



## **Alcol: i consumi a rischio e le tendenze del bere in Italia.**

**E. Scafato, S. Ghirini, L. Galluzzo, C. Gandin, S. Martire e R. Russo**  
**Centro Collaboratore WHO per la Ricerca e la Promozione della Salute**  
**su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate - Osservatorio Nazionale Alcol.**  
**CNESPS. Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma**

### **Introduzione**

L'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute dell'uomo e la terza causa di mortalità prematura e malattia nell'Unione Europea; l'alcol è la prima causa di morte per i giovani maschi di età compresa tra i 15 ed i 29 anni. L'alcol è causa di 60 malattie e condizioni patologiche, incluso il cancro, e la principale causa di cirrosi epatica in Europa. Nonostante un decremento nel consumo medio pro-capite di alcol registrato in Europa ed in Italia nel corso del trascorso decennio l'abuso di alcol rappresenta un problema soprattutto per le giovani generazioni. Il bere a rischio è stimato pari al 15 % dei consumatori in Europa ed il *binge drinking*, il bere per ubriacarsi, è giunto a caratterizzarsi anche in Italia come fenomeno rapidamente diffuso a fasce sempre più ampie di popolazione e non più relegato alle fasce giovanili. 55 milioni di individui sono attualmente le persone considerate a rischio in Europa e 23 milioni gli alcolodipendenti; 195.000 individui muoiono in Europa ogni anno a causa dell'alcol che è causa di costi tangibili pari a 125 miliardi di euro l'anno (L'1,3 % del PIL europeo) a cui sono da aggiungere circa 270 miliardi di euro relativi ai costi intangibili. E' ormai appurato che il consumo di alcol non solo produce danni al bevitore stesso, ma anche alle famiglie e al contesto sociale allargato; le stime correnti indicano in 5-9 milioni i bambini che vivono in famiglie con problemi di alcol. L'alcol può indurre comportamenti violenti (1 omicidio su 4 e un suicidio su 6 è alcolcorrelato), abusi, abbandoni, perdite di opportunità sociali, incapacità di costruire legami affettivi e relazioni stabili, invalidità, incidenti sul lavoro e sulla strada.

Risulta essenziale quindi, non solo nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione ma anche per le evidenti implicazioni sociali che tale monitoraggio comporta, individuare i consumatori di bevande alcoliche a rischio, gli individui per i quali maggiori sono le probabilità di sperimentare danni per la salute e per i quali, o a causa dei quali, possono verificarsi significative riduzioni nei livelli di sicurezza individuale e collettiva.

L'unica indagine di dimensioni nazionali che consenta un'analisi, pur parziale, dei fenomeni connessi al bere a rischio è rappresentata dalle indagini Multiscopo ISTAT "Stili di vita e condizioni di salute" effettuate in Italia tramite somministrazione di questionari specifici che raccolgono informazioni da un totale di circa 21.000 famiglie, 54.000 individui estratti dalle liste anagrafiche di circa 800 Comuni.

L'Osservatorio Nazionale Alcol-Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità utilizza dal 2001<sup>1</sup> la base di dati fornita dalle indagini Multiscopo ISTAT per finalità di ricerca orientata alla valutazione di utilizzo di nuovi indicatori, nuove metodologie di elaborazione e stime coerenti che possano consentire, in termini di salute pubblica, una migliore capacità di monitorare nel tempo fenomeni che solo parzialmente gli indicatori originali ISTAT riescono ad esaminare. I dati elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità non si sostituiscono, né si contrappongono a quelli ISTAT; tentano, piuttosto, di fornire una visione, necessariamente integrativa, sussidiaria e originale dell'andamento di fenomeni che richiedono un'interpretazione di sanità pubblica a completamento dell'analisi statistica per le cui finalità specifiche gli indicatori e la metodologia Multiscopo nascono e si sviluppano.

## **Definizione del consumo a rischio**

La quantificazione dei consumatori a rischio di alcol si basa sull'identificazione dei consumatori che eccedono le quantità che gli Organismi di tutela della salute indicano come "limite massimo" da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni completamente o parzialmente evitabili a fronte della moderazione o, in casi definiti (ad es. guida) dell'astensione nel consumo.

Le definizioni sottese alla identificazione del bere a rischio si basano su quelle dell'OMS che, in maniera puntuale identifica le modalità da considerare a rischio ed i livelli di bere a rischio per i quali sono identificati una serie di interventi specifici. Le definizioni attualmente indicate sono le seguenti:

■ **CONSUMO A RISCHIO ("hazardous")** : un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini.

■ **CONSUMO DANNOSO ("harmful")**: una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale. A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto.

■ **ALCOLDIPENDENZA**: insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

Per le nostre finalità ci concentreremo sul consumo a rischio (hazardous consumption) che, come abbiamo visto, mette in risalto la condizione di persistenza di abitudini o modelli di consumo e livelli di consumo considerati a rischio per la salute.

Le variabili che influenzano principalmente il bere a rischio (o problematico) sono:

---

<sup>1</sup> **Scafato E**, Massari M. Il consumo di bevande alcoliche: generazioni a confronto. In: Sabbadini LL, Costa G, ed. *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute. Atti del Convegno. Roma 10-11-12 settembre 2002*. Roma: Istituto nazionale di statistica; 2004. p. 61-74.

- La frequenza del consumo di alcol
- Le quantità di alcol consumate
- La concentrazione di consumi di quantità di alcol considerate a maggior rischio

Le modalità che vengono generalmente considerate per identificare il rischio possono essere:

- Le quantità consumate con frequenza regolare/persistente in "eccedenza"
- Le quantità consumate in eccedenza rispetto alle linee guida specifiche per sesso ed età
- La frequenza degli episodi di concentrazione di consumi eccessivi

Secondo le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione dell'INRAN, che fanno proprie le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Alcolologia, in generale sono da considerare consumatori a rischio tutti gli individui di sesso femminile che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno e tutti gli uomini che eccedono invece i 40 grammi di alcol al giorno (1-2 bicchieri e 2-3 bicchieri rispettivamente di una qualsiasi bevanda alcolica).

Ma accanto a queste linee generali "gender oriented" sono ben definiti anche alcuni limiti massimi, specifici per età, da non superare per non incorrere in un maggior rischio; tali limiti riguardano i consumi degli ultra65enni e dei giovani.

