



# RAPPORTI ISTISAN 21|7

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

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

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

### **Rapporto 2021**

E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, A. Matone, M. Vichi, R. Scipione, G. Palma,  
il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)



EPIDEMIOLOGIA  
E SANITÀ PUBBLICA



**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

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

**Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol  
sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione  
delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute  
Rapporto 2021**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini,  
Claudia Gandin, Alice Matone, Monica Vichi, Riccardo Scipione, Giulia Palma,  
Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)  
*Centro Nazionale Dipendenze e Doping*

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

**Rapporti ISTISAN  
21/7**

Istituto Superiore di Sanità

**Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2021.**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Monica Vichi, Riccardo Scipione, Giulia Palma, Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)  
2021, vii, 66 p. Rapporti ISTISAN 21/7

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa. L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale e alle attività del "Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA" previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 e dalla recente attivazione in ISS dell'azione centrale SIAS-SISTIMAL "International Sistema e Azione di Supporto a SISTIMAL" per la valutazione dell'implementazione delle politiche nazionale e regionali sull'alcol che il Ministero della Salute provvede a trasmettere alla World Health Organization (WHO). L'ONA, sede del WHO Collaborating Centre for Research on Alcohol, è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e WHO per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale. La stesura del presente rapporto è avvenuta durante la pandemia da nuovo coronavirus ma si riferisce prevalentemente a dati del 2019. La sfida futura sarà quella di affrontare la problematica alcol in funzione dei nuovi scenari epidemiologici ridisegnati dall'emergenza COVID-19.

*Parole chiave:* Alcol; Monitoraggio; Epidemiologia; Sanità pubblica

Istituto Superiore di Sanità

**Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy and in the Regions. Evaluation of the National Observatory on Alcohol on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan. Report 2021.**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Monica Vichi, Riccardo Scipione, Giulia Palma, Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)  
2021, vii, 66 p. Rapporti ISTISAN 21/7 (in Italian)

The alcohol consumption is an important public health problem, classified in Europe as a third risk factor for disease and premature death after smoking and arterial hypertension. The National Observatory on Alcohol (ONA) evaluates and analyses every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and in accordance with the National Statistical Plan and the activities of the "Alcohol monitoring system – SISMA" envisaged by the Decree of the President of the Council of Ministers of 3 March 2017 and by the recent start-up at ISS of the "central action" SIAS-SISTIMAL "International Sistema e Azione di Supporto a SISTIMAL" aimed at the evaluation of implementation of national and regional alcohol that the Ministry of Health is committed in providing to World Health Organization (WHO). 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 WHO. The drafting of this report took place during the new coronavirus pandemic but mainly refers to 2019 data. The future challenge will be to tackle the alcohol problem according to the new epidemiological scenarios redesigned by the COVID-19 emergency.

*Key words:* Alcohol; Monitoring; Epidemiology; Public health

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

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

Citare questo documento come segue:

Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Scipione R, Palma G e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporti ISTISAN 21/7).

---

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



**Il rapporto è stato realizzato dal Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) in collaborazione con:**

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

#### **Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA**

Emanuele SCAFATO (*Coordinatore*)

Antonella BACOSI  
Pierfrancesco BARBARIOL  
Fabio CAPUTO  
Marina CIANTI  
Tiziana CODENOTTI  
Simonetta DI CARLO  
Tiziana FANUCCHI  
Chiara FRAIOLI  
Claudia GANDIN  
Silvia GHIRINI  
Laura MARTUCCI  
Alice MATONE  
Valentino PATUSSI  
Andrea QUARTINI  
Rosaria RUSSO  
Riccardo SCIPIONE  
Gianni TESTINO  
Monica VICHI

---

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

I dati del rapporto contribuiscono allo standard di monitoraggio previsto dalle azioni centrali del Ministero della Salute attraverso il progetto SIAS-SISTIMAL "International Sistema e Azione di Supporto a SISTIMAL (Sistema di indicatori per il monitoraggio dell'impatto alcol-correlato in relazione alla partecipazione al monitoraggio in ambito internazionale". Accordo di collaborazione ISS – Ministero Salute, CCM - Azione Centrale"

---



# INDICE

<b>Prefazione</b> .....	v
<b>Politiche sull'alcol in Europa</b> .....	1
Consumo pro-capite di alcol .....	1
<b>Consumi nella popolazione italiana generale</b> .....	5
Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi .....	5
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici .....	8
<b>Comportamenti a rischio</b> .....	11
Consumatori abituali eccedentari.....	12
Consumatori fuori pasto.....	13
Consumatori <i>binge drinking</i> .....	14
Consumatori a rischio (criterio ISS) .....	16
Consumatori dannosi.....	18
<b>Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni</b> .....	20
Italia nord-occidentale.....	20
Piemonte .....	20
Valle d'Aosta .....	22
Lombardia .....	23
Liguria.....	23
Italia nord-orientale.....	23
Provincia Autonoma di Bolzano .....	24
Provincia Autonoma di Trento.....	24
Veneto .....	24
Friuli Venezia Giulia.....	25
Emilia Romagna.....	25
Italia centrale.....	25
Toscana .....	26
Umbria .....	26
Marche .....	26
Lazio .....	26
Italia meridionale .....	27
Abruzzo.....	27
Molise .....	27
Campania .....	28
Puglia .....	28
Basilicata.....	28
Calabria .....	28
Italia insulare.....	29
Sicilia .....	29
Sardegna.....	29

<b>Mortalità per decessi totalmente alcol-attribuibili</b> .....	30
Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere .....	30
Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza .....	33
<b>Club alcologici territoriali: risultati preliminari dell'attività dell'AICAT</b> .....	35
Caratteristiche demografiche .....	35
Caratteristiche sanitarie .....	38
<b>Consumo di alcol tra i giovani</b> .....	40
Consumatori di 11-17 anni .....	41
Consumatori di 18-20 anni .....	42
Consumatori di 21-25 anni .....	43
<b>Consumo di alcol nei giovani italiani: evidenze dall'indagine multiscopo 2018</b> ...	44
<b>Consumo di alcol tra gli anziani</b> .....	48
Consumatori giovani anziani (65-74 anni) .....	50
Consumatori anziani (75-84 anni) .....	50
Consumatori grandi anziani ( $\geq 85$ anni) .....	51
<b>Conclusioni</b> .....	52
<b>Bibliografia</b> .....	60

## PREFAZIONE

Quante volte abbiamo letto sui giornali, sentito in televisione o letto sui social in questo troppo lungo periodo di pandemia da coronavirus della crisi di tanti settori, tra i quali quello delle bevande alcoliche? E quante invece del rischio legato al consumo di alcol?

La pandemia ha cambiato molte abitudini, tra le altre anche gli acquisti su canali alternativi quali quelli di consegna a domicilio o di vendita online. Acquisti che, almeno per il settore delle bevande alcoliche, si stima abbiano conosciuto un'impennata nel 2020 tra il 181 e il 250% nell'*home delivery*, con un aumento dei consumi domestici, di cui non si conosce il reale impatto diretto sul consumatore e, indiretti, sui conviventi ma di cui i servizi di alcolologia e i dipartimenti per le dipendenze e di salute mentale hanno registrato e registrano una crescita di difficile gestione funzionale, organizzativa, logistica per la scarsità delle risorse a disposizione e la pleora di richieste inevase per le norme che hanno impedito l'accesso a prestazioni e servizi in presenza per tempi troppo prolungati e la contestuale impreparazione relativa a soluzioni digitali, mai prese in considerazione a parziale compensazione degli interventi ambulatoriali.

Il presente rapporto esamina i dati disponibili all'anno precedente la pandemia, il 2019, e entro pochi mesi si potranno elaborare i dati 2020, che verranno resi disponibili non prima della metà dell'anno, ma l'analisi preliminare degli indicatori di rischio legati all'alcol e l'esperienza registrata nei servizi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) delinea uno scenario peggiorato anche rispetto a quello del 2019.

Intossicazione o violenza domestica, perdita di controllo personale o maltrattamento al coniuge o ai minori sono solo alcuni dei fenomeni sociali per i quali, in Italia, in Europa e nel mondo, è concreta la percezione che l'alcol abbia rappresentato la sostanza psicoattiva di riferimento, di facile e legale disponibilità rispetto all'esigenza di allentare tensioni da ansia, insonnia, noia, repressione. Ed è plausibile, e spesso confermato dai fatti, che il periodo di crisi da disoccupazione forzata per milioni di persone (tra le quali molti giovani, mortificati nelle prospettive, vessati da datori di lavoro che, pur avendo richiesto e ottenuto la cassa integrazione per i propri dipendenti li ha richiamati al lavoro obbligandoli a lavorare) e altre situazioni dettate da dinamiche lavorative e affettive, legate alla separazione tra persone bloccate in regioni differenti, oltre a ulteriori situazioni percepite come ingiustizie o comunque anelanti il sollievo da una sofferenza, possano aver trovato canalizzazione nell'uso dapprima euforizzante e poi anti depressivo ed estraniante della droga più diffusa ed usata al mondo: l'alcol.

In tutta Europa è stata disseminata disinformazione sull'alcol attraverso vari mezzi di comunicazione e le principali fonti, tra le quali i produttori di bevande alcoliche, i giornali o le televisioni, i social; messaggi che in piena epidemia hanno imposto un'attivazione tardiva da parte delle istituzioni nel contrasto alle *fake-news* diffuse da alcuni settori della produzione di bevande alcoliche che si sono distinti per aver attuato la più massiccia disinformazione che ha spinto tanto l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) quanto il Ministero della Salute in attività di svalorizzazione delle «bufale» che millantavano un'azione disinfettante o igienizzante, o addirittura protettiva relativamente al SARS-CoV-2 di vino, grappa, resveratrolo, per spingere le persone a bere. Verificate le dinamiche europee e internazionali di strategie comunicative disinformative in atto, è stata determinante l'alleanza strategica con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO) che ha prodotto, supportata dalle competenze tecnico-scientifiche del Centro Collaboratore per la ricerca sull'alcol dell'ISS, una serie di rapporti e di infografiche per far aumentare, da un lato, la consapevolezza dei rischi che l'alcol comporta nel debilitare il sistema immunitario, ma anche per fornire adeguato supporto alle problematiche in atto in un vasto strato di popolazione, per le troppe persone che in virtù del *lockdown* sono state

impossibilità a ricevere supporto sanitario e sociale o interventi adeguati per risolvere nuovi e vecchi problemi legati al bere.

Non esistono esperienze su modalità predeterminate o linee guida da adottare per far fronte a una gestione mirata della recrudescenza di disturbi da uso di alcol che impattano, e continueranno a impattare, sui servizi e sulla società, sulle persone, rispetto all'identificazione precoce, screening, diagnosi, terapia e riabilitazione, spesso in "compresenza" con altre problematiche comportamentali da distanziamento sociale/isolamento, come fumo, gioco d'azzardo, scommesse, videogame, giochi online, disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e da sostanze illegali come la cannabis o altre droghe illegali. C'è l'urgenza di riprogrammare e rinnovare i servizi sanitari, ridefinire i programmi, riorganizzare l'intero sistema di cura, che ha dimostrato di non essere preparato a gestire un'emergenza importante come la pandemia, che continuerà a gravare sulla società ancora per molto tempo.

Conoscere è la base per poter garantire adeguatezza della risposta pubblica. Ed è proprio per questo che l'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) e il *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems* (Centro dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol) dell'ISS, attraverso la rete di collaborazioni internazionali, sta partecipando e mettendo nelle disponibilità dei decisori politici tutte le evidenze utili per delineare e implementare rinnovate strategie e i piani di azione e prevenzione. Tali strategie e piani d'azione dovranno essere tesi a favorire nuovi modelli d'ingaggio, primo tra tutti quello digitale, telematico per quanti, in necessità di trattamento e a fronte dell'esigenza di un intervento urgente e sostanziale, possano giovare di colloqui motivazionali, chat dedicate alla promozione della salute, alla sensibilizzazione, all'identificazione precoce dei principali fattori di rischio, agli screening anche virtuali di popolazione attraverso l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) proposto in autovalutazione, agli interventi e al trattamento, non esclusivamente farmacologico, dei disturbi da uso di alcol. Ciò nella consapevolezza dell'esigenza di un approccio integrato che abbia la capacità di agire su ciò che è modificabile (fattori ambientali e comportamentali) e su ciò che può trovare correzione (fattori fisiologici) anche rispetto ai fattori genetici di più complessa regolazione e/o adeguato controllo.

Il *day after* della pandemia non lascia prevedere un progresso verso il raggiungimento dei target prefissati dalle strategie legate agli Obiettivi di Salute Sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG) dell'Agenda 2030; è stato dimostrato dalla WHO che tali obiettivi sono stati contrastati dall'industria che oggi è ammessa ai tavoli di lavoro internazionali riguardanti la tutela della salute solo per essere ascoltata ed ora espressamente individuata come interlocutrice, non più come partner, una modifica radicale segnalata a tutti gli Stati Membri che stabilisce che la prevenzione è appannaggio esclusivo delle istituzioni vocate alla salute.

Il medio-lungo periodo non potrà non richiedere un ulteriore e più convinto impegno nel soddisfare l'esigenza crescente di azioni incisive per la lotta alle disuguaglianze, anche considerato e verificato che le povertà, vecchie e nuove, sono strettamente legate a una maggiore frequenza di disturbi da uso di alcol tra le persone vulnerabili e socialmente svantaggiate, gravate da un più elevato carico di malattia e di mortalità prematura dei meno abbienti e da un più limitato accesso ai servizi sanitari o a cure che prevedano un impegno economico non sostenibile in funzione del basso reddito.

