: European Commission; 2010. Disponibile all'indirizzo <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2010:0389:FIN:EN:PDF>; ultima consultazione 20/01/2013
15. Jost G, Allsop R, Steriu M. *A challenging start towards the EU 2020 Road Safety Target 6th Road Safety PIN Report*. Brussels: European Transport Safety Council; 2012. Disponibile all'indirizzo: [http://www.etsc.eu/documents/PIN\\_Report\\_6\\_web.pdf](http://www.etsc.eu/documents/PIN_Report_6_web.pdf); ultima consultazione 20/01/2013
16. Gruppo Tecnico di Coordinamento del Progetto di sperimentazione del "Sistema di Sorveglianza PASSI". *Sistema di Sorveglianza PASSI. Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2007. (Rapporti ISTISAN 07/30).
17. Italia. Legge 29 luglio 2010, n. 120. Disposizioni in materia di sicurezza stradale. *Gazzetta Ufficiale* n. 175, del 29 luglio 2010.
18. Italia. Legge 30 marzo 2001, n. 125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale* n. 90, del 18 aprile 2001.
19. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Rossi A, il Gruppo di lavoro CSDA. *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).
20. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Rossi A, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA. *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)
21. Anderson P, Scafato E. *Alcohol and older people – a public health perspective. Report for the VINTAGE project*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/vintage/pdf/VINTAGE%20Report%20Alcohol%20and%20older%20people\\_final.pdf](http://www.epicentro.iss.it/vintage/pdf/VINTAGE%20Report%20Alcohol%20and%20older%20people_final.pdf); ultima consultazione 14/02/2013.
22. Segura L, Palacio-Vieira J, Colom J, Scafato E. *Best practices on preventing the harmful use of alcohol amongst older people, including the transition from work to retirement – VINTAGE Project WP5 Report*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/vintage/pdf/VINTAGE%20Report%20Best%20Practice\\_final.pdf](http://www.epicentro.iss.it/vintage/pdf/VINTAGE%20Report%20Best%20Practice_final.pdf); ultima consultazione 14/02/2013.
23. Carlesso L, Cecutti L, Dorella F, Filippin N (Ed.). *La banca dati dei Club Alcolologici Territoriali in Italia. Anno 2010*. Associazione Italiana dei Club Alcolologici territoriali (AICAT); 2012.
24. Comitato per l'Esterno dei Servizi Alcolisti Anonimi Italia. *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 30/01/2012.
25. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (2010). *Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012 (PNP)*. Roma: Ministero della Salute; 2010. Disponibile su: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1383\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1383_allegato.pdf); ultima consultazione 30/01/2012.
26. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Di Pasquale L, Martire S, Scipione R, Parisi N, Russo R, Di Rosa M, Scafato A, Guidi L. *Elementare ma non troppo... Informazione, prevenzione e contrasto all'uso di droghe, di alcol e dei fattori favorevoli l'avvio al consumo. Campagna rivolta ai minori, ai genitori e ai docenti. Materiale informativo per genitori e docenti*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri - DPA, ISS, MOIGE; 2012.

27. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Di Pasquale L, Martire S, Scipione R, Parisi N, Russo R, Di Rosa M, Scafato A, Guidi L. *Elementare ma non troppo... Informazione, prevenzione e contrasto all'uso di droghe, di alcol e dei fattori favorevoli l'avvio al consumo. Campagna rivolta ai minori, ai genitori e ai docenti. Materiale informativo per i ragazzi*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri - DPA, ISS, MOIGE; 2012.
28. World Health Organization. *The European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe; 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2012/european-action-plan-to-reduce-the-harmful-use-of-alcohol-20122021>; ultima consultazione 30/01/2012.
29. Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"*. Roma: Ministero delle Salute; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1451\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1451_allegato.pdf); ultima consultazione 13/02/2013.
30. Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati"*. Roma: Ministero delle Salute; 2011. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1686\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1686_allegato.pdf); ultima consultazione 13/02/2013.