Al di sotto dei 15 anni qualunque livello di consumo alcolico è da considerarsi a rischio, tra i 16 ed i 18 (-20) anni 1 bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica è il livello massimo di consumo alcolico consentito e sono da considerarsi consumatori a rischio gli ultra65enni di entrambi i sessi che consumano più di un bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica al giorno.

Un ulteriore comportamento identificabile "a rischio" è quello relativo all'abitudine (anche occasionale) di concentrare grandi quantità di alcol in un tempo limitato; il "binge drinking", il bere per ubriacarsi è considerato in Italia, come in Europa e nel mondo, un consumo a rischio e si caratterizza per l'assunzione di 6 o più bicchieri di una qualsiasi bevanda alcolica in un'unica occasione di consumo.

Quelli sinora introdotti sono indicatori differenti di un fenomeno comune, l'abuso, la cui disponibilità, grazie anche alla modifica apportata nel 2003 allo standard di rilevazione ISTAT, consente di stimare o elaborare in maniera diretta e indiretta il bere a rischio in Italia.

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, a partire dalla base di dati e dagli indicatori dell'indagine Multiscopo "Stili di vita e condizioni di salute" ha elaborato nel corso degli anni una serie di stime prodotte sulla base di operazionalizzazioni degli indicatori originali che possono contribuire all'identificazione del consumo a rischio e, per converso, anche di quello definibile "mediterraneo", basato sulla moderazione e sul consumo del vino, la bevanda tradizionale contestualmente ai pasti; a quest'ultimo aspetto il presente report dedica alcune elaborazioni.

Nel corso del 2006 l'ISS ha prodotto, nell'ambito di progettualità internazionali quali quelle legate al progetto OMS "Avoidable Deaths", una valutazione sulla

prevalenza del consumo a rischio in Italia quale risultato dell'applicazione di procedure di standardizzazione , di ipotesi di calcolo e di lavoro predefinite a livello internazionale.

A tali valutazioni, nel corso del 2007, l'ISS ha affiancato l'elaborazione di una stima del bere a rischio basata sulla frequenza della positività al questionario AUDIT-C di cui l'Osservatorio Nazionale Alcol ha costruito la disponibilità delle basi di dati utili all'elaborazione a partire dai dati ISTAT.

La positività all'AUDIT-C, composto da tre domande le cui risposte (cinque per ciascuna domanda) prevedono l'attribuzione di un punteggio che varia da 0 a 4, integra, di fatto i vari indicatori menzionati (ed i dati disponibili) in un indicatore unico del bere a rischio (o problematico) rappresentato dal punteggio complessivo realizzato che assolve alle condizioni di consumatore a rischio per valori superiori a 5 per i maschi e a 4 per le donne.

L'ipotesi formulata è stata sollecitata e resa possibile dalla validazione nazionale dello strumento AUDIT-C attraverso l'esperienza già pubblicata del Progetto PRISMA ([http://www.unicri.it/wwk/publications/dacp/journal/2006\\_12.php](http://www.unicri.it/wwk/publications/dacp/journal/2006_12.php))<sup>2</sup> coordinata dall'ISS e dalla conseguente possibilità di elaborare i dati ISTAT al fine di provvedere a fornire i dati utili per la valutazione di identificazione precoce del bere a rischio attraverso le risposte alle tre domande che compongono l'AUDIT-C (o short -AUDIT). E' importante sottolineare che l'AUDIT-C, seppure dotato di una buona sensibilità e specificità rispetto al test completo AUDIT a 10 items, conduce ad una conclusione che ha il senso della positività allo screening per i problemi alcolcorrelati che devono, comunque, essere verificati dal medico attraverso ulteriori valutazioni previste dallo screening per giungere a valore di diagnosi per l'accertamento eventuale di danni alcolcorrelati in atto.

Le analisi riportate in merito alla valutazione della positività dell'AUDIT come indicatore del bere a rischio in Italia hanno, ai fini di questa relazione, un valore concettuale, di "esplorazione" dell'universo del bere rilevato dai dati ISTAT adeguatamente operazionalizzati al fine di fornire i dati utili alla compilazione dell'AUDIT con la finalità di stimarne la positività nella popolazione esaminata. Il valore dell'elaborazione è quindi quello di una STIMA con tutti i limiti ad essa connessa. E' tuttavia da considerare se tale stima possa rappresentare, da un lato, un ulteriore stimolo al miglioramento dello standard di rilevazione quantitativa dei consumi ISTAT, in costante e apprezzabile evoluzione e, dall'altro, a sollecitare l'uso a livello dei setting di prevenzione primaria di strumenti che possano contribuire ad identificare precocemente e a precocemente intervenire sul consumatore a rischio.

## **Gli indicatori**

L'indicatore classico dell'Indagine ISTAT prevede la possibilità di dichiarare il consumo di bevande alcoliche attraverso la risposta soggettiva ad una domanda, uguale per tutte le bevande alcoliche oggetto di rilevazione, che provvede ad identificare sei categorie predefinite di quantità/frequenza.

---

<sup>2</sup> Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E, **Scafato E**, Gruppo di ricerca PRISMA. Identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcoolismo*. 2006;29(1-2):1-6.

Sino al 2002 le informazioni sono state rilevate per tutti gli individui di età superiore ai 14 anni ma a partire dal 2003 il consumo alcolico viene rilevato a partire dagli 11 anni in su.

La domanda, invariata negli anni, che rileva il consumo di bevande nel corso degli ultimi 12 mesi, prevede modalità di risposta predefinite ma differenti per le diverse bevande alcoliche e mira esplicitamente a produrre una distribuzione del consumo alcolico degli italiani in categorie, pur discutibili, di consumo alcolico.

Le risposte consentono di valutare in che quantità il dichiarante ha consumato negli ultimi 12 mesi vino o birra (oltre 1 litro al giorno; da ½ litro a 1 litro al giorno; 1-2 bicchieri al giorno; più raramente; solo stagionalmente; non ne consumo), in che quantità ha consumato aperitivi alcolici, amari o super alcolici (più di 2 bicchierini al giorno; 1-2 bicchierini al giorno; qualche bicchierino a settimana; più raramente; eccezionalmente; non ne consumo).