Le consultazioni mondiali presso la WHO, rese indispensabili dal panorama epidemiologico fortemente peggiorato dalla pandemia, hanno confermato la necessità di accelerare sulle strategie di contrasto ai rischi e ai danni causati dall'alcol; esse sollecitano la necessità di rafforzamento delle azioni e delle politiche internazionali, europee e nazionali da dedicare al trattamento dei disturbi da uso di alcol, ma anche e soprattutto a prevenirli attraverso la riduzione del consumo medio pro-capite e almeno del 10% dei consumatori a rischio, specie di minori, adolescenti,

giovani, donne e anziani; all'incremento di misure, regolamentazioni, interventi volti a contrastare, sul target giovanile, e in particolare nei contesti scolastici, la pervasività di messaggi e azioni confondenti (il "bere responsabile" o la "educazione al bere" a cui preferire l'educazione alla salute); limitare la disponibilità delle bevande alcoliche; attuare più rigorose politiche di controllo della pubblicità e della comunicazione commerciale degli alcolici e una politica dei prezzi (uno dei *best buys* della WHO) che possa contribuire a non rendere conveniente l'acquisto di alcol (*happy hour*, promozioni di bevande alcoliche), specie in un periodo ancora non terminato di epidemia da Coronavirus in cui non bere alcolici dovrebbe essere il consiglio di buon senso da diffondere. Un recente rapporto della WHO dimostra che le politiche possono essere efficienti e, allo stesso tempo, giovare alla salute delle persone. Gli argomenti che affermano che qualsiasi politica che riduca il consumo di alcol può danneggiare l'economia e portare alla perdita di posti di lavoro, non sono coerenti con le prove attuali, essendo l'uso di alcol l'elemento efficiente per registrati effetti negativi sulla produttività economica.

Le scelte sono politiche, ma un'azione mirata a far crescere la consapevolezza nei consumatori dei rischi e dei danni che l'uso di alcol comporta è imprescindibile, tenendo conto che è già verificato che la propensione all'acquisto del consumatore è l'elemento chiaro di scelta già da anni riorientato anche verso ulteriori e variegati beni di consumo: come il fitness, la cura della persona, l'alimentazione, i viaggi, e la musica. Tutte alternative più salutari, che contribuiscono a una cultura da supportare nell'interesse di tutti.

Prof. Emanuele SCAFATO

*Direttore del WHO Collaborating Centre Research & Health  
Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems*

*Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol*

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

*Past President SIA, Società Italiana di Alcolologia*



## POLITICHE SULL'ALCOL IN EUROPA

### Consumo pro-capite di alcol

Nel 2016, nel Mondo si registrano oltre tre milioni di decessi causati dall'alcol, e nella sola Regione Europea della Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO) corrispondono a circa il 10% di tutti i decessi. Nella Regione europea della WHO si stima che il 62,3% della popolazione adulta ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'ultimo anno e che il consumo di alcol è causa di quasi un milione di morti ogni anno, pari a circa 2500 morti al giorno (di cui una su quattro è un giovane) (1-2).

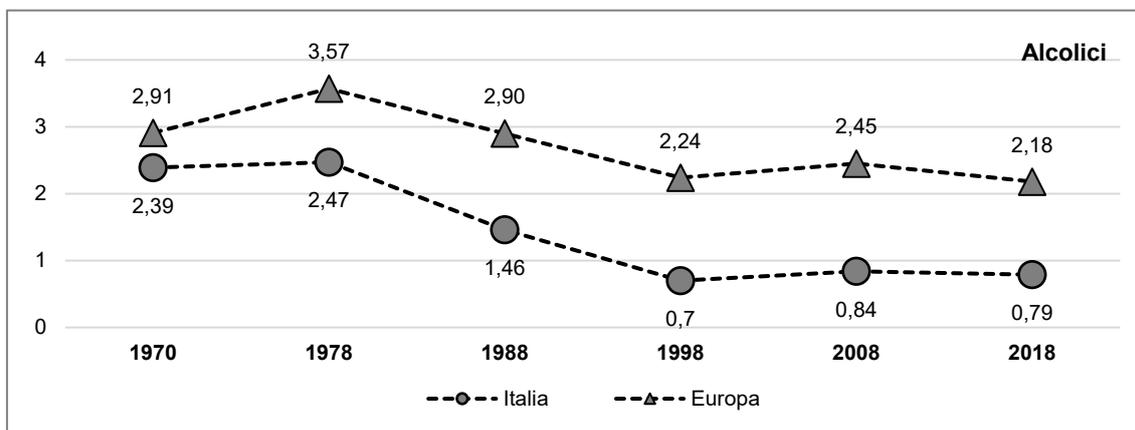
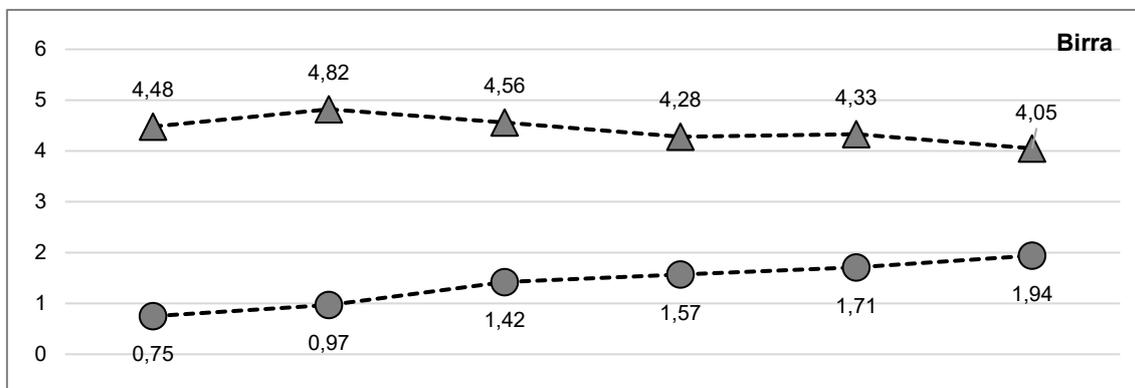
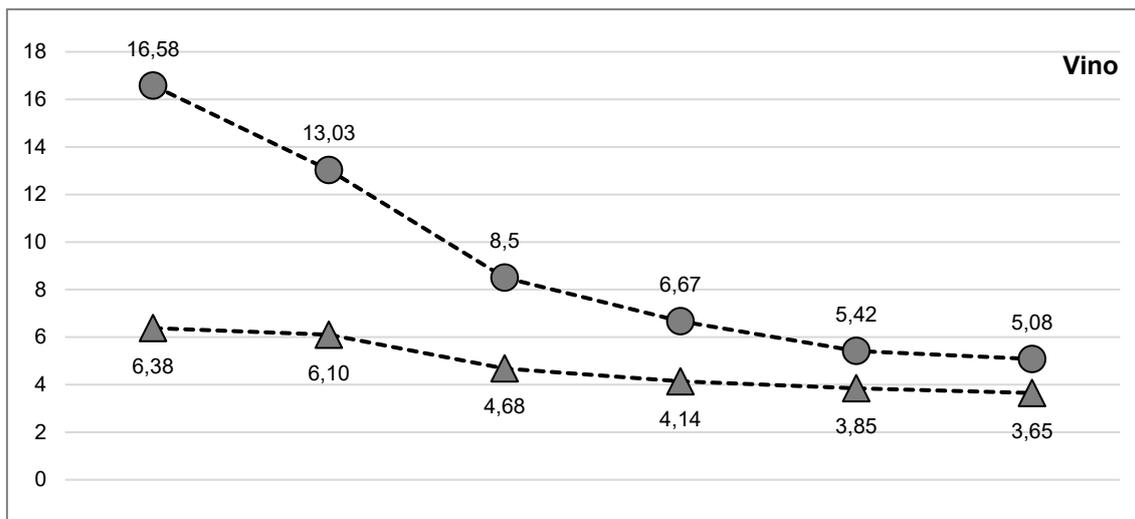
L'alcol è dimostrato essere causa di oltre 200 malattie e incidenti nella classificazione internazionale delle malattie, e circa 40 di queste sono del tutto attribuibili al consumo di alcol. Sono stati individuate due ampie categorie di malattie alcol-attribuibili: Le malattie non trasmissibili e croniche (es. malattie non trasmissibili, disturbi neurologici, il cancro, le malattie cardiovascolari e la cirrosi epatica) e le lesioni non intenzionali e intenzionali (1, 3-4). La WHO ha stimato infatti che il 29% dei decessi alcol-correlati sono avvenuti per patologie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari (19%) e infine il 18% per incidenti. Si stima inoltre che, nello stesso anno 7,6 milioni di anni siano stati persi prematuramente a causa del consumo di alcol (5).

È infine fondamentale ricordare che gli impatti sulla società sono devastanti e includono anche maggiori costi per l'assistenza sanitaria e per la comunità, carichi enormi sulla capacità dei servizi sanitari e perdite di produttività.

Come più volte ribadito anche dall'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) e dal *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems* dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), nel corso dei numerosi seminari e webinar formali svolti dalla WHO nel corso del 2020, le interferenze da parte del mondo della produzione sulle politiche di riduzione del consumo di alcol e quest'ultimo, rappresentano i principali ostacoli per il raggiungimento di 13 dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG) con ripercussioni su tutte e tre le dimensioni dell'Agenda 2030 (economica, sociale e ambientale) da raggiungere entro il 2030 (6-14). L'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha suggerito di utilizzare il Consumo Pro-capite di Alcol (CPA) in litri di alcol puro per garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età (obiettivo 3.5), rafforzando la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e uso dannoso di alcol (obiettivo specifico 3.5.1) (15).

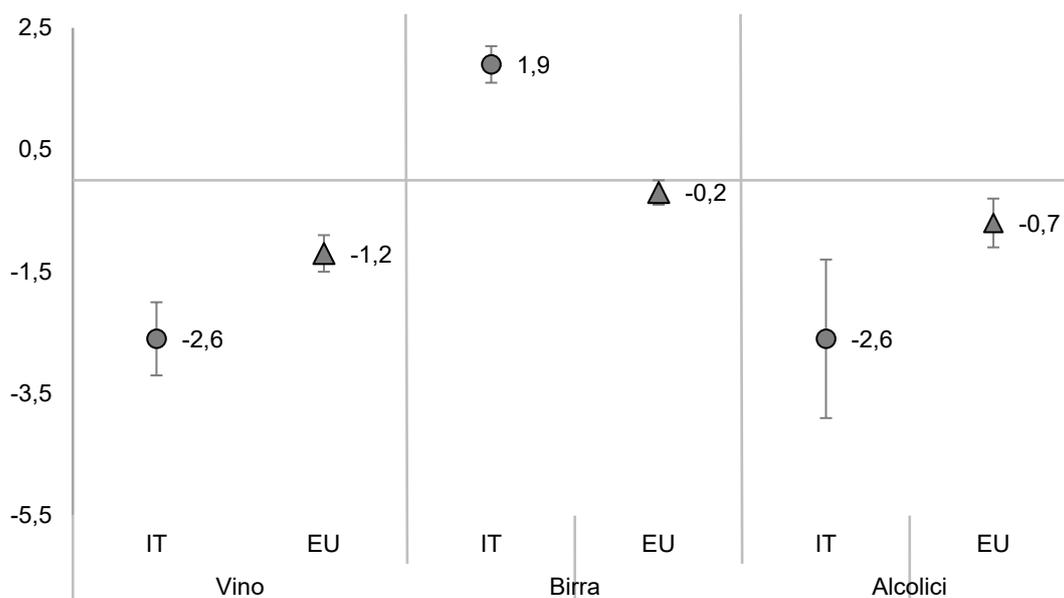
L'analisi del trend del consumo medio pro-capite mostra che in Italia il valore è passato da 19,72 nel 1970 a 7,81 nel 2018 e la diminuzione – AAPC (*Annual Average Percentage Change*) = -2,1  $p < 0,01$  – è stata maggiore rispetto a quella registrata a livello medio europeo (AAPC = -0,7  $p < 0,01$ ). La Figura 1 mostra che nel 1970 il consumo pro-capite di alcol in Italia era molto più elevato rispetto alla media dei Paesi Membri dell'Europa (19,72 vs. 13,83). Tra il 1970 e il 1998, in Europa a fronte di un iniziale incremento del consumo pro-capite – APC (*Annual Percentage Change*) 1970-1975: +1,7  $p < 0,01$  – si è osservata una diminuzione tra il 1975 e il 1998 (APC 1975-1998: -1,5  $p < 0,01$ ), mentre in Italia la diminuzione è stata costante e più consistente (APC 1970-1998: -3,1  $p < 0,01$ ). Nei tre anni successivi l'indicatore è aumentato in maniera non statisticamente significativa sia in Europa (APC 1998-2001: +1,9  $p < 0,2$ ) che in Italia (APC 1998-2001: +4,0  $p < 0,2$ ). Tra il 2002 e il 2018 infine, il consumo pro-capite di alcol a livello europeo è diminuito annualmente di 0,7 litri di alcol puro (APC 2001-2018: -0,7  $p < 0,01$ ) mentre in Italia, a fronte di una diminuzione rilevata tra il 2002 e il





**Figura 2. Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e per tipologia di bevanda. Italia. Anni 1996-2016**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel European Health for All database (HFA-DB) della WHO-Europa



**Figura 3. Variazione percentuale media annua (AAPC) dei litri di alcol puro pro-capite totale consumati per tipologia di bevanda. Italia. Anni 1970-2018**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nello *European Health for All database* (HFA-DB) della WHO-Europa

## CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

I dati dell'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana” condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) relativa alle abitudini di consumo degli italiani nel 2019 sono stati analizzati dall'ONA dell'ISS come previsto dal Programma Statistico Nazionale 2017-2019, aggiornamento 2019 e successivi (16), e dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA (SISTema di Monitoraggio Alcol-correlato) previste dal DPCM del 3 marzo 2017 (17). L'ONA, si è avvalsa delle competenze e delle metodologie sviluppate nell'ambito del programma CCM SISTIMAL (Sistema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto Alcol-correlato finalizzati alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del Consumo rischioso e dannoso di Alcol nella popolazione nazionale e regionale a supporto del Piano Nazionale di Prevenzione e alle Azioni Centrali del Ministero della Salute) basate sulle evidenze riconosciute a livello europeo e internazionale, ed ha fornito anche per l'anno 2019 il quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di sanità pubblica.