31. Scafato E, Ghirini S. Il consumo di alcol nei giovani e negli adulti. In: *Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Anno 2010*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga; 2011. p. 419-28.
32. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione, Dipartimento Politiche Antidroga. *Relazione annuale al Parlamento 2012 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Politiche Antidroga; 2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.politicheantidroga.it/progetti-e-ricerca/relazioni-al-parlamento/relazione-annuale-2012/presentazione.aspx>; ultima consultazione 13/02/2013.

## BIBLIOGRAFIA DI APPROFONDIMENTO

- Anderson P, Scafato E, Galluzzo L, VINTAGE project Working Group. Alcohol and older people from a public health perspective. *Ann Ist Super Sanita* 2012;48(3):232-47.
- 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.
- Buja A, Scafato E, Sergi G, Maggi S, Suhad MA, Rausa G, Coin A, Baldi I, Manzato E, Galluzzo L, Ensi G and Perissinotto E, ILSA working group. Alcohol consumption and metabolic syndrome in the elderly: results from the Italian Longitudinal Study on Aging. *European J Clinical Nutrition* 2010;64:297-307.
- Buja A, Scafato E, Baggio B, Sergi G, Maggi S, Rausa G, Basile A, Manzato E, Ghirini S, Perissinotto E, ILSA Working Group. Renal impairment and moderate alcohol consumption in the elderly. Results from the Italian Longitudinal Study on Aging (ILSA). *Public Health Nutrition* 2011;14(11):1907-18.
- 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.
- Galluzzo L, Scafato E, Martire S, Anderson P, Colom J, Segura L, McNeill A, Sovinova H, Rados Kmel S, Ahlström S, VINTAGE project Working Group. Alcohol and older people. The European project VINTAGE: good health into older age. Design, methods and major results. *Ann Ist Super Sanita* 2012;48(3):221-31.
- 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 alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale* n. 90, del 18 aprile 2001.
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie-CCM. *Piano Nazionale Alcol e Salute*. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_623\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf); ultima consultazione 30/01/2012.
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (2010). *Piano Nazionale Prevenzione 2010-2012 (PNP)*. Roma: Ministero della Salute; 2010. Disponibile su: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1383\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1383_allegato.pdf); ultima consultazione 30/01/2012.
- Ministero della Salute. *Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 (PSN)*. Roma: Ministero della Salute; 2011. Disponibile su: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1454\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1454_allegato.pdf); ultima consultazione 30/01/2012.
- Ministero della Salute, Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico Nazionale. *Relazione sullo stato sanitario del paese 2011 (RSSP)*. Roma: Ministero della Salute; 2012. Disponibile su: [http://www.rssp.salute.gov.it/rssp2011/documenti/RSSP\\_2011.pdf](http://www.rssp.salute.gov.it/rssp2011/documenti/RSSP_2011.pdf); ultima consultazione 30/01/2012.

- Palacio-Vieira J, Segura L, Gual A, Colom J, Ahlström S, Radoš Krnel S, McNeill A, Sovinova H, Scafato E, VINTAGE project Working Group. Good practices for the prevention of alcohol harmful use amongst the elderly in Europe, the VINTAGE project. *Ann Ist Super Sanita* 2012;48(3):248-55.
- 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.
- Panza F, Frisardi V, Seripa D, Logroscino G, Santamato A, Imbimbo B P, Scafato E, Pilotto A, Solfrizzi V. Alcohol consumption in mild cognitive impairment and dementia: harmful or neuroprotective? *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;7:1218-38.
- Patussi V, Bartoli G, Focardi F, Ragazzo E, Marcomini F, Muscas F, Russo R, Zuccaro P, 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.
- 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, Scafato E, Alunni F, Di Rosa G, Fanucchi T, Gandin C, Londi I, Magri G, Paganelli J. Alcol: manifesto europeo AMPHORA. *Alcologia* 2012;15:8-10.
- 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.
- Rehm J, Scafato E. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction* 2011;106(Suppl. 1):4-10.