L'ISTAT rileva anche se si consuma vino o alcolici fuori pasto (tutti i giorni; qualche volta alla settimana; più raramente; mai).

Ovviamente le risposte fornite, che rilevano contestualmente informazioni relative alla frequenza e altre, più adeguate, alle quantità/frequenza non consentono di calcolare direttamente il consumo complessivo e, sfortunatamente, non comprendono mai l'unità di consumo.

Ciò nonostante una valutazione indiretta ed una stima dei consumi quantitativi è stata attuata dall'Istituto Superiore di Sanità e pubblicata per gli 2004, 2005 e 2006 ([www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/ConsumiAlcolici\\_reportAPD06.pdf](http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/day/ConsumiAlcolici_reportAPD06.pdf); ).

A partire dal 2003, solo ed esclusivamente per i consumatori quotidiani di vino e birra, è possibile dichiarare con esattezza il numero di bicchieri abitualmente consumato. Inoltre, sempre a partire dal 2003 viene rilevata la variabile relativa al "binge drinking".

L'Osservatorio Nazionale Alcol aveva già negli anni scorsi identificato la possibilità di stimare i consumi a rischio sulla base dell'elaborazione di indicatori derivati da quelli ISTAT e pubblicato negli anni 2005 e 2006 sul Rapporto Osservasalute<sup>3</sup> le stime corrispondenti all'uso degli indicatori così definiti:

---

### **Prevalenza di consumatori a maggior rischio di alcol - Maschi**

Numeratore	Uomini che assumono oltre mezzo litro di vino al giorno o oltre un litro di birra al giorno o oltre 2 bicchierini di super alcolici, amari o aperitivi alcolici;
Denominatore	Popolazione dell'indagine Multiscopo ISTAT di età superiore ai 11 anni.

---

<sup>3</sup> Scafato E, Russo R, Ghirini S, Parisi N. I consumi alcolici e il rischio alcol-correlato nella popolazione. *Rapporto Osservasalute 2005. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. 2005;2-6.;

---

### **Prevalenza di consumatori a maggior rischio di alcol - Femmine**

Numeratore	Donne che assumono oltre 1-2 bicchieri di vino al giorno o oltre ½ litro di birra al giorno o oltre 2 bicchierini di super alcolici, amari o aperitivi alcolici;
Denominatore	Popolazione dell'indagine Multiscopo ISTAT di età superiore ai 11 anni.

---

---

### **Prevalenza di consumatori a maggior rischio di vino - Maschi**

Numeratore	Uomini che assumono oltre mezzo litro di vino al giorno;
Denominatore	Popolazione dell'indagine Multiscopo ISTAT di età superiore ai 11 anni.

---

---

### **Prevalenza di consumatori a maggior rischio di vino - Femmine**

Numeratore	Donne che assumono oltre 1-2 bicchieri di vino al giorno
Denominatore	Popolazione dell'indagine Multiscopo ISTAT di età superiore ai 11 anni.

---

Nel corso del 2006 a seguito della richiesta di elaborazione dei pattern di consumo alcolico nazionali da fornire al progetto internazionale del WHO "Avoidable deaths" un gruppo di lavoro coordinato dal Centro Collaboratore dell'OMS per la ricerca sull'Alcol dell'ISS, designato nel 2005 Osservatorio Nazionale Alcol, ha prodotto una metodologia che consentisse la standardizzazione dei dati forniti a quelli del database internazionale. Tale standardizzazione ha seguito criteri uniformi, in estrema sintesi basata in parte sulle considerazioni poste nell'ambito dei Report Osservasalute ma aggiornandola alla luce delle pubblicazioni ed indicazioni internazionali<sup>4</sup> e ha prodotto una stima dei consumi alcolici in Italia per sesso, classi di età e categorie di consumo alcolico predefinite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Per grandi linee, il gruppo di lavoro ha identificato le quantità standard utili per la trasformazione del dato quali/quantitativo delle categorie classiche dell'ISTAT (quelle sino al 2002) in variabili quantitative che consentissero la stima espressa in grammi del consumo medio di alcol attribuibile a ciascuna categoria.

Poiché le categorie classiche ISTAT non fanno tutte riferimento a quantità predefinite di alcol consumato dagli individui si è reso necessario stimare, facendo riferimento a quantità medie standard di alcol (12 grammi=1 Unità Alcolica Standard), le quantità di alcol sottese a ciascuna categoria incluse quelle di pura frequenza (occasionalmente, raramente, stagionalmente) seguendo, comunque l'ipotesi di un *continuum* nel consumo alcolico individuato dalle categorie predefinite ISTAT; tale approccio era stato già oggetto di presentazione e

---

<sup>4</sup> **The Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking**

Jürgen Rehm, Nina Rehn, Robin Room, Maristela Monteiro, Gerhard Gmel, David Jernigan, Ulrich Frick. Eur Addict Res 2003;9:147-156. DOI: 10.1159/000072221

pubblicazione nel corso degli anni precedenti e presentato nel corso dell'Alcohol Prevention Day 2003 e non verrà qui riesposto nel dettaglio.

Ovviamente, la stima del consumo in grammi di ciascuna bevanda e la somma di tutti i consumi dichiarati dal singolo individuo ha reso possibile la generazione di una categoria quantitativa di consumo individuale espressa in grammi che ha costituito la base per l'elaborazione della distribuzione dei consumatori sulla base di categorie crescenti di consumo alcolico (Tab. 1).

**Tabella 1. Categorie per tipologie medie di consumatori di alcolici**

Categorie di consumatori di alcol	Entrambi i sessi
Astemi o bevitori leggeri	0 - <0.25 g/giorno
Categoria I	0.25 - < 20 g/giorno
Categoria II	20- < 40 g/giorno
Categoria III	40- < 60 g/giorno
Categoria IV	60+ g/giorno

Tale operazione ha consentito anche di giungere alla stima della distribuzione dei consumatori a rischio ed in particolare degli uomini che superano i 40 grammi di alcol al giorno e delle donne che consumano più di 20 grammi di alcol al giorno.