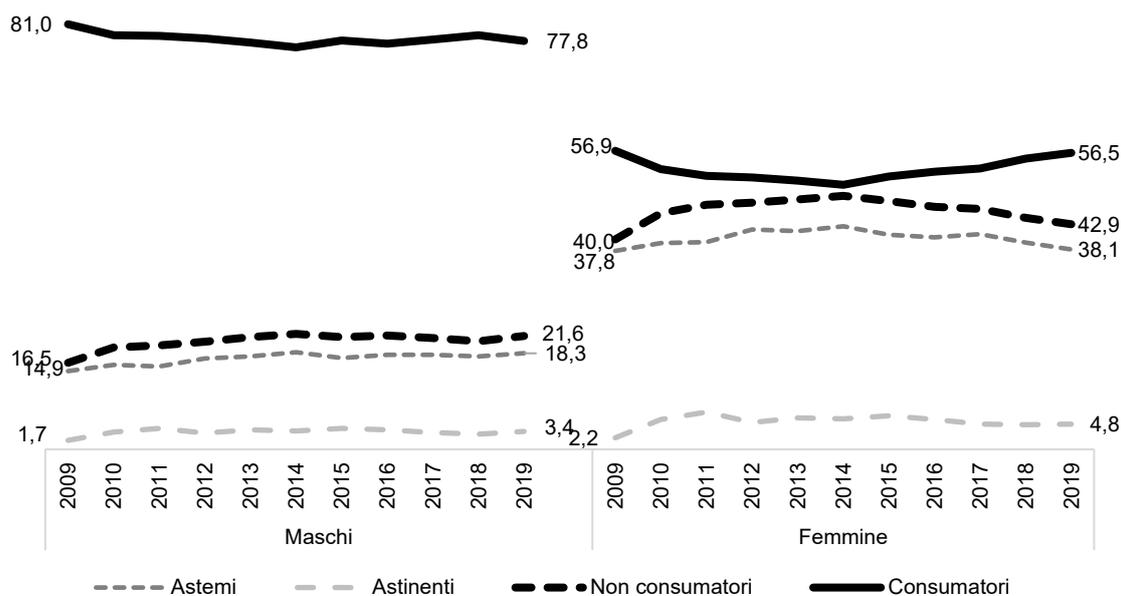
Le analisi condotte dall'ONA integrano le elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati “Il consumo di alcol in Italia” prodotte dall'ISTAT (18) relative all'anno 2019, al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione, alla salvaguardia della salute dei cittadini oltre che alla stesura della relazione al parlamento prevista ai sensi della Legge n. 125 del 30 marzo 2001 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati” (19). I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”. L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. I dati presentati si riferiscono alle abitudini di consumo rilevate nella popolazione italiana e regionale nell'anno che precede quello dell'epidemia da Coronavirus e che rappresenta l'anno di riferimento per poter poi valutare l'evoluzione dello scenario epidemiologico nel corso del 2020.

### Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi

Nell'ambito della WHO “Global Information System on Alcohol and Health” (20) sono stati identificati come indicatori fondamentali per il monitoraggio delle attività di prevenzione svolte dagli Stati (21) la prevalenza degli astemi e degli astinenti dal consumo di bevande alcoliche. In Italia ogni anno è possibile stimare gli astemi, ossia coloro che non hanno mai consumato bevande alcoliche nel corso della loro vita e gli astinenti, ossia coloro che nel corso degli ultimi dodici mesi non hanno consumato bevande alcoliche, pur avendone consumate prima, grazie alle informazioni raccolte attraverso l'“Indagine multiscopo delle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”.

La prevalenza degli astemi nel 2019 è stata del 18,3% tra gli uomini e del 38,1% tra le donne e per queste ultime il trend continua ad essere come lo scorso anno in diminuzione facendo registrare un ulteriore decremento del 3,4% rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza delle donne astemie rimane superiore a quella degli uomini in tutte le classi di età ad eccezione delle minorenni per i quali la differenza rispetto ai coetanei non è significativa (M=75,3%; F=77,6%) (Figura 4). Nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza degli astemi ha avuto un andamento diverso in base al

genere delle persone. Tra le donne il valore dell'indicatore è aumentato tra il 2009 e il 2014 (37,8 vs. 42,5%) per poi diminuire nuovamente negli anni successivi mentre per gli uomini si è assistito nel corso degli anni ad un costante aumento (14,9% nel 2018 vs. 18,3% nel 2019) (Figura 4). La prevalenza degli astinenti nel 2019 è stata del 3,4% tra gli uomini e del 4,8% tra le donne e per i primi si registra un incremento del 15,4%, rispetto alla precedente rilevazione; osservando l'andamento nell'ultimo decennio, l'indicatore ha mostrato una crescita per entrambe i generi tra il 2009 e il 2015 (sebbene con alcune oscillazioni) seguito da una diminuzione tra il 2015 e il 2017 per gli uomini e tra il 2015 e il 2018 per le donne (Figura 4).



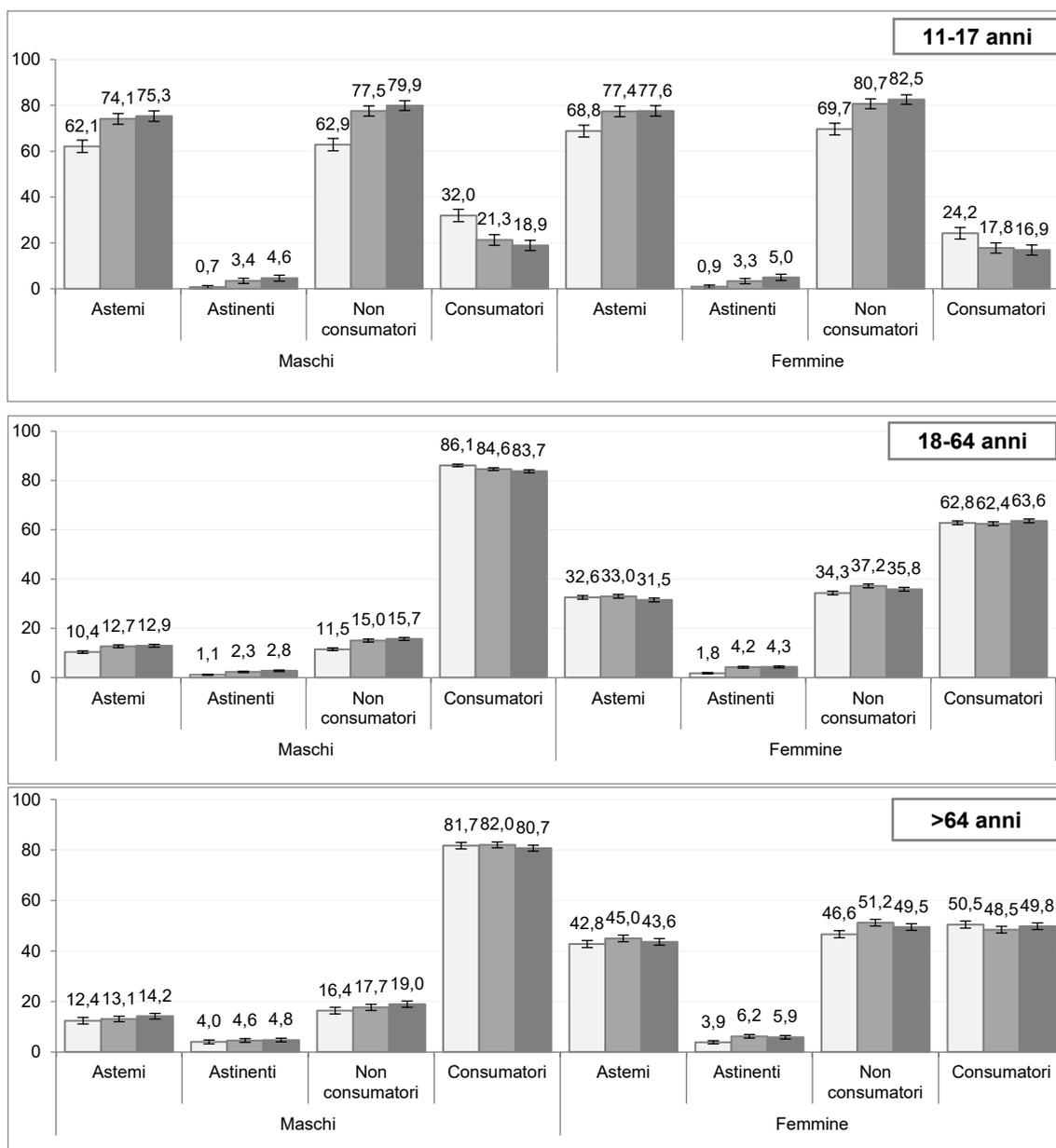
**Figura 4. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per genere (2009-2019)**

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

Nel 2019 si stima che le persone di età superiore a 11 anni che non hanno consumato bevande alcoliche (astemi + astinenti) sono state circa 17.770, pari al 21,6% degli uomini e il 42,9% delle donne. Rispetto al 2019 per le donne non consumatrici si osserva una riduzione del 2,8% viceversa per gli uomini si rileva un incremento del 4,8%. L'analisi degli ultimi anni mostra che per le donne, a fronte di un incremento registrato tra il 2009 e il 2014, continua a diminuire costantemente la prevalenza delle donne che non hanno consumato bevande alcoliche; per gli uomini invece a fronte di una crescita iniziale tra il 2009 e il 2014, si osserva tra il 2015 e il 2018 un andamento pressoché stabile dell'indicatore.

I consumatori di almeno una bevanda alcolica di sesso maschile sono stati nel 2019 il 77,8% degli italiani di 11 anni e più (pari a oltre 20 milioni di persone), e sono leggermente diminuiti rispetto alla precedente rilevazione (-1,4%); la prevalenza delle donne che hanno consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno invece è stata del 56,5% e si conferma il trend in crescita dal 2014 dell'indicatore. L'analisi degli ultimi 10 anni mostra una diminuzione tra il 2009 e il 2014 delle prevalenze di consumatori per entrambi i generi; successivamente si osservano delle oscillazioni del valore dell'indicatore per il genere maschile ed un trend in costante crescita per il genere femminile (+12,1%) (vedi Figura 4).

L'analisi per classe di età evidenzia che la prevalenza dei consumatori è maggiore per gli adulti di 18-64 anni indipendentemente dal sesso e che; in questa classe di età, si rileva tra gli uomini una riduzione della prevalenza degli astemi rispetto ai 10 anni precedenti. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile è superiore a quella delle coetanee ad eccezione della classe di età dei giovani per i quali i dati sono approssimabili; per i ragazzi di entrambi i generi infine si osserva una riduzione della prevalenza dei consumatori rispetto al 2009, più consistente per gli uomini (Figura 5).