- Scafato E. Adolescenti ed alcol. L'impatto sanitario e sociale e le priorità della prevenzione. *Conoscere per crescere* 2011;1:20-1.
- Scafato E. Affrontare il problema alcol nella Regione Europea attraverso il Piano di Azione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, 2011. *Alcologia* 11:43-65.
- 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. Alcol e problemi e patologie correlate: indirizzi generali per l'organizzazione di base e orientamenti delle offerte. Capitolo 10. In: *Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi*. Roma: Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2011. p. 67-72.
- Scafato E. Alcol: l'epidemiologia e i consumi in una prospettiva di salute pubblica. *Internal and Emergency Medicine* 2008;3:S131-S133.
- Scafato E. Epidemiologia algologica. In: Cerbini C, Biagianni C, Travaglini M, Dimauro PE (Ed.). *Alcologia oggi: nuove tendenze tra clinica ed ecologia*. Milano: Franco Angeli; 2003. p. 13-7.
- Scafato E. Epidemiologia dell'alcol e mondo femminile. *Ann Ist Super Sanita* 2004;40:25-34.
- 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. 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. La programmazione delle attività della SIA nel quadriennio 2008-2012. *Alcologia* 2008;2:80-5.
- 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 (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, 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, 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, Farchi G. Alcol e malattie cardiovascolari. *Dipendenze. Manuale teorico-pratico per operatori*. Roma: Carocci Editore, 2000.
- Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, Martire S, Ghirini S. Il rischio alcol-correlato in Italia: definizioni ed indicatori. *Alcologia* 2008;1:28-42.
- Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Rossi A, Ghirini S per il Gruppo di Lavoro CSDA. *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2012*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/3).
- 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, il gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *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 30/01/2012.
- Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Allamani A, Struzzo P, Patussi V, Codenotti T, Marcomini F, Russo R and the PHEPA Italian Country Team. *PHEPA Italy country report*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 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).
- 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. 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, Ghirini S, Casertano L. Prevenzione dell'abuso di alcol. In: De Santi A, Guerra R, Filipponi F, 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, Martire S, Russo R, Scipione R, et al. Consumi di alcol e impatto alcol correlato. *Alcologia* 2009;3:31-6.
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N. *Consumo di alcol*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2012. (Rapporto Osservasalute 2012).
- Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Martire S, Di Pasquale L, Parisi N, Scipione R, Russo R, Galluzzo L. Alcohol Prevention Day. *Italian J Addiction* 2012;2(1-2):49-54
- 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, 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, Rossi A, Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C, Martire S, Di Pasquale L. Alcohol Prevention Day 2011: dieci anni di ricerca per la prevenzione. *Not Ist Super Sanità* 2011;24(07-08):11-15.
- Scafato E, Rossi A, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N, Gandin C. *Alcol e tumori*. In: Belardelli F, Moretti F (Ed.). *Attività e impegno dell'Istituto Superiore di Sanità nella lotta contro il cancro*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/37). p.249-56.
- 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, 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, Rossi A, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N, Ghirini S. Rischio alcol correlato e strategie di prevenzione basate sull'evidenza. In: Appelgren EC, Luzi P (Ed.). *Convegno. La salute degli italiani nei dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS). Istituto Superiore di Sanità. Roma, 16-17 giugno 2011. Atti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/5). p. 60-6.
- Scafato E, Rossi A, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, Scipione R, Parisi N, Gandin C. Priorità per gli interventi sanitari attraverso il risk factor modeling del progetto SIVEAS. In: Appelgren EC, Luzi P (Ed.). *Convegno. La salute degli italiani nei dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS). Istituto Superiore di Sanità. Roma, 16-17 giugno 2011. Atti*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. (Rapporti ISTISAN 12/5). p. 20-34.
- Serpelloni G, Scafato E. Droga e l'alcol: i due aspetti della dipendenza. *Drog@news* 2011;2(5):20-3.
- Testino G, Ancarani O, Scafato E. Bevande alcoliche e cancro: uso, abuso o consumo? *Recenti Prog Med* 2011;102(10):399-406.