Relativamente all'altro indicatore disponibile dal 2003 sul consumo quotidiano di vino e birra l'ISTAT pubblica la distribuzione del numero dei bicchieri consumati al giorno, per classi di età e sesso. Tale indicatore, che include anche il consumo di amari, aperitivi alcolici e spiriti, desunti dall'ISTAT attraverso l'operazionalizzazione delle categorie classiche di frequenza/quantità, consente di giungere ad una stima del consumo quotidiano di alcol che può essere utilizzato per valutare il numero di soggetti che eccedono i limiti massimi indicati dalle linee guida nazionali per una sana alimentazione.

L'Osservatorio Nazionale Alcol, in riferimento a tali linee guida, calcola la prevalenza di consumatori a rischio per classi di età e sesso identificati da coloro che non rispettano le linee guida per una sana alimentazione INRAN.

L'indicatore sul binge drinking non richiede ulteriori specificazioni in quanto, di per sé, esaurientemente indicativo dei fenomeni di ubriacature da parte della popolazione.

E' da precisare, a margine dell'esposizione sintetica degli indicatori disponibili, che ciascuno di questi indicatori è di per sé un indicatore del consumo a rischio anche se le condizioni sottese alla condizione "a rischio" spesso si sostanziano per l'azione combinata o contestuale dei differenti indicatori.

Tutte le informazioni prodotte sono indispensabili e utili per contribuire ad identificare la popolazione a rischio. E' tuttavia da rilevare che l'analisi delle singole componenti non è conclusiva nel delineare, secondo una visione sanitaria più che statistica, in via ottimale il bere a rischio nella popolazione e che ulteriori sforzi debbano essere prodotti al fine di migliorare l'aspetto di rilevazione quantitativa dei consumi.

Ai fini di Sanità Pubblica l'ideale sarebbe di poter disporre di un indicatore di consumo di alcol a rischio capace di cogliere il differente impatto delle componenti sinora esaminate singolarmente e capace, quindi, di stimare il bere a rischio attraverso l'integrazione di tutte le informazioni disponibili per tentare di migliorare l'aderenza delle stime alle realtà esaminate. L'impressione complessiva che emerge dall'analisi degli indicatori sinora esposti è che, sebbene ciascun indicatore abbia la capacità di identificare una modalità possibile del consumo a rischio, l'analisi isolata di ogni indicatore non riesca ad esprimere e a cogliere nella sua completezza un fenomeno che, ovviamente, è spesso caratterizzato dalla contemporaneità di comportamenti quali l'abuso, il binge drinking, il superamento dei limiti giornalieri per i quali un effetto additivo o moltiplicativo è ipotizzabile. In buona sostanza si potrebbe essere classificati come consumatori a rischio "solo" per abuso quotidiano ma non per binge drinking oppure per il superamento dei limiti giornalieri massimi di consumo previsti per la propria fascia di età ma, in realtà, nessuno di questi indicatori può, né potrebbe per ovvie ragioni connesse alle finalità statistiche per cui nascono, consentire di "pesare" l'impatto dell'atteggiamento complessivo dell'individuo nell'adottare un modello di bere a rischio. Per tale motivo, mutuando l'esperienza di prevenzione condotta a livello di popolazione nell'ambito del Progetto PRISMA coordinato dall'Osservatorio Nazionale Alcol e di quello europeo PHEPA ([www.phepa.net](http://www.phepa.net)) ed internazionale EIBI (Early Identification and Brief Intervention) del WHO di Ginevra<sup>5</sup>, è stata avviata una verifica della produzione di una stima del bere a rischio basata su un indicatore che potesse consentire di acquisire contemporaneamente le informazioni in uso e formulare, sulla base di metodologie e criteri (Tabella 2) accettate a livello internazionale, una valutazione del bere a rischio in Italia.

Tabella 2. Livelli di rischio e criteri di intervento

<b>Livello di Rischio</b>	<b>Criteri</b>	<b>Intervento</b>	<b>Ruolo assistenza primaria</b>
<b>Basso</b>	<b>&lt;280g/settimana uomini</b> <b>&lt;140g/settimana donne*</b> <b>AUDIT-C&lt;5 uomini</b> <b>AUDIT-C&lt;4 donne</b>	Prevenzione primaria	Educazione sanitaria, supporto, modelli di riferimento
<b>A rischio "hazardous"</b>	<b>280-349 g/settimana uomini</b> <b>140-209 g/settimana donne</b> <b>AUDIT-C=5 uomini</b> <b>AUDIT-C=4 donne</b>	Consigli in forma breve	Identificazione, valutazione, consigli / intervento breve
<b>Dannoso "harmful"</b>	<b>&gt;=350g/settimana uomini</b> <b>&gt;=210 g/settimana donne</b> <b>Presenza di danno alla salute</b>	Consigli accompagnati da breve consulenza psicologica e monitoraggio continuo	Identificazione, valutazione, consigli / intervento breve, follow-up clinico
<b>Alto (alcol-dipendenza)</b>	<b>Criteri ICD-10</b> <b>AUDIT=20</b>	Intervento specialistico	Identificazione, valutazione, consulenza specialistica, follow-up

<sup>5</sup> Scafato E, Allamani A, Struzzo P, Italian WHO Phase IV EIBI Working Group, Galluzzo L. Italy. *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.* 2006;145-171.