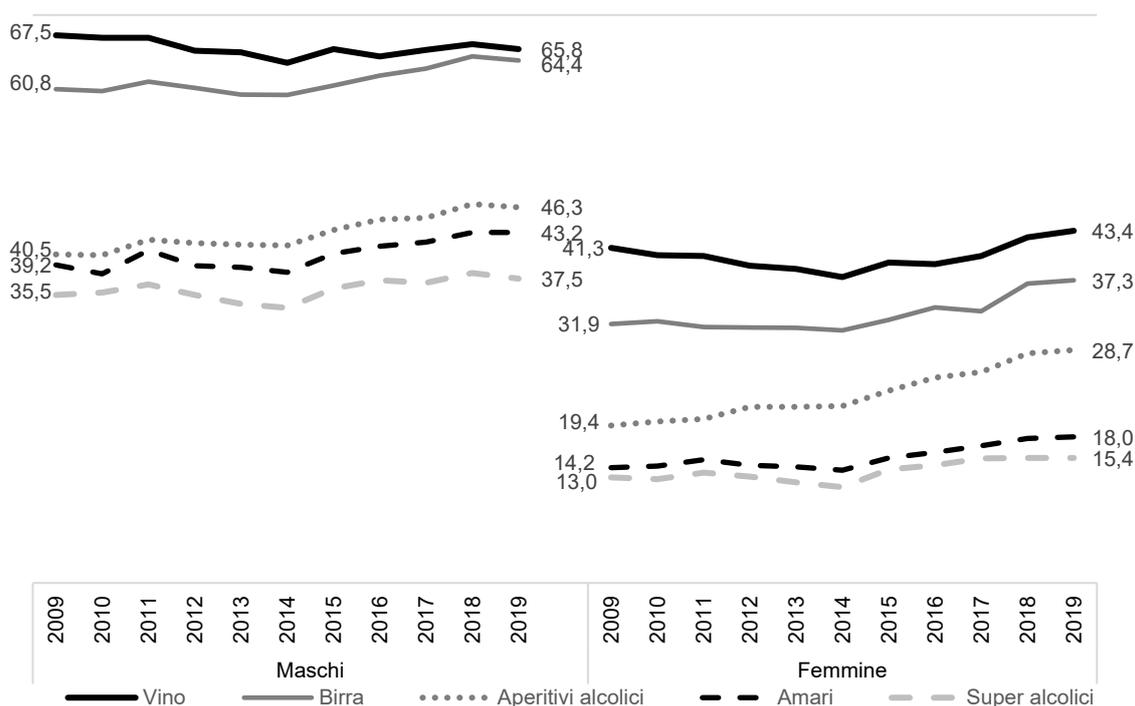


**Figura 5. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per genere e classe di età (2009, 2018, 2019)**

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

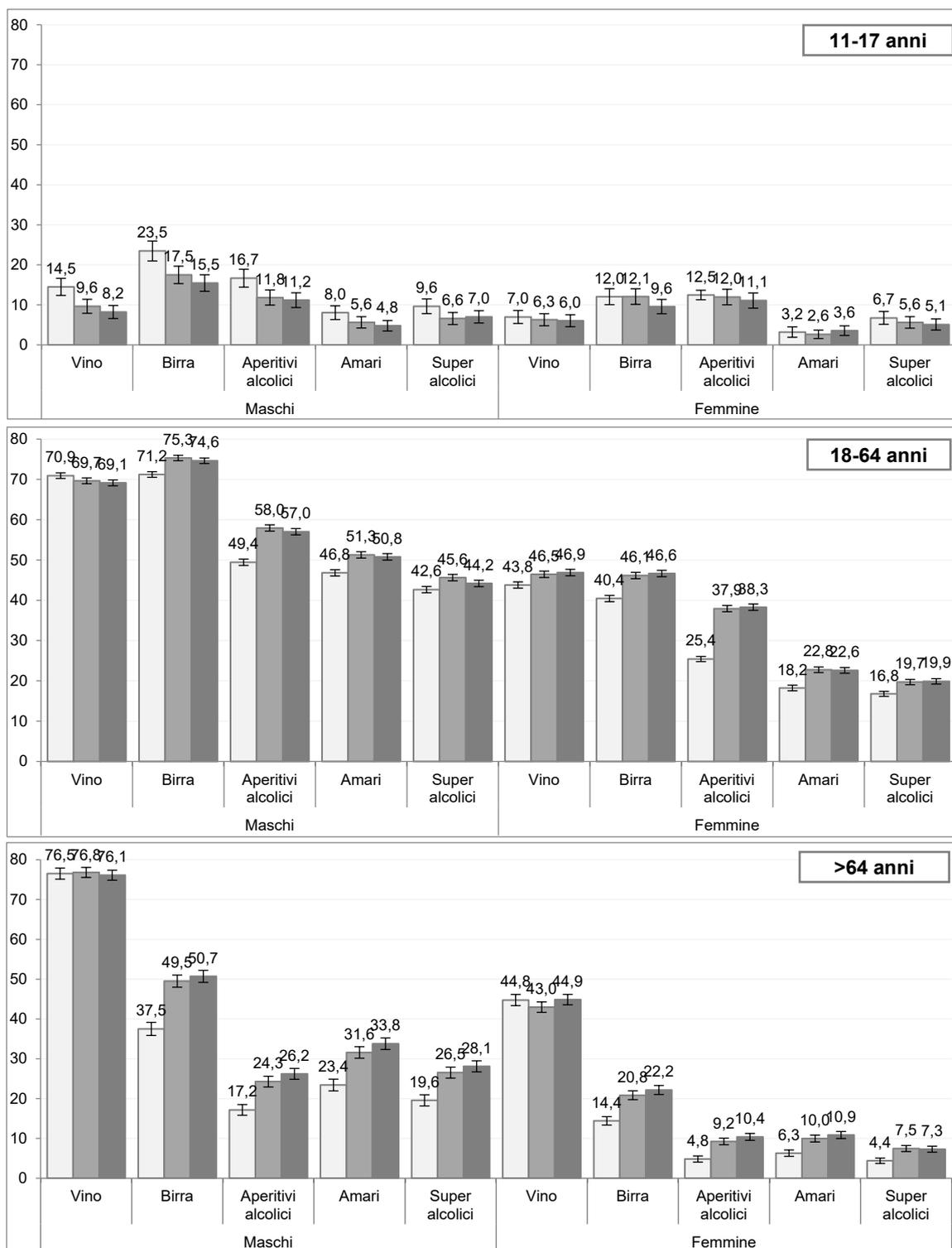
## Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici

I consumatori di vino nel 2019 sono stati più di 29 milioni e 500 mila persone, rispettivamente il 65,8% degli uomini e il 43,4% delle donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. L'analisi dei dati degli ultimi 10 anni mostra una diminuzione per entrambi i generi della prevalenza dei consumatori di vino tra il 2009 e il 2014 ma l'andamento appare diversificato per genere negli anni successivi; per gli uomini il dato di prevalenza ha subito delle oscillazioni tra il 2014 e il 2019 mentre per le donne si conferma un trend in crescita dell'indicatore (Figura 6).



**Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere (2009-2019)**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Gli uomini mostrano prevalenze di consumatori di vino molto superiori rispetto alle donne per tutte le classi di età considerate ad eccezione di quella giovanile e presentano un andamento più stabile nel corso degli anni. L'analisi per classe di età mostra che per gli uomini la prevalenza è più elevata nella classe di età anziana (76,1%) mentre per le donne il valore più elevato si registra tra le adulte di 18-64 anni (46,9%); le prevalenze dei consumatori di vino infine solo più basse tra i giovani (M=8,2%; F=6,0%) (Figura 7). Nel 2019 i consumatori di aperitivi alcolici di età superiore a 11 anni sono stati oltre venti milioni e la prevalenza è stata molto più elevata per gli uomini (46,3%) rispetto alle donne (28,7%). La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è aumentata per entrambi i generi negli ultimi dieci anni e a decorrere dal 2014 l'incremento è stato più marcato, in particolare per le donne; nel corso dell'ultimo anno tuttavia, non si osservano variazioni significative dell'indicatore né per gli uomini né per le donne (Figura 7).



**Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere e classe d'età (2009, 2018-2019)**

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

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici è più elevata nella classe di età adulta seguita dagli anziani mentre il dato più basso si registra tra i giovani per i quali tuttavia non si osservano differenze significative di genere (*vedi* Figura 7).

Gli amari sono stati consumati, nel 2019, da oltre 16 milioni e 400 mila persone di età superiore a 11 anni e anche in questo caso la prevalenza tra gli uomini è molto superiore rispetto a quella rilevata per le donne (M: 43,2%; F: 18,0%) (*vedi* Figura 6). La prevalenza dei consumatori di amari ha subito delle oscillazioni tra il 2009 e il 2014 e successivamente è aumentata per entrambi i generi, sebbene non si osservano variazioni significative dell'indicatore rispetto al precedente anno (*vedi* Figura 6). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza di consumatori di amari è più elevata nella classe di età adulta seguita dagli anziani mentre il dato più basso si registra tra i giovani per i quali tuttavia non si osservano differenze significative di genere. Per le classi di età adulte ed anziane di entrambi i generi si osserva un incremento della prevalenza dei consumatori di amari rispetto al 2009 mentre, al contrario, si rileva una riduzione statisticamente significativa della prevalenza dei soli ragazzi di 11-17 anni (*vedi* Figura 7).

I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2019 da oltre quattordici milioni e duecento persone di età superiore a 11 anni, pari al 37,5% degli uomini e al 15,4% delle donne. La prevalenza dei consumatori di super alcolici ha subito delle oscillazioni tra il 2009 e il 2014 ma, come per altre bevande, è successivamente aumentata per entrambi i generi, stabilizzandosi nel corso degli ultimi anni (*vedi* Figura 6). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza è più elevata nella classe di età adulta seguita dagli anziani e che il dato più basso si registra tra i giovani per i quali tuttavia non si osservano differenze significative di genere (*vedi* Figura 7).

## COMPORAMENTI A RISCHIO

L'alcol è una delle sostanze psicoattive più comunemente utilizzate in Europa ed è un fattore di rischio di malattia con un impatto non solo sui singoli bevitori ma anche sulla società in generale.

Il consumo di alcol è considerato il quinto principale fattore di rischio per il carico di malattia globale e nel 2016 il 5,5% di tutti i decessi nei 30 Paesi dell'Unione Europea (UE) sono stati causati dall'alcol per un totale di 291.100 persone che sono morte in gran parte per patologie oncologiche (29% dei decessi attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali e atti di autolesionismo e violenza interpersonale (28%); la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol è stata riscontrata infine nei giovani adulti (22-23).

Nonostante sia stato dimostrato che il consumo occasionale di alcol possa avere effetti protettivi sulle cardiopatie coronariche, sull'ictus ischemico e sul diabete, secondo la WHO, al netto di tutti i presunti vantaggi, gli effetti nocivi e di pregiudizio dell'alcol alla salute risultano sempre preponderanti (24-25).

Nella Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi sanitari correlati, 10<sup>a</sup> revisione (*International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> revision*, ICD-10) (26) sono infatti riportate almeno 30 categorie di condizioni totalmente alcol-attribuibili oltre a più di 200 malattie parzialmente alcol attribuibili tra cui numerosi tipi di neoplasie (27-29), le malattie cardiovascolari e le disfunzioni metaboliche. È infine dimostrato che il consumo di alcol abbia ricadute pesanti sulle famiglie di chi beve secondo modalità rischiose o dannose di alcol e sulla comunità in generale a causa del deterioramento delle relazioni personali e di lavoro, dei comportamenti criminali (es. vandalismo e violenza), della perdita di produttività e dei costi a carico dell'assistenza sanitaria (30).

Molti Paesi europei, al fine di promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato nel corso degli anni le linee guida per un consumo a basso rischio standardizzate e condivise a livello europeo, che sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines* (31-33).

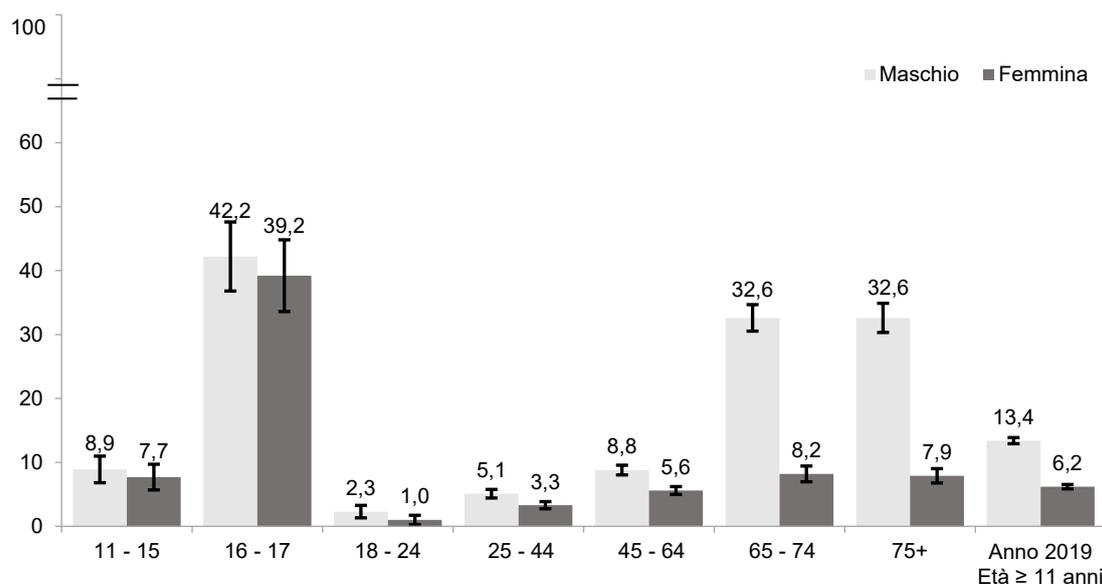
In Italia, le linee guida per il consumo a basso rischio sono state inserite nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione (34), curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA) ribadendo che non esistono livelli sicuri di consumo di alcolici e che non bere è la scelta migliore per la prevenzione del cancro, escludendo qualità "benefiche" del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrol, xantumolo) presenti in quantità assolutamente inefficaci a determinare un qualunque effetto se non a fronte di ingestione letale di litri di bevanda alcolica incompatibili con lo stato in vita.

Al fine di promuovere strategie sanitarie e alimentari basate su stili di vita salutari è infine necessario monitorare oltre al consumo abituale eccedentario, anche tutti quei comportamenti occasionali che possono causare un danno immediato alla salute come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* (assunzione in un'unica occasione di consumo di elevate quantità di alcol pari mediamente a 60 grammi di alcol, 5-6 Unità Alcoliche, UA; una UA equivale a 12 grammi di alcol puro) (35).

## Consumatori abituali eccedentari

Il consumo abituale eccedentario è una modalità di consumo di bevande alcoliche per la quale sono stati definiti frequenza e quantità di bevande alcoliche che, in relazione al genere e all'età della persona, non dovrebbero essere superati in maniera abituale per non incorrere in problemi per la salute. I limiti stabiliti per questa abitudine di consumo a rischio sono riportati nel Dossier Scientifico delle Linee Guida per una sana alimentazione, curato dal CREA (34) e da ormai molti anni sono stati acquisiti dal Ministero della Salute, dall'ISTAT e dall'ISS per monitorare le abitudini di consumo della popolazione (36-39). Le raccomandazioni per non superare i limiti di consumo a basso rischio prevedono che sotto i 18 anni i ragazzi dovrebbero astenersi da qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, come ribadito dalla legge italiana; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) a causa della loro maggiore vulnerabilità, il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non superare le due UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata.

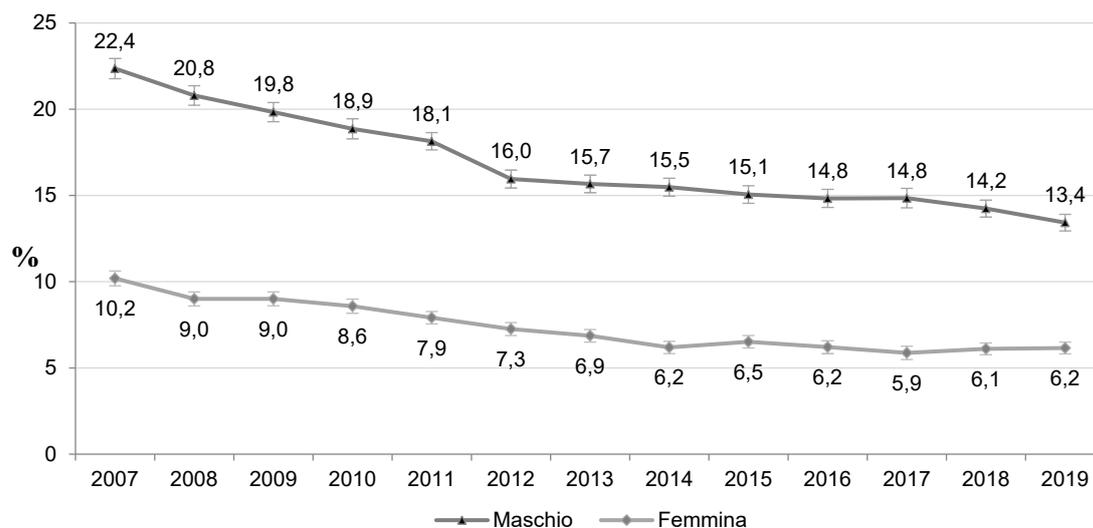
Nel 2019 il 13,4% degli uomini e il 6,2% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.300.000 persone. La percentuale più elevata per entrambi i sessi, si rileva tra gli adolescenti di 16-17 anni (M=42,2%; F=39,2%) e tra gli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa viceversa si registra nella fascia di età 18-24 anni (M=2,3%; F=1,0%) (Figura 8).



**Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2019)**

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

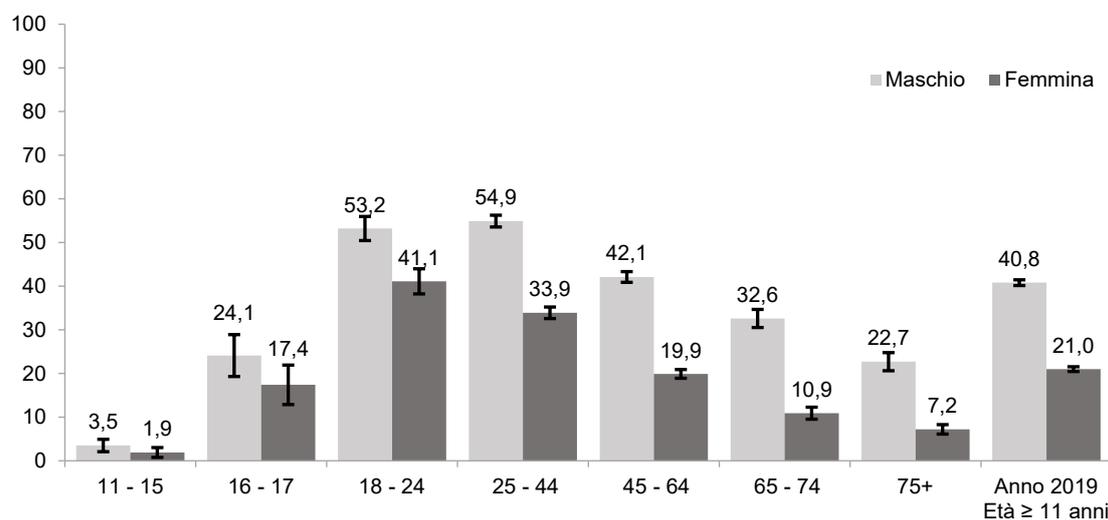
L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari, condotta separatamente per uomini e donne di età superiore a 11 anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita nel corso di questi dieci anni complessivamente del 32,3% tra gli uomini e del 31,6% tra le donne. Per gli uomini si registra una diminuzione nel corso degli ultimi due anni mentre per le donne i valori sono rimasti pressoché stabili (Figura 9).



**Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2009-2019)**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumatori fuori pasto

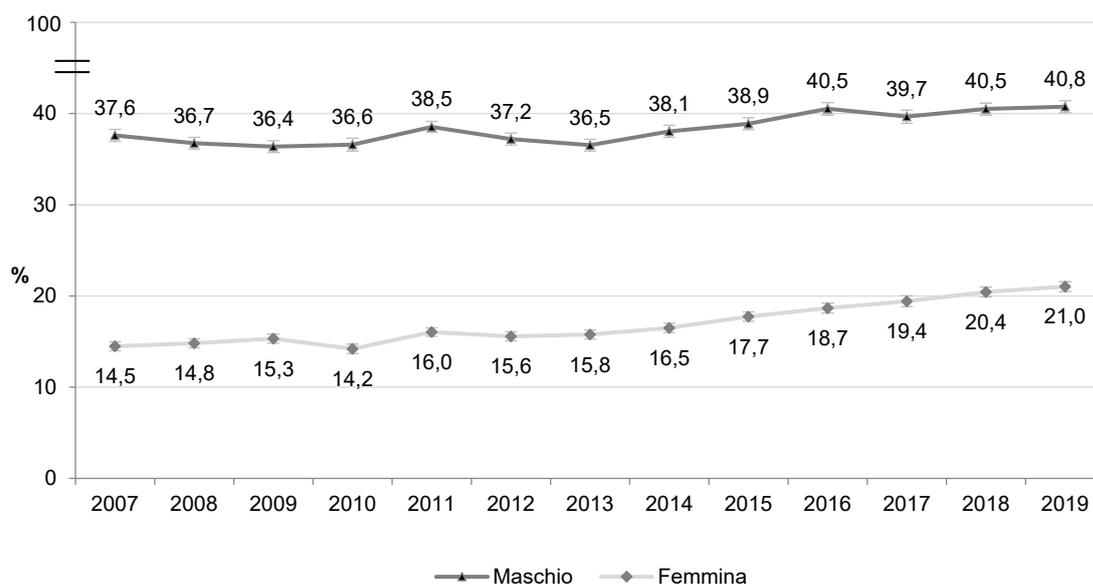
Le persone che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti nel 2019 sono state il 40,8% degli uomini e il 21,0% delle donne, pari a circa diciassette milioni di persone di età superiore a 11 anni (Figura 10).



**Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2019)**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni, con oltre la metà degli uomini che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti e tra le donne nella classe di età 18-24 anni (41,1%); per entrambi i sessi e oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente. La prevalenza più bassa si rileva senza distinzione di genere tra i giovanissimi di 11-15 anni (M=3,5%; F=1,9%) (vedi Figura 10).

L'analisi del trend dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, per entrambi i generi, è aumentata la prevalenza dei consumatori fuori pasto rispetto a dieci anni prima (M=+12,0%; F=+37,3%). Per il genere maschile non si rilevano rispetto al 2018, variazioni statisticamente significative mentre per le femmine si conferma la costante crescita della prevalenza di consumatrici fuori pasto osservata dal 2012 (sebbene nel 2019 l'incremento non risulti statisticamente significativo) (Figura 11).



**Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2007-2019)**

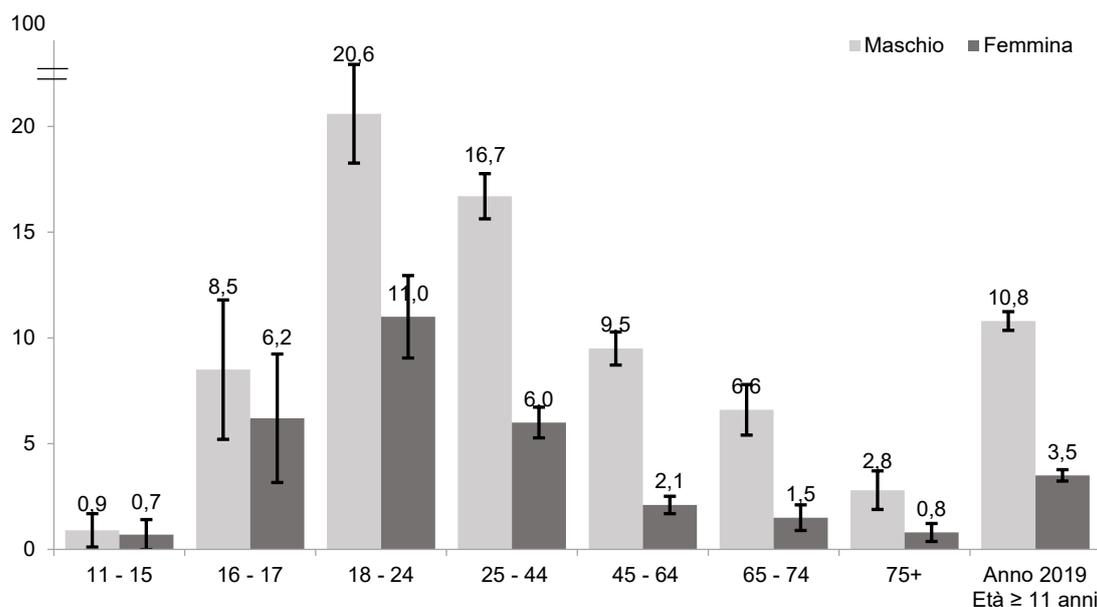
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking* è un comportamento a rischio per la salute praticato in particolare modo dalla fascia più giovane della popolazione e che prevede l'assunzione di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo. Questa modalità di consumo espone il bevitore stesso a numerosi rischi per la sua salute e ha ripercussioni anche sull'intera società in cui il bevitore è inserito. Il *binge drinking*, sviluppatosi inizialmente nei solo nei Paesi del Nord Europa è da ormai molti anni molto diffuso anche in Italia. Nel settembre 2014, gli Stati membri dell'Unione europea (UE), rappresentati dal Comitato per la politica e l'azione nazionale sull'alcol (CNAPA), hanno approvato il Piano d'Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (*binge drinking*) (2014-2016) (40-41) con l'obiettivo di sostenere gli Stati Membri nella riduzione del danno alcol-correlato in questo target sensibile di popolazione (42). Il piano d'azione era stato prorogato fino al 2020 ed è attualmente in fase di elaborazione il nuovo documento

programmatico. L'ISTAT dal 2003 ha inserito nell'Indagine multiscopo sulle famiglie dei quesiti specifici per rilevare questo comportamento a rischio e ha identificato con il termine *binge drinking* un consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad una UA standard contenente 12 grammi di alcol puro), indipendentemente dal sesso, concentrato in un'unica occasione di consumo (36-38)

La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nel 2019 è stata pari a 10,8% tra gli uomini e 3,5% tra le donne di età superiore a 11 anni e identifica 3 milioni e ottocento persone che hanno praticato il *binge drinker*, con valori diversificati per genere e classe di età delle persone (Figura 12).

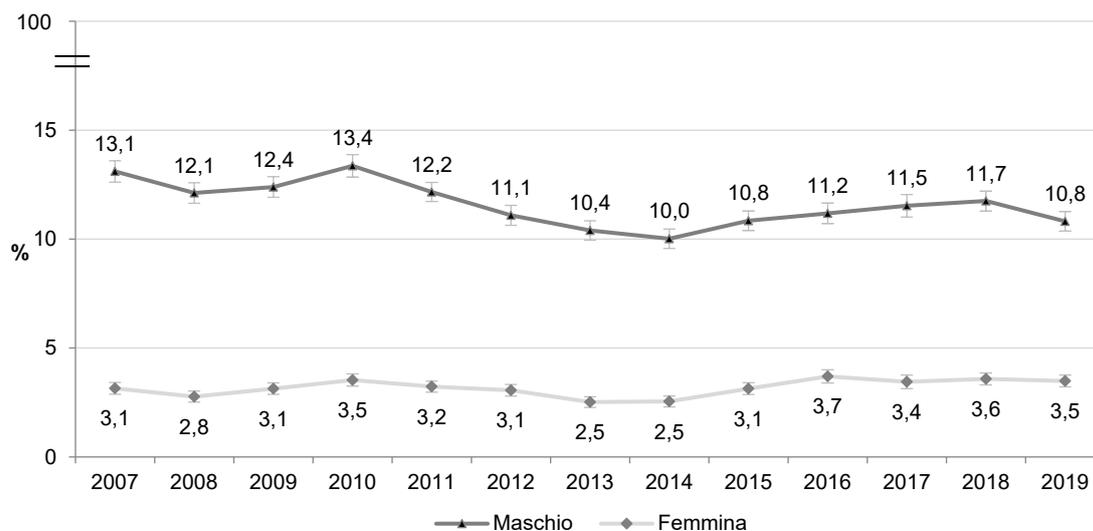


**Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2019)**

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

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=20,6%; F=11,0%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane. La proporzione di *binge drinker* di sesso maschile è superiore a quella di sesso femminile indipendentemente dall'età degli intervistati ad eccezione dei giovani di età inferiore ai 17 per i quali la differenza di genere non è statisticamente significativa (Figura 12).

L'analisi dell'andamento temporale dei *binge drinker* di sesso maschile mostra che tra il 2009 ed il 2019, la prevalenza è diminuita del 12,7%, ed in particolare rispetto al 2018 la prevalenza è diminuita del 7,9%; per il genere femminile non si registrano variazioni significative ne rispetto al 2009 ne rispetto alla precedente rilevazione (Figura 13). Anche in questo caso quasi quattro milioni di consumatori che giungono all'intossicazione rappresentano un grave problema sia di salute che di enorme pressione sul sistema di pronto intervento per le procedure di disintossicazione e di ricovero che rappresentano costi evitabili e spreco di risorse da contrastare attraverso azioni complesse multisettoriali anche di rispetto delle norme di cui non si riscontra, come noto, adeguata applicazione insieme all'assenza di protocolli sanitari d'intercettazione e ricomprensione in una rete d'intervento precoce da decenni richiesta e ad oggi inesistente.



**Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2007-2019)**

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

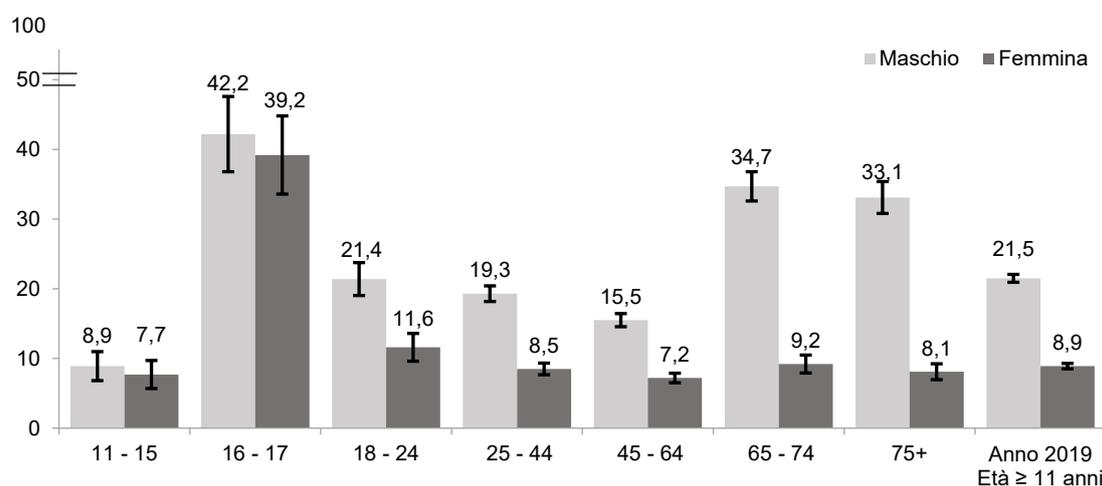
## Consumatori a rischio (criterio ISS)

Da ormai molti anni tutte le strategie comunitarie e i Piani di Azione della WHO (43-44) ribadiscono che non esistono soglie o livelli raccomandabili o “sicuri” di consumo di bevande alcoliche, in quanto sulla base delle attuali conoscenze scientifiche, non esistono soglie di consumo non pregiudiziali per la salute e la sicurezza dei cittadini. Numerosi studi forniscono informazioni circa i rischi legati alle quantità di alcol ingerito dalle persone, alla frequenza con cui l’assunzione avviene, al consumo di bevande a stomaco pieno, alla capacità di metabolizzare l’alcol in relazione al sesso e all’età, alle condizioni di salute degli individui e all’assunzione di farmaci in associazione alle bevande alcoliche. Tenendo conto di tali indicazioni ONA-ISS ha costruito un indicatore di sintesi per il monitorare il consumo a rischio nella popolazione italiana, specifico in base al sesso e all’età dell’individuo, che esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking*.