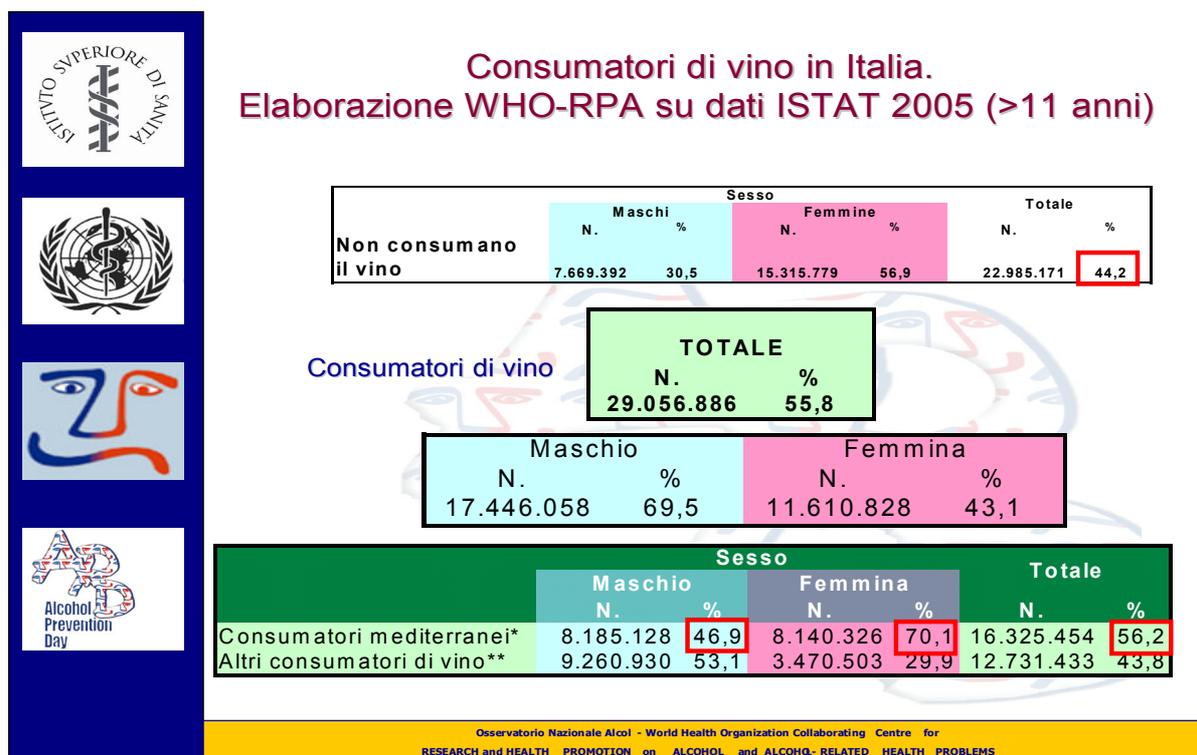
<sup>5bis</sup> Scafato E, Allamani A, Codenotti T, Marcomini F, Patussi V, Rossi A, Struzzo P, Russo R, PHEPA Italian Country Team. *Primary Health Care European Project on Alcohol, (Phepa). EU Study 2003-2004. Italian team report. Primary Health Care European Project on Alcohol, (Phepa). EU Study 2003-2004. Italian team report.* 2006.

L'opportunità fornita dalla disponibilità di strumenti di rilevazione precoce nei setting di Primary Health Care quali l'AUDIT (Questionario, 10 items) e lo short-AUDIT o AUDIT-C (Questionario, 3 domande) e la disponibilità della recente validazione nazionale dello strumento internazionale AUDIT-C per la rilevazione precoce dei consumatori a rischio pubblicata dall'ISS sul Bollettino delle Farmacotossicodipendenze e l'Alcolismo<sup>6</sup> ha suggerito l'opportunità di utilizzare i dati forniti dalla Multiscopo per tentare di fornire le informazioni utili alla compilazione dell'AUDIT-C ipotizzandone una compilazione "virtuale" da parte dell'individuo. I limiti dell'esercizio sono state già sottolineati nel paragrafo precedente ma giova qui risottolineare che l'esperienza ha una valenza concettuale pur presentando aspetti ed implicazioni pratiche. Sono state elaborate le informazioni utili per fornire le risposte alle tre domande poste dall'AUDIT-C e identificati gli individui che presentavano punteggi suggestivi di una condizione di consumatore a rischio (Score AUDIT C = 5 per i maschi =4 per le femmine).

## Risultati e analisi

### Il bere "mediterraneo" : tipologia dei consumatori di vino

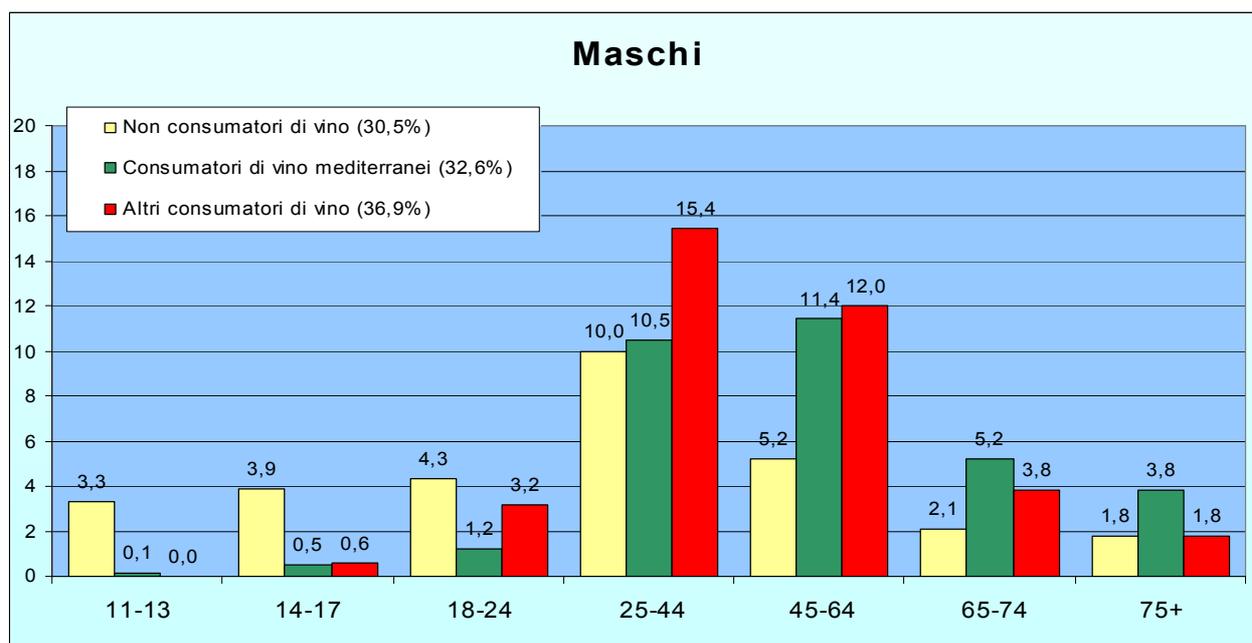
La quantificazione dei consumatori di vino "mediterranei" sollecita un ripensamento sulla tipizzazione saliente della popolazione italiana (grafico sottostante).



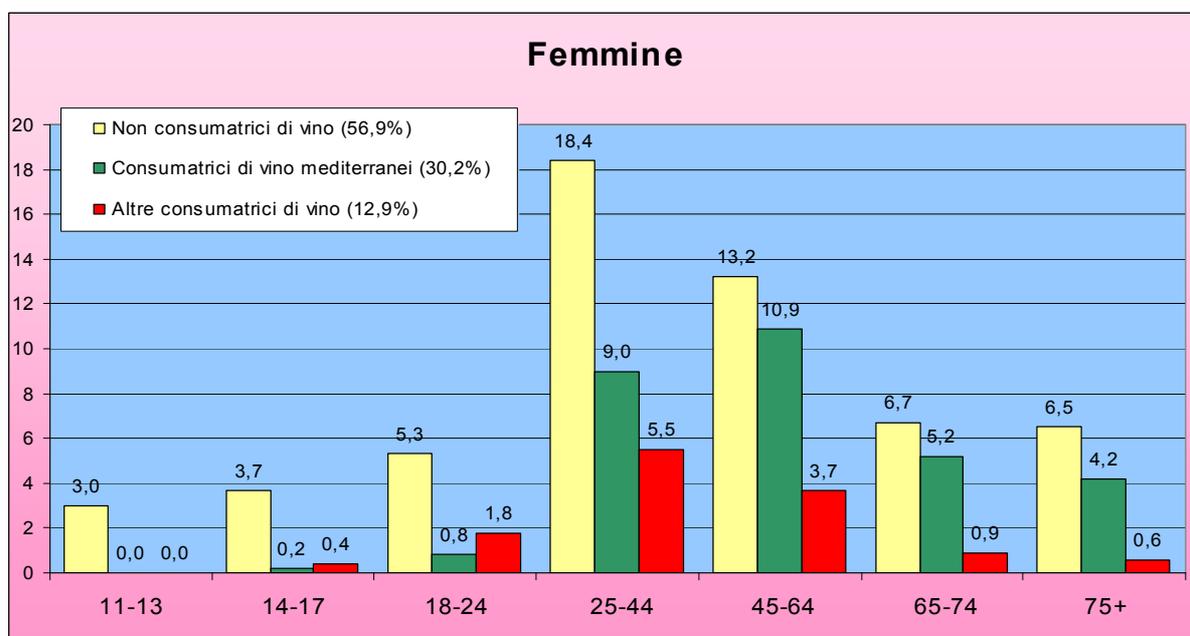
Il vino è consumato prevalentemente dagli uomini ma, riguardo alle modalità di consumo, meno della metà degli uomini che dichiarano di consumare vino possono essere considerati consumatori "mediterranei". Inoltre, nella disaggregazione per

<sup>6</sup> Struzzo P, De Faccio S, Moscatelli E, Scafato E, Gruppo di ricerca PRISMA. Identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale. *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*. 2006;29(1-2):1-6.

classi di età e sesso sostanziali differenze di genere emergono nel confronto, necessariamente culturale, tra generazioni.



I consumatori non mediterranei di età compresa tra i 25 ed i 64 presentano prevalenze superiori a quelle registrate per i maschi che consumano moderatamente il vino ai pasti con una tendenza simile a quella registrata per in 18-24enni (probabilmente segnando un tratto culturale del modello maschile del bere). L'inversione di tendenza la si riscontra solo per gli uomini di età superiore ai 65 anni che "difendono" la tradizione.



Le donne presentano più degli uomini una tendenza al consumo ispirato al modello culturale tradizionale. Per tutte le donne al di sopra dei 25 anni di età la prevalenza delle consumatrici mediterranee è significativamente superiore a quello delle donne che consumano in maniera non mediterranea il vino. E' verosimile, comunque, che tali aspetti, in particolare quelli legati al modello maschile che

appare più lontano dal modello mediterraneo, possano aver influenzato nel recente trascorso il bere a rischio in Italia in particolare per la perdita della cultura ispirata alla moderazione con le intuitive conseguenze sulla trasmissione transgenerazionale del modello di consumo.

## Il consumatore a rischio

### A) Criterio generale

A livello di popolazione viene considerato a rischio secondo un criterio generale un consumo giornaliero di alcol: > 20 grammi per le donne (1-2 bicchieri), > 40 grammi per gli uomini (2-3 bicchieri)



**Categorie di consumo alcolico (g/die) per sesso e classi di età (>11 anni) . STIMA WHO-RPA popolazione a rischio**  
(Elaborazione su circa 55,000 individui. Indagine Multiscopo ISTAT, 2005).

**Mancata Compliance alle Linee Guida Internazionali per la popolazione generale:**  
E' raccomandato di non superare un consumo quotidiano di più di  
40 gr alcol (maschi)      20 gr alcol (femmine)

CAT. GR/DIE	Maschio			Femmina		
	N.	%	% rischio	N.	%	% rischio
Non risp.	531.076	2,1		646.742	2,4	
[0 - 0.25)g/die	5.585.305	22,2		13.535.850	50,3	
[0,25 - 20) g/die	7.784.331	31		8.058.528	29,9	
[20 - 40) g/die	6.839.148	27,2		4.012.085	14,9	
[40 - 60) g/die	2.168.589	8,6		335.091	1,2	
[60+) g/die	2.207.002	8,8	<b>17,4</b>	338.312	1,3	<b>17,4</b>
Totale	25.115.450	100	100	26.926.608	100	100

Rif: Metodologia del Progetto "Avoidable Deaths" 2002

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS

Sulla base della metodologia attuata dall'Osservatorio Nazionale Alcol il 17,4 % delle popolazione sia maschile che femminile adotta consumi di alcol rischio e comunque non si attiene alle Linee guida per una sana alimentazione.

Complessivamente si può stimare che oltre 9 milioni di italiani ed italiane richiederebbe un riorientamento del modello di consumo alcolico.

E' naturalmente da sottolineare che, comunque, più dell'80 % della popolazione appare in linea con le raccomandazioni nutrizionali secondo questo indicatore generale che, ovviamente, non tiene conto di possibili fenomeni di abuso occasionali quali quelli relativi al binge drinking . Analizzata per classi di età (tabella sotto), tale prevalenza mostra un andamento che mostra come il contributo maggiore alla frequenza di consumatori a rischio è fornita per i maschi

dagli individui di età compresa tra i 25 ed i 64 anni e per le donne da quelle di età compresa tra i 45 ed i 64 anni.