Tale indicatore è stato validato attraverso un’analisi congiunta di un gruppo di esperti statistici, epidemiologi e clinici e da molti anni utilizzato a livello formale nei sistemi di monitoraggio nazionale (38; 39) e nella relazione al Parlamento (37). Nell’indicatore di sintesi sono considerati “consumatori a rischio (criterio ISS)”: i giovani di età inferiore a 18 anni che praticano un qualsiasi consumo di bevande alcoliche (anche occasionale); gli adulti di sesso maschile che superano un consumo quotidiano di due UA standard di bevande alcoliche; le donne e gli anziani che superano un consumo quotidiano di una UA; tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l’età, o che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell’anno.

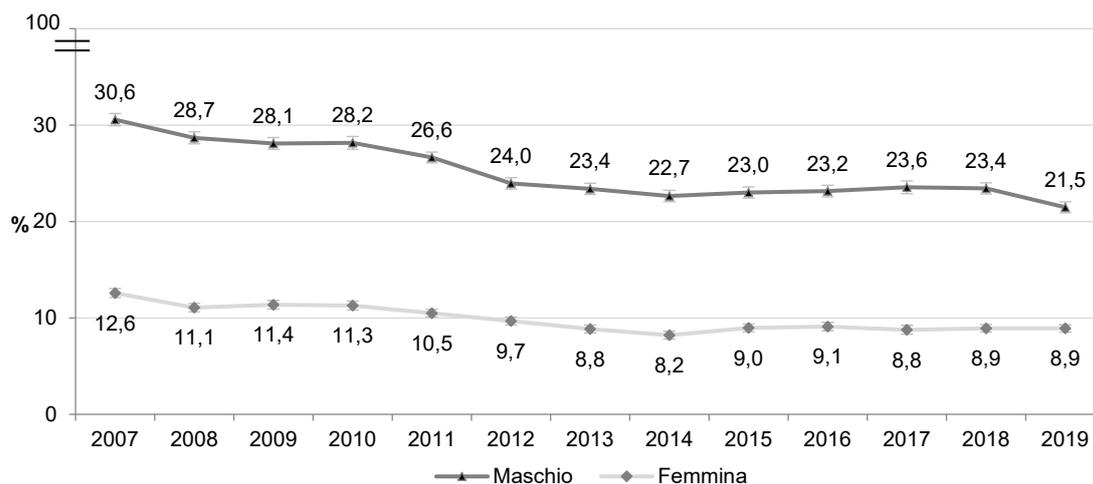
L’indicatore di sintesi così costruito, mostra che nel 2019, il 21,5% degli uomini e l’8,9% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.200.000 individui (M=5.700.000, F=2.500.000) non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica relativamente alle modalità di consumo di bevande alcoliche (Figura 14). L’analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio per entrambi i generi è quella dei 16-17enni (M=42,2%, F=39,2%),

seguita dagli anziani ultra 65enni. Verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute, circa 750.000 minorenni e 2.700.000 ultra sessantacinquenni sono individui da considerare a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate, esattamente quei target di popolazione sensibile per i quali la WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte sensibilizzate le persone sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica. La prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età a eccezione dei minorenni (Figura 14).



**Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2019)**  
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento temporale mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita tra il 2007 e il 2013 (M=23,5%; F=29,7%) ed è rimasta pressoché stabile tra il 2014 e il 2018; nel corso dell'ultimo anno si rileva invece una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori a rischio per il solo genere maschile che sono passati da 23,4% a 21,5% (-8,4%) (Figura 15).



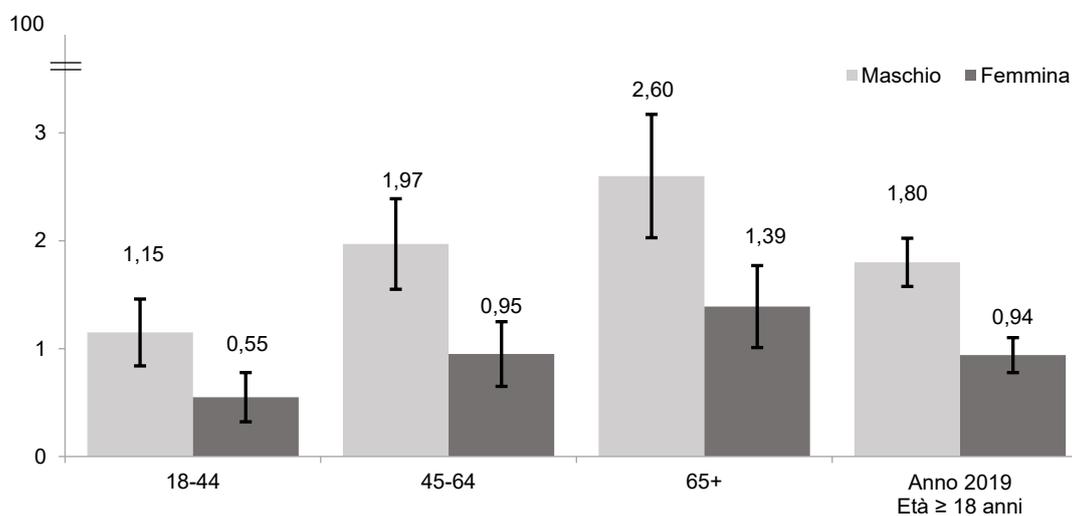
**Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2018)**  
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumatori dannosi

Il consumo dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione in tutto il mondo e ha un impatto diretto su molti obiettivi relativi alla salute degli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), compresi quelli sulla salute materna e infantile, sulle malattie infettive (HIV, virus epatite, tubercolosi), sulle malattie non trasmissibili e sulla salute mentale, le lesioni e gli avvelenamenti. Nel 2016 nel mondo, il consumo dannoso di alcol ha provocato circa 3 milioni di decessi (5,3% di tutti i decessi) e 132,6 milioni di anni di vita persi al netto della disabilità (*Disability-Adjusted Life Year, DALY*), ovvero il 5,1% di tutti i DALY in quell'anno (22).

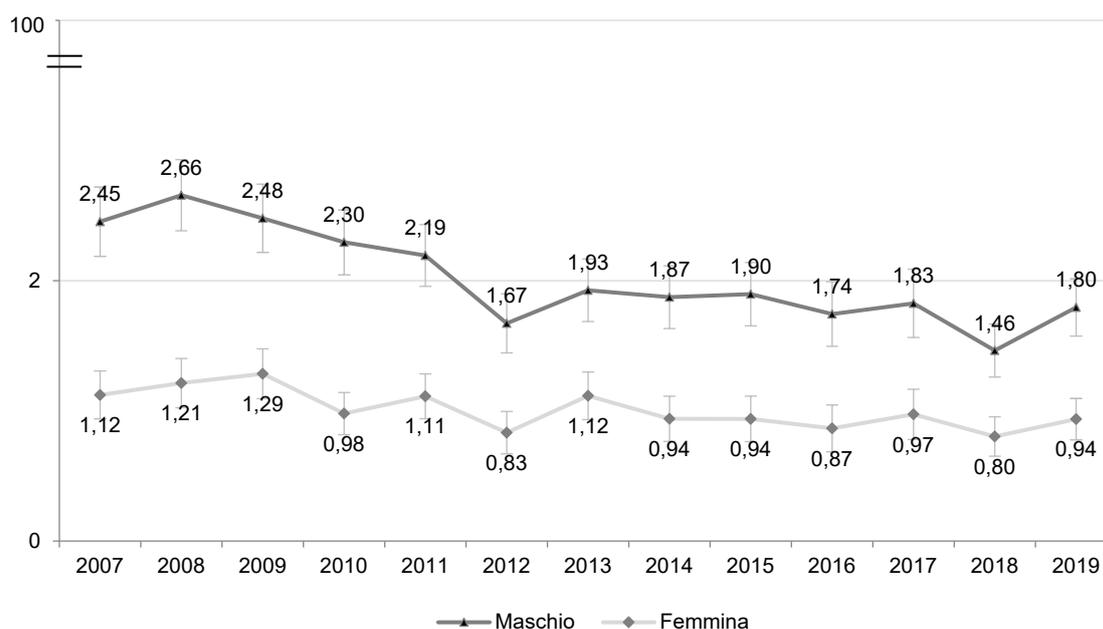
In Italia il consumo dannoso corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico e mentale e nel sistema di monitoraggio italiano viene rilevata attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 grammi di alcol al giorno per le donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 grammi di alcol al giorno per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA) (34). I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti da considerarsi “in need for treatment” ai sensi del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) e assimilati clinicamente all'alcol dipendente e quindi da prendere in carico presso i servizi territoriali, insieme ai 67.000 alcol dipendenti già in carico che rappresentano, quindi, solo il 10 % dei pazienti attesi.

Nel 2019 in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi nella popolazione adulta (età  $\geq 18$  anni) è stata dell'1,80% tra gli uomini e dello 0,94% tra le donne, pari a circa 670.000 persone maggiorenni (M=430.000; F=240.000). L'analisi per classi di età mostra che nella popolazione anziana la prevalenza è più elevata rispetto a quella registrata tra i 18-44enni (Figura 16). Nel corso dell'ultimo anno si è registrato un incremento della prevalenza di consumatori dannosi che è passata da 1,46% a 1,80%, in particolare nella popolazione maschile con un aumento significativo del 22,7% (Figura 17).



**Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere e classi di età (2019)**

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



**Figura 17. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere (2007-2019)**

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

Tra gli uomini, l'andamento della prevalenza dei consumatori dannosi ha seguito l'andamento registrato per i consumatori giornalieri diminuendo tra il 2007 e il 2012 e stabilizzandosi successivamente; tra le donne la prevalenza delle consumatrici dannose ha subito delle oscillazioni nel corso degli ultimi anni e non si registrano variazioni statisticamente significative nel periodo indagato (vedi Figura 17).

Per entrambi i sessi è quindi mancato l'obiettivo auspicabile della riduzione di medio e lungo periodo a testimonianza dell'incapacità d'intercettazione da parte del sistema di persone / pazienti già con danno d'organo e in necessità di un trattamento al quale non hanno avuto accesso, una disuguaglianza macroscopica a carico delle strutture dell'SSN e del sistema di diagnosi precoce e intervento che stigmatizza ancora di più l'alcol dipendente che in questa fascia di popolazione si concentra da anni, rappresentando lo zoccolo duro per la vera ed efficace prevenzione che nel periodo COVID è anche peggiorata.

## **CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI**

La Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati 125/2001 (19), ha stabilito la necessità di predisporre annualmente una relazione sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano. Il monitoraggio dei dati relativi al consumo di alcol e ai problemi alcol-correlati è stato da allora inserito nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel Piano Statistico Nazionale (PSN) (16) per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione. Il Ministero della Salute, per supportare le Regioni e le Province Autonome a monitorare questi fenomeni, ha incaricato l'ISS di sviluppare un sistema standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) in grado di fornire indicazioni fondamentali per la programmazione regionale delle attività di prevenzione. I risultati del sistema di monitoraggio, vengono pubblicati e resi disponibili ogni anno nel sistema di monitoraggio alcol-correlato SISMA (sito [www.epicentro.iss.it/alcol](http://www.epicentro.iss.it/alcol)), in cui è possibile monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le regioni e le province autonome, che sono di seguito riportati raggruppate per macro area.

### **Italia nord-occidentale**

Nell'anno 2019 la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche è stata pari al 78,4% tra gli uomini e al 59,3% tra le donne. Per il genere maschile si osserva una diminuzione del dato di prevalenza nel corso degli ultimi dieci anni sebbene non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; per le donne invece non si registrano variazioni significative ne rispetto al 2009 ne rispetto al 2018. Nel corso dell'ultimo anno l'analisi dei consumatori delle singole bevande alcoliche ha evidenziato valori pressoché stabili per gli uomini e un incremento delle consumatrici di vino e birra rispettivamente del 4,2% e del 6,2%. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici di ambo i sessi è infine superiore alla media nazionale oltre a quella delle consumatrici di sesso femminile di vino e super alcolici; per gli uomini si osserva infine un valore inferiore alla media italiana della prevalenza dei consumatori di amari. In quest'area geografica si registrano per il genere femminile valori di prevalenza di tutti i comportamenti a rischio considerati superiori alla media nazionale mentre, per il genere maschile, l'unico indicatore superiore alla media italiana è quello del consumo fuori pasto. Rispetto alla rilevazione del precedente anno si osserva una diminuzione dei consumatori a rischio per entrambi i generi e dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile (Tabella 1-2).

### **Piemonte**

Nel 2019 hanno consumato almeno una bevanda alcolica il 79,4% degli uomini e il 60,5% delle donne e per queste ultime il dato rilevato è superiore alla media nazionale; per entrambe i generi non si rilevano variazioni significative rispetto al 2018 né delle prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche, né di quelle sulle abitudini di consumo. La prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale sia per gli uomini che per le donne e per queste ultime anche la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici; come già rilevato lo scorso anno infine, è inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari di

nesso maschile. L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza dei consumatori a rischio ISS è superiore al dato medio italiano per entrambe i generi e per i soli uomini anche la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari (Tabella 1-2).