### Categorie di consumo alcolico per età e sesso. Stima Osservatorio Nazionale Alcol

MASCHI	Classi di età							Totale
	11-13	14-17	18-24	25-44	45-64	65-74	75+	
Non risponde	0,1	0,1	0,3	0,8	0,5	0,2	0,1	2,1
[0 - 0.25)g/day	3,1	3,2	2,3	6,1	4,0	1,8	1,7	22,2
[0,25 - 20) g/day	0,2	1,4	4,3	14,4	7,2	1,9	1,5	31,0
[20 - 40) g/day	0,0	0,2	0,9	7,7	10,2	4,9	3,3	27,2
[40 - 60) g/day	0,0	0,0	0,6	4,2	2,9	0,6	0,3	8,6
[60+) g/day	0,0	0,0	0,3	2,5	3,7	1,6	0,6	8,8
<b>Totale</b>	<b>3,4</b>	<b>4,9</b>	<b>8,7</b>	<b>35,8</b>	<b>28,6</b>	<b>11,1</b>	<b>7,5</b>	<b>100,0</b>

FEMMINE	Classi di età							Totale
	11-13	14-17	18-24	25-44	45-64	65-74	75+	
Non risponde	0,1	0,1	0,2	0,7	0,6	0,3	0,3	2,4
[0 - 0.25)g/day	2,9	3,3	4,1	15,4	12,1	6,4	6,3	50,3
[0,25 - 20) g/day	0,1	0,9	3,2	12,7	8,4	2,7	2,0	29,9
[20 - 40) g/day	0,0	0,0	0,3	3,3	5,7	3,1	2,5	14,9
[40 - 60) g/day		0,0	0,1	0,5	0,5	0,1	0,0	1,2
[60+) g/day		0,0	0,0	0,3	0,5	0,2	0,1	1,3
<b>Totale</b>	<b>3,1</b>	<b>4,2</b>	<b>7,9</b>	<b>32,9</b>	<b>27,8</b>	<b>12,8</b>	<b>11,3</b>	<b>100,0</b>

### B) Criterio età/specifico

Viene considerato a rischio secondo tale criterio un consumo giornaliero di alcol:  
 > 20 grammi per le donne (1-2 bicchieri); > 40 grammi per gli uomini (2-3 bicchieri)  
 > 10 grammi per gli ultra65 enni (1 bicchiere)  
 > 10 grammi per i giovani dai 16 ai 18 anni

Qualsiasi livello di consumo è considerato a rischio al di sotto dei 15 anni di età.

La prevalenza dei consumatori a rischio elaborata attraverso questo indicatore individua il 10,4 % delle popolazione, il 16,7 % dei maschi, il 4,5 % delle donne (tabella sotto).

	Maschio		Femmina		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
<b>Consumatori a rischio</b>	<b>4.196.584</b>	<b>16,7</b>	<b>1.211.503</b>	<b>4,5</b>	<b>5.408.087</b>	<b>10,4</b>

Anche per questo indicatore l'analisi per classi di età mostra un risultato che merita un'analisi accurata in quanto consente di "svelare" consumatori a rischio che sicuramente andrebbero persi attraverso una valutazione della sola media nella popolazione. In particolare colpisce che il 51,4 % dei maschi di età compresa tra i 65 ed i 74 anni di età ed il 40,2 % di quelli di età superiore ai 75 anni non si attenga alle raccomandazioni previste per l'età specifica e che, parallelamente, per le coetanee si registrino le più elevate prevalenze di consumatrici a rischio. Ciò

verosimilmente in funzione di una mancata conoscenza dell'opportunità di limitare ad 1 bicchiere al giorno il consumo di alcolici che è peraltro il livello per il quale è dimostrato possa registrarsi un vantaggio cardiovascolare per gli anziani.

### Consumatori a rischio. Stima Osservatorio Nazionale Alcol

Classi di età ISTAT	Numero di unità alcoliche ISTAT										
	Maschio					A rischio	Femmina				
	0 unità	1 unità	2 unità	3 unità	4 o più unità		0 unità	1 unità	2 unità	3 o più unità	
11-15	98,4					1,6	99,5				0,5
16-17	92	2,5				5,5	99,4	0,2			0,5
18-19	87,3	6,5	3,6	1,3		1,4	96,9	1,5	0,7		0,8
20-24	76,3	8	7,2	2,7		5,8	95	2,4	1,8		0,9
25-29	67,7	8,9	12,8	3,3		7,3	91	4,5	2,9		1,6
30-34	62,2	10,4	16,2	3,8		7,4	89,6	5,7	3,1		1,7
35-44	54,4	10,8	18,9	5,6		10,3	83,9	7,8	6,1		2,2
45-54	43,5	12,4	24,6	5,7		13,8	76,8	10,2	10,1		2,9
55-59	39	12,2	26,5	6,6		15,7	74,4	12,1	10,2		3,3
60-64	34,1	12,5	31,5	6,2		15,6	72	12,6	11,8		3,6
65-74	34,8	14,2				51,0	72,9	13,4			13,7
75 e più	44	15,8				40,2	76,2	13,8			10,0
						16,7					4,5

### C) Criterio "binge drinking"

Viene considerato a rischio un consumo che eccede i 6 bicchieri in un'unica occasione (binge drinking)

L'ISTAT pubblica le stime del binge drinking dal 2003. L'8,4 % della popolazione italiana è da considerarsi a rischio nel 2005 con rapidi incrementi registrati nel corso di soli 2 anni; il 14,2 % dei maschi di 11 anni è più e il 3 % delle donne consuma almeno una volta l'anno 6 o più bicchieri di alcol. I dati del 2006 verranno comunicati il 12 aprile in occasione dell'Alcohol Prevention Day all'ISS.

L'Istituto Superiore di Sanità ha dedicato a tale indicatore una particolare attenzione in relazione al target giovanile (11-18 anni) in funzione della nota tendenza giovanile a consumare quasi esclusivamente secondo tale nuova, poco salutare, modalità. Si rimanda alla pubblicazione specifica per i dettagli ([www.epicentro.iss.it/alcol.asp](http://www.epicentro.iss.it/alcol.asp)) e si riporta di seguito una sintesi dei risultati.

Il fenomeno del "binge drinking" ossia il "bere per ubriacarsi, 5 drink di seguito" è un comportamento seguito in Italia dal 5,2% dei ragazzi di 11-18 anni di età. La prevalenza dei maschi aumenta rapidamente da 14 anni fino a raggiungere a 18 anni circa il 21% della popolazione considerata. Tra le ragazze invece, il binge drinking sembra essere più contenuto anche se a 17 anni è attuato dal 9% delle teen-agers.

A livello territoriale, le stesse regioni che presentano le prevalenze di consumatori di alcol più elevate, mantengono il primato anche nel caso delle prevalenze di binge drinkers ad eccezione del Friuli Venezia Giulia (4,3%) che rimane sotto i livelli della media nazionale. Nel complesso 9 regioni presentano una prevalenza di binge drinkers al di sopra della media nazionale (Trentino Alto Adige 12,8%; Veneto 10,1%; Emilia Romagna 8,2%; Molise 8,4%; Marche 7,2%; Lombardia 7,1%; Lazio 6,3%; Calabria 5,5%; Sardegna 5,4%).

La variabile che risulta essere più correlata con il fenomeno del binge drinking risulta essere il consumo di vino o alcolici lontano dai pasti .

L'analisi effettuata mostra che qualsiasi tipo di consumo di bevande alcoliche risulta essere correlato con la pratica da parte dei giovani del binge drinking. A livello di associazione con altri comportamenti rischiosi per la salute esiste una correlazione per i maschi tra la pratica del binge drinking e l'abitudine al fumo ( $\chi^2=151,0$  p-value=0,00), e tra il binge drinking e la frequentazione di discoteche e locali da ballo ( $\chi^2=195,3$  p-value=0,00).

Anche l'analisi multivariata conferma che il consumo di bevande alcoliche fuori pasto risulti essere il principale determinante per la pratica del binge drinking tra i giovani sia di sesso maschile che di sesso femminile. Questo fattore, non scontato in funzione del fatto che il consumo di 6 o più bicchieri potrebbe essere attuato anche in occasione dei pasti, è verosimilmente imputabile alla sempre maggiore diffusione dell'abitudine a incontrarsi in "open bar" o nei locali che promuovono le 'happy hours', l'ora dell'aperitivo alcolico o degli "alcopops", della birra e stuzzichini sempre più frequentemente proposti come momento di svago, di divertimento e socializzazione, la cui convenienza economica condiziona evidentemente il continuare a bere.

Nel modello, risultano maggiormente influenti per la pratica del binge drinking lo status di consumatore di super alcolici (OR: M=2,41; F=3,56) o di aperitivi alcolici tra le ragazze (OR: 2,92). Altro determinante per la pratica del binge drinking risulta essere per i ragazzi, il frequentare luoghi come discoteche o luoghi in cui ballare, e per il quale si registra un OR pari a 1,63 con un CI relativamente ristretto [1,05-2,54] .

Un dato particolarmente interessante e preoccupante riguarda la relazione esistente tra il ricorso al pronto soccorso e la pratica del binge drinking tra i ragazzi. Il test del  $\chi^2$  di Pearson mette infatti in evidenza una relazione diretta tra queste due variabili ( $\chi^2=5,84$ ; df=1 ; p-value= 0.02). Il rischio relativo di ricorrere al pronto soccorso nei ragazzi che hanno bevuto nel 2003, più di 6 bicchieri in un'unica occasione almeno una volta nel corso dei precedenti 12 mesi, è risultato essere di 1,70 (intervallo di confidenza 95% (CI)=[1,11;2,61]) il che vuol dire che il rischio per queste ragazzi e ragazze è del 70% più elevato rispetto ai coetanei che non hanno seguito questo comportamento.

#### **D) Stima della positività all'AUDIT-C come indicatore di consumo a rischio**

L'elaborazione dei dati basata sull'ipotesi della disponibilità di dati utili alla compilazione dell'AUDIT-C ha condotto a formulare una stima della positività del test nel 18,6 % della popolazione, 19,2 % nei maschi e 18 % nelle donne. Oltre 9 milioni di individui potrebbero essere oggetto in Italia di counseling e *brief intervention* e di questi, sulla base delle conoscenze attuali e della valutazione dell'efficacia dell'intervento breve, il 25 % potrebbe essere ricondotto a livelli di consumo non a rischio.

	Sesso				Totale	
	Maschio		Femmina		N.	%
	N.	%	N.	%		
AUDIT C M $\geq$ 5;F $\geq$ 4*	4.811.017	19,2	4.859.185	18,0	9.670.202	18,6
Negativi al test	20.304.434	80,8	22.067.422	82,0	42.371.856	81,4
<b>Totale campione</b>	<b>25.115.451</b>	<b>100</b>	<b>26.926.607</b>	<b>100</b>	<b>52.042.058</b>	<b>100</b>

## **Conclusioni**

Le evidenze disponibili mostrano che la frequenza del bere a rischio in Italia è un fenomeno da non sottovalutare. Se, da un lato, circa l'80 % della popolazione consuma secondo sani criteri di moderazione, esiste una consistente fascia di popolazione che segue modelli e stili di consumo a rischio che richiedono di essere intercettati e prevenuti.

Appare prioritario basare tutte le iniziative di breve termine su un'intensificazione delle iniziative di informazione e sensibilizzazione che possano incrementare i livelli di conoscenza nella popolazione sui rischi connessi al bere.

Appare inoltre indispensabile avviare in maniera sistematica iniziative di formazione per il personale sanitario relativamente all'uso di strumenti di identificazione precoce ed intervento breve che possono essere integrati nella pratica quotidiana dai medici afferenti a tutti i contesti di prevenzione primaria, privilegiando quelli lavorativi dove le persone svolgono la maggior parte della vita quotidiana.

E', infine, indispensabile non trascurare le iniziative di sensibilizzazione ed educazione sotto forma di cicli consecutivi e coordinati in tutte le scuole, a partire dalle materne ed elementari, che coinvolgano il livello parentale e familiare che rappresenta il fattore chiave per rafforzare le conoscenze e le abilità dei giovani nella gestione del bere prima che questo giunga a rappresentare un valore comportamentale.