**Tabella 1. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2019)**

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia nord-occidentale</i>	67,0	47,5 ↗	63,7	37,6 ↗	48,1	31,7	40,4	17,8	39,1	17,0
Piemonte	68,6	48,4	65,4	38,4	46,2	29,1	40,1	18,9	38,2	16,8
Valle d'Aosta	69,4	52,6	69,6	42,9	54,7	38,1	38,3	17,9 ↗	38,8	20,9
Lombardia	66,3	46,6	63,0	37,0	49,0	33,1	41,1	17,6	39,4	17,0
Liguria	66,6	50,7	63,5	38,8	47,1	29,6	37,2	16,1	39,1	17,1
<i>Italia nord-orientale</i>	68,7	<b>49,9</b>	65,5	39,8	49,6	<b>34,5</b>	39,4	17,4	40,3	17,8
PA Bolzano	62,0	46,7 ↘	66,0	35,7 ↘	49,9	<b>43,0</b>	40,1	<b>25,4</b>	38,0	21,4
PA Trento	64,6	46,4	67,5	39,2	50,3	37,8	37,1	18,0	40,3	21,3
Veneto	67,6	49,3	65,1	40,8	52,0	36,1	39,1	17,6	39,9	18,4
Friuli Venezia Giulia	67,6	49,9 ↘	65,7	40,7	52,2	35,6	41,4	20,1	41,0	20,8
Emilia Romagna	71,5	51,3	65,7	39,2	46,1	31,0	39,3	15,5	40,9	15,5
<i>Italia centrale</i>	67,5	46,2	63,9	38,3	46,5	29,5	43,8	18,0	39,6	16,1
Toscana	71,1	48,1	64,5	38,8	48,4	31,1	39,7	15,1	43,0 ↗	16,4
Umbria	72,4	46,2	64,1	38,1	45,0	30,5	45,2	16,9	35,5	14,8
Marche	65,0 ↘	46,9	60,0	36,6	42,7	27,5	38,0	15,8	34,2	15,5
Lazio	65,2	44,7	64,5	38,4	46,6	28,9	47,8	20,6	39,6	16,2
<i>Italia meridionale</i>	63,2	35,5	64,3	35,1	43,2	<b>21,9</b>	<b>48,2</b>	18,7	34,1	12,4
Abruzzo	66,2	38,3	68,6	36,8	48,8	24,9	48,9	16,2	35,6	13,5
Molise	65,3	39,1	66,3	38,3	49,3	24,3	48,2	19,2	34,8	14,1
Campania	60,5	32,8	60,6	31,6	41,6	19,8	45,1	16,3	30,9	10,5
Puglia	64,4	36,8	65,9	37,7	42,8	23,4	51,8	22,8	37,4	14,8
Basilicata	65,4	37,4	64,1	34,8	41,8	23,5	44,3	17,4	30,0 ↘	11,2
Calabria	65,8	37,3	68,4	38,2	43,9 ↘	22,4	50,8	19,0	36,8	12,4
<i>Italia insulare</i>	60,0	33,7	65,5	35,1	42,8	24,3	45,0	18,4	32,5	12,4
Sicilia	58,8	32,9	65,6	36,4	42,8	23,8	46,8	18,7	31,4	11,1
Sardegna	63,4	35,9	65,2	31,3	42,8	25,9 ↗	39,9	17,4	35,6	16,0 ↗
<i>Italia</i>	<b>65,8</b>	<b>43,4</b>	<b>64,4</b>	<b>37,3</b>	<b>46,3 ↗</b>	<b>28,7</b>	<b>43,2</b>	<b>18,0</b>	<b>37,5</b>	<b>15,4</b>

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2018

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2018

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS 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 (2019)**

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia nord-occidentale</i>	78,4	59,3	13,7 ↘	7,4	44,3	24,0	11,7	4,3	22,5 ↘	10,7 ↘
Piemonte	79,4	60,5	16,2	7,6	41,9	21,7	11,6	4,4	24,1	11,0
Valle d'Aosta	82,4	63,8	20,5	9,0	59,8	32,0	22,3	6,3	<b>36,6</b>	13,7
Lombardia	78,0	58,7	12,2 ↘	6,9	45,3	24,8	11,9	4,2	21,3 ↘	10,1
Liguria	78,5	59,8	16,2	9,8 ↗	43,0	25,2	9,6	4,2	23,9	13,1
<i>Italia nord-orientale</i>	79,2 ↘	<b>62,2</b>	14,8	6,8 ↘	<b>49,2 ↘</b>	<b>28,0 ↘</b>	<b>13,9</b>	4,5	<b>25,3 ↘</b>	10,5
PA Bolzano	75,6	64,2	13,3	5,1	59,0	<b>38,8 ↘</b>	21,3	<b>10,0</b>	29,6	13,9
PA Trento	78,7	60,7	13,8	4,7	55,2	33,3	18,3	5,2	28,5	9,0
Veneto	79,3	63,5 ↗	13,9	6,4	50,6	27,6	13,4	4,7	24,0 ↘	10,3
Friuli Venezia Giulia	78,8	62,9	16,0	6,5	57,4	33,6	15,9	4,5	26,7	10,1
Emilia Romagna	79,8	60,5	15,8	7,9	43,6	24,9 ↘	12,6	3,5	25,4	10,7
<i>Italia centrale</i>	78,3 ↘	58,2	13,8	6,4	38,1	21,1	9,5	3,1	21,3	8,9
Toscana	80,3	60,6	15,5	8,9	40,7	22,3	10,3	3,3	23,9	11,5
Umbria	80,8	57,2	16,2	5,7	39,5	22,8	9,4	4,2	23,4	9,1
Marche	76,8	56,7	14,3	6,4	37,3	19,8	8,6 ↘	3,6	21,3	9,1
Lazio	77,0 ↘	57,2	12,3	4,9	36,5	20,4	9,2	2,8	19,2	7,2
<i>Italia meridionale</i>	76,2	50,3	13,1	5,0	34,2	14,6 ↗	8,5 ↘	2,6	18,6 ↘	7,0
Abruzzo	81,7 ↗	50,9	13,5	4,4	47,8 ↗	18,3	13,9	4,8	23,9	8,5
Molise	79,4	54,1	17,3	6,3	46,5	19,4	14,6	3,6	25,9	8,6
Campania	72,8	47,0	11,2	4,6	30,2	13,1 ↗	<b>5,8 ↘</b>	1,9	14,7	5,9
Puglia	77,4	53,2	14,6	6,0	32,8	16,4 ↗	8,0	2,9	20,0	8,0
Basilicata	80,4	53,9	17,7	4,3	36,1	18,0	12,7	3,3	24,7	7,4
Calabria	78,1	51,7	13,0	4,5	36,8	11,1	11,8	2,3	20,5	6,5
<i>Italia insulare</i>	76,3	49,6	<b>10,3</b>	4,0	36,0	15,0	10,5	2,4	18,9	6,0
Sicilia	76,1	49,4	<b>8,8</b>	4,3 ↗	32,7	14,2	8,1	1,5	15,8	5,4
Sardegna	76,9	50,1	14,7	3,1	45,8	17,7	17,3	5,2 ↗	28,0	8,0
<i>Italia</i>	<b>77,8 ↘</b>	<b>56,5</b>	<b>13,4 ↘</b>	<b>6,2</b>	<b>40,8</b>	<b>21,0</b>	<b>10,8 ↘</b>	<b>3,5</b>	<b>21,5 ↘</b>	<b>8,9</b>

↘ il valore è diminuito rispetto all'anno 2018

↗ il valore è aumentato rispetto all'anno 2018

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

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

## Valle d'Aosta

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata dell'82,4% tra gli uomini e del 63,8% tra le donne, e per entrambi i generi i valori risultano superiori alla media nazionale. I consumi delle diverse bevande alcoliche non hanno subito variazioni di rilievo rispetto al 2017, tranne per le donne che bevono amari che sono nuovamente aumentate tornando

ai valori registrati nel 2017. Le prevalenze dei consumatori di birra e aperitivi alcolici sono state superiori alla media italiana sia per gli uomini che per le donne; per queste ultime, valori superiori alla media si registrano anche per il vino e i super alcolici. Tra gli uomini si registra infine un dato di prevalenza dei consumatori di amari inferiore alla media nazionale (*vedi* Tabella 1-2).

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio mostra, per entrambe i generi, valori superiori alla media nazionale ma stabili rispetto al 2018; la prevalenza dei consumatori a rischio di sesso maschile (36,6%) è la più elevata di tutte le regioni considerate (*vedi* Tabella 1-2).

## Lombardia

Nel 2019 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono rimasti pressoché stabili e pari al 78,0% tra gli uomini e il 58,7% tra le donne; per queste ultime il valore è superiore alla media. I consumatori delle diverse tipologie di bevande sono tutti in linea con la media nazionale tranne i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi e le sole consumatrici di vino che risultano invece superiori.

La prevalenza dei consumatori fuori pasto è superiore alla media nazionale per entrambi i generi e si registra tra i soli uomini una diminuzione dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio (*vedi* Tabella 1-2).

## Liguria

L'78,5% degli uomini e il 59,8% delle donne hanno consumato bevande alcoliche nel 2019 ed per le donne il dato è superiore alla media nazionale. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale mentre quella dei consumatori di amari è inferiore al dato medio. Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è superiore alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici fuori pasto e delle consumatrici a rischio ISS di sesso femminile. Rispetto all'anno 2018 non si registrano variazioni significative delle prevalenze delle diverse tipologie di consumo a rischio ad eccezione del consumo abituale eccedentario tra le donne che è aumentato del 10,5% (*vedi* Tabella 1-2).

## Italia nord-orientale

Le Regioni appartenenti alla ripartizione territoriale dell'Italia nord-orientale si mantengono anche nell'anno 2019, quelle che presentano le maggiori criticità sia in termini di tipologia di bevande consumate che in termini di comportamenti dannosi per la salute, in particolare per le donne.

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 79,2% tra gli uomini e al 62,2% tra le donne; per queste ultime, come già riscontrato negli anni precedenti, il valore risulta essere in assoluto il più elevato di tutte le altre ripartizioni considerate mentre per gli uomini, il valore pur rimanendo superiore alla media nazionale, è diminuito del 2,2%.

Le prevalenze dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e super alcolici di entrambi i generi risultano essere più elevate rispetto a quelle registrate a livello nazionale ed in particolare la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e delle consumatrici di vino di sesso femminile sono le più elevate di tutte ripartizioni considerate. Per le donne la prevalenza dei consumatori di birra è comunque superiore alla media nazionale mentre per gli uomini, per il quarto anno consecutivo, la prevalenza di consumatori di amari è inferiore al dato medio nazionale. Rispetto

all'anno 2018 non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche di ambo i generi.

Nel corso dell'anno 2019, le prevalenze dei comportamenti a rischio analizzati sono stati tutti superiori al dato medio nazionale per entrambe i generi, ad eccezione della prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie che sono passate da 8,6% a 6,8% allineandosi quindi al dato medio italiano. Le prevalenze dei consumatori fuori pasto di entrambi i generi e dei consumatori a rischio ISS di sesso maschile sono le più elevate di tutte le ripartizioni considerate, ma rispetto alla precedente rilevazione si osserva una diminuzione dei valori registrato. La prevalenza dei consumatori *binge drinking* di sesso maschile infine è la più elevata rispetto alle altre ripartizioni territoriali considerate (vedi Tabella 1-2).

## Provincia Autonoma di Bolzano

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata pari al 75,6% tra gli uomini e 64,2% tra le donne e per queste ultime il valore è superiore a quello rilevato a livello nazionale. Per le donne, la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici, amari e superalcolici è superiore alla media nazionale e, per le ultime due bevande considerate, il valore è il più elevato di tutte Regioni italiane; la prevalenza delle consumatrici di vino e birra è invece approssimabile al dato medio italiano e rispetto al 2018 si registra una diminuzione rispettivamente del 14,1% e del 18,1%. Per gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino è inferiore alla media nazionale mentre la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è superiore.

Le abitudini di consumo delle bevande alcoliche mostrano per entrambi i generi valori superiori alla media nazionale della prevalenza dei consumatori a rischio (criterio ISS), dei consumatori in modalità *binge drinking* e dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto. Per le donne il dato relativo alle ultime due abitudini di consumo considerate è il più elevato di tutte le Regioni sebbene per la modalità di consumo fuori pasto si è registrata una diminuzione del 15,7% (vedi Tabella 1-2).

## Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata del 78,7% tra gli uomini e del 60,7% tra le donne e per queste ultime il dato è superiore alla media nazionale. Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è stata superiore alla media italiana così come la prevalenza delle consumatrici di super alcolici di sesso femminile; per gli uomini infine il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari è inferiore alla media.

L'analisi delle modalità di consumo a rischio delle bevande evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media italiana, dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* oltre ai consumatori a rischio ISS per i soli uomini (vedi Tabella 1-2).

## Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata del 79,3% tra gli uomini e del 63,5% tra le donne e, per queste ultime, è aumentata del 6,6% rispetto al 2018 mantenendosi superiore alla media nazionale. Le prevalenze delle consumatrici di sesso femminile di tutte le bevande sono superiori alla media italiana ad eccezione delle consumatrici di amari; per gli uomini invece l'unico valore al di sopra della media italiana è quello relativo alla

prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici mentre la prevalenza dei consumatori di amari è significativamente inferiore al dato medio.

Nel 2019 i valori degli indicatori riguardanti i consumatori fuori pasto ed i *binge drinker* sono stati superiori alla media nazionale per entrambi i generi, oltre ai consumatori a rischio (ISS) per il solo genere maschile, per i quali si registra tuttavia una diminuzione del 17,7% rispetto al 2018 (vedi Tabella 1-2).

## Friuli Venezia Giulia

Nel 2019 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 78,8% tra gli uomini e del 62,9% tra le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Per entrambi i generi si registrano valori superiori al dato medio italiano della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici oltre a quelle di vino e birra per le sole consumatrici. Rispetto alla precedente rilevazione infine si registra una diminuzione delle donne che hanno consumato vino la cui prevalenza è passata da 50,5% a 49,9%.

L'analisi delle diverse tipologie di comportamenti a rischio evidenzia per gli uomini valori superiori alla media italiana di tutti gli indicatori considerati mentre per le donne solo quello relativo alla prevalenza delle consumatrici fuori pasto. Per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione degli indicatori di rischio considerati (vedi Tabella 1-2).

## Emilia Romagna

I consumatori di tutte le bevande alcoliche nel 2019 sono stati il 79,8% degli uomini e il 60,5% delle donne. Per entrambi i generi si registrano valori superiori al dato medio nazionale della prevalenza dei consumatori di vino e valori invece inferiori al dato medio della prevalenza dei consumatori di amari; per i soli uomini anche la prevalenza dei consumatori di super alcolici è superiore alla media. Non si registrano tuttavia variazioni significative rispetto al 2018 delle prevalenze delle bevande considerate.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media nazionale dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio ISS; per il solo genere femminile, la prevalenza delle consumatrici fuori pasto è superiore alla media italiana sebbene l'indicatore sia diminuito del 16,1% rispetto allo scorso anno (vedi Tabella 1-2).

## Italia centrale

Nel 2018 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche registrata nel centro Italia è stata pari al 58,2% tra le donne e al 78,3% tra gli uomini e per questi ultimi il dato è diminuito rispetto alla precedente del 3,1%. Le prevalenze dei consumatori di vino sono per entrambi i generi e dei super alcolici per il solo genere maschile sono superiori al dato medio italiano e per tutte le bevande considerate non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Per il genere maschile, come rilevato anche gli anni precedenti si registrano valori inferiori alla media italiana dei consumatori fuori pasto e dei *binge drinker* mentre per le donne i valori sono approssimabili a quelli medi nazionali (vedi Tabella 1-2).

## Toscana

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata dell'80,3% per gli uomini e il 60,6% per le donne e per entrambi i generi il valore è superiore a quello medio nazionale. L'analisi delle diverse bevande alcoliche mostra che per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di vino è superiore al dato medio italiano mentre la prevalenza dei consumatori di amari è inferiore. La prevalenza dei consumatori di super alcolici tra gli uomini è superiore al dato medio e rispetto al 2018 è aumentato del 13,3%.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che per il solo genere femminile le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio per il criterio ISS sono superiori alla media italiana (vedi Tabella 1-2).

## Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è pari a 80,8% tra gli uomini e a 57,2% tra le donne e per i primi il dato è superiore alla media italiana; per entrambi i generi non si registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione. L'analisi delle tipologie di bevande consumate evidenzia che l'unico dato di prevalenza superiore a quello medio nazionale è quello relativo ai consumatori di vino di sesso maschile.

Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio sono in linea con il dato medio nazionale sia per gli uomini mentre che per le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 1-2).

## Marche

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata del 76,8% tra gli uomini e del 56,7% e i dati registrati, in linea con quelli medi nazionali, sono approssimabili a quello medio italiano. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino è diminuita rispetto al 2018 del 4,0% mentre per le altre bevande considerate, le prevalenze dei consumatori sono tutte inferiori a quello medio nazionale. Tra le donne le prevalenze delle consumatrici di tutte le bevande considerate sono approssimabili a quelle medie italiane ad eccezione della prevalenza delle consumatrici di vino che è invece superiore.

Per gli uomini la prevalenza dei consumatori fuori pasto e quella dei *binge drinking* sono inferiori alla media nazionale e l'ultimo indicatore è passato da 12,1 nel 2018 a 8,6% nel 2019; per le donne invece tutti gli indicatori che si riferiscono alle abitudini di consumo a rischio sono in linea con il dato medio nazionale e non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 1-2).

## Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2019 pari al 57,2% tra le donne e al 77,0% tra gli uomini e per questi ultimi si osserva una diminuzione rispetto al valore dello scorso anno (-5,7%) che ha permesso all'indicatore di tornare ai valori rilevati prima del 2018. Per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione delle prevalenze delle bevande alcoliche considerate e gli amari sono l'unica bevanda per la quale la prevalenza è superiore alla media nazionale.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio evidenzia che tra gli uomini la prevalenza dei consumatori fuori pasto è inferiore alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici a rischio ISS per le donne (*vedi* Tabella 1-2).

## Italia meridionale

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2019 inferiore al dato medio nazionale per entrambi i generi e pari al 76,2% tra gli uomini al 50,3% le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i generi così come per le sole donne la prevalenza delle consumatrici di birra. Il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile è il più alto delle ripartizioni territoriali analizzate (48,2%) mentre viceversa, il dato relativo alla prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici di sesso femminile è il più basso (21,9%).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori di tutti gli indicatori considerati (ad eccezione del consumo abituale eccedentario per i soli uomini) si continuano a mantenere inferiori al dato medio nazionale. La prevalenza dei consumatori a rischio e quella dei consumatori *binge drinker* di sesso maschile è diminuita rispetto al 2018 rispettivamente del 9,3% e 15,0% rispettivamente mentre la prevalenza delle consumatrici di sesso femminile fuoripasto è aumentata del 17,7% (*vedi* Tabella 1-2).

## Abruzzo

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata 50,9% per le donne e 81,7% per gli uomini e per questi ultimi il dato è aumentato del 6,0%; per gli uomini il dato è quindi superiore alla media nazionale mentre per le donne, come lo scorso anno, la prevalenza si è mantenuta inferiore alla media. Per gli uomini la prevalenza dei consumatori di birra e quella dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale mentre tra le donne la prevalenza delle consumatrici di vino e aperitivi alcolici è inferiore alla media.

Per le donne le prevalenze delle consumatrici abituali eccedentarie e delle consumatrici fuori pasto sono inferiori alla media nazionale; per gli uomini le prevalenze dei *binge drinker* e dei consumatori fuoripasto sono invece superiori al dato medio e per quest'ultimo indicatore si registra anche un incremento rispetto al 2018 del 15,7% (*vedi* Tabella 1-2).

## Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata del 79,4% per gli uomini e 54,1% per le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari si mantiene per il quarto anno consecutivo superiore alla media nazionale mentre per le donne le prevalenze delle consumatrici di vino e aperitivi alcolici sono inferiori alla media. Per nessuna bevanda considerata si rilevano variazioni rispetto al 2018.

Per gli uomini i valori di tutti gli indicatori che identificano i comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale mentre per le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale; per entrambi i generi non si registra variazioni rispetto all'anno precedente delle prevalenze delle abitudini di consumo a rischio (*vedi* Tabella 1-2).

## Campania

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché invariata rispetto alla precedente rilevazione ed è stata nel 2019 inferiore alla media nazionale sia per gli uomini (72,8%) che per le donne (47,0%). Per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici sono stati inferiori alla media nazionale. Rispetto al 2018 non si rilevano variazioni significative dei consumatori delle bevande alcoliche considerate.

Per entrambi i generi, tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale. La prevalenza degli uomini *binge drinker* è diminuita rispetto al 2018 del 30,1% ed è la più bassa registrata in Italia; tra le donne risulta invece aumentata del 34,4% rispetto alla precedente rilevazione la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (*vedi* Tabella 1-2).

## Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata del 77,4% tra gli uomini e 53,2% tra le donne e i valori sono rimasti stabili rispetto al 2018. Per entrambi i generi, come già evidenziato lo scorso anno, la prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale mentre è inferiore alla media la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e, per le sole donne, di vino.

Per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori lontano dai pasti è inferiore alla media nazionale sebbene per le donne si registra un incremento pari al 23,2% rispetto all'anno 2018. È inoltre inferiori al dato medio italiano la prevalenza dei consumatori *binge drinker* di sesso maschile (*vedi* Tabella 1-2).

## Basilicata

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è pari a 80,4% tra gli uomini e 53,9% e per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto al 2018; il dato relativo al genere maschile è superiore alla media nazionale mentre quello femminile è inferiore alla media. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e super alcolici è inferiore alla media italiana per entrambi i generi così come la prevalenza delle consumatrici di vino per le sole donne. Rispetto alla rilevazione del 2018 si registra tra gli uomini una diminuzione della prevalenza dei consumatori di super alcolici del 22,1%.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori superiori alla media nazionale della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e di quelli a rischio ISS per il solo genere maschile; sono invece inferiori alla media la prevalenza dei consumatori fuori pasto di entrambi i generi e delle consumatrici abituali eccedentarie di sesso femminile (*vedi* Tabella 1-2).

## Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è pari a 78,1% tra gli uomini e 51,7% tra le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Tra gli uomini la prevalenza dei consumatori di birra e super alcolici è superiore alla media nazionale e si rileva una diminuzione del 14,2% dei consumatori di aperitivi alcolici. Tra le donne sono inferiori alla media le prevalenze delle consumatrici di vino, di super alcolici e di aperitivi alcolici.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra per le donne valori al di sotto della media nazionale di tutti gli indicatori considerati mentre per gli uomini risulta inferiore alla media solo la prevalenza dei consumatori fuori pasto (*vedi* Tabella 1-2).

## Italia insulare

Nell'Italia insulare la percentuale di consumatori di bevande alcoliche è stata nel 2019 pari al 76,3% tra gli uomini e al 49,6% tra le donne e per queste ultime il valore è inferiore a quello medio nazionale. Le prevalenze dei consumatori di vino, dei consumatori di aperitivi alcolici e dei consumatori di super alcolici sono più basse rispetto a quelle rilevate a livello medio nazionale per entrambi i generi; per le sole donne anche la prevalenza di consumatrici di birra è inferiore alla media. Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche.

L'analisi delle abitudini di consumo mostra che tutti gli indicatori di rischio (ad eccezione del *binge drinking* per i soli maschi) sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi e che per gli uomini la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è la più bassa rispetto a quella delle altre realtà territoriali considerate (*vedi* Tabella 1-2).

## Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2019 è stata pari al 76,1% tra gli uomini, 49,4% tra le donne e per queste ultime il valore è inferiore a quello medio italiano. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, mentre la prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile è superiore alla media.

Tutti gli indicatori considerati per il monitoraggio dei comportamenti a rischio presentano valori inferiori alla media nazionale e per gli uomini le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari sono le più basse rispetto ai valori rilevati nelle altre realtà territoriali; rispetto all'anno 2018 si registra tuttavia un incremento delle donne che hanno consumato alcolici in maniera abituale eccedentaria che sono passate da 2,5% a 4,3% (*vedi* Tabella 1-2).

## Sardegna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 76,9% degli uomini e al 50,1% delle donne e per queste ultime il valore è più basso di quello registrato a livello medio nazionale. L'analisi delle bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è inferiore alla media italiana sebbene tra le donne si sia rilevato un incremento del 26,5% rispetto alla precedente rilevazione.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che per gli uomini si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei consumatori a rischio ISS e dei *binge drinker*. La prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinker* per le donne è passata da 2,9% al 5,2% nel 2019 risultando superiore alla media nazionale; si mantengono invece inferiori alla media i valori di prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e fuori pasto (*vedi* Tabella 1-2).

## MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

Si definiscono decessi “totalmente alcol-attribuibili” (37) tutte le morti che, in accordo con la ICD-10 (26), sono causate da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol. Nell’analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile vengono quindi presi in considerazione i decessi avvenuti nel corso dell’anno a causa delle seguenti patologie: *Sindromi psicotiche indotte da alcol* (ICD-10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD-10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD-10: I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD-10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD-10: K70), *Effetti tossici dell’alcol* (ICD-10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all’alcol* (ICD-10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD-10: K86.0). Nella lista delle *patologie totalmente alcol-attribuibili* sono da includere anche la *Miopatia alcolica* (ICD-10: G72.1) ed *Eccessivo livello ematico di alcol* (ICD-10: R78); tuttavia, queste patologie sono cause di morbilità ma non di mortalità, e pertanto non vengono incluse nelle analisi che seguono.

La rilevazione sui decessi e sulle cause di morte è un’indagine totale condotta dall’ISTAT che rileva informazioni di carattere sanitario e demossociale per tutti i decessi verificatisi in Italia (popolazione presente). I dati dell’ISTAT vengono successivamente elaborati dall’ONA-ISS e dal Servizio Tecnico-Scientifico di Statistica dell’ISS. Il dato più recente si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2017; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese. Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011 (45).

Poiché la mortalità totalmente alcol attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni qui presentate si riferiscono alla popolazione di quindici anni e più.

### Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell’anno 2017 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.200, di cui 958 (79,8%) uomini e 242 donne (19,2%) (Tabella 3); queste proporzioni corrispondono a circa 38 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e circa 8 decessi per milione tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=750; F=189) e sindromi psicotiche indotte da alcol (M=165; F=38) che, nel complesso, causano il 95,5% dei decessi alcol-attribuibili tra gli uomini e il 93,8% tra le donne.

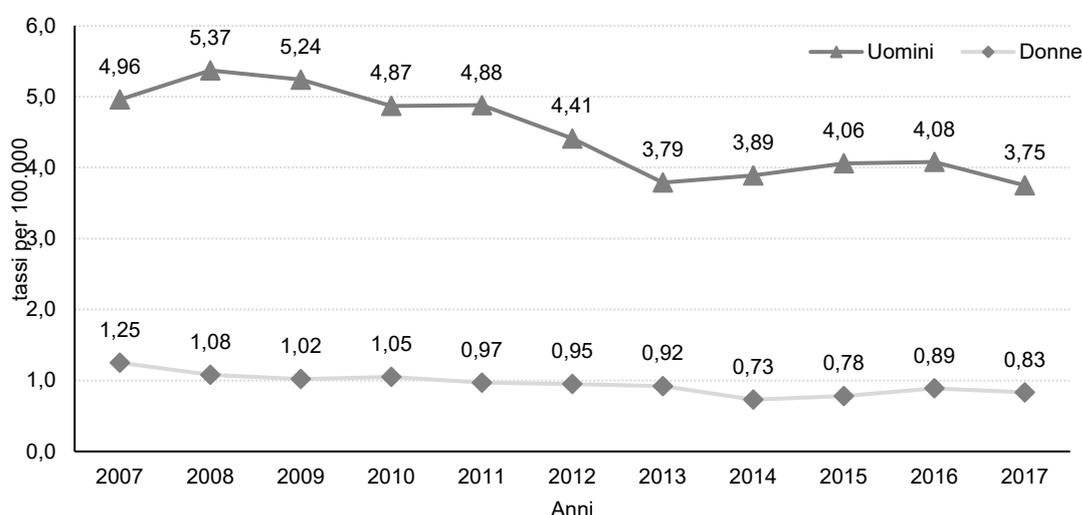
Nel 2017, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari a 3,75 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,83 per le donne; in riduzione rispetto all’anno precedente sia per il genere maschile che per il genere femminile (Figura 18).

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne. Il tasso di mortalità standardizzato tra la popolazione di 55 anni raggiunge il valore di 7,17 (per 100.000 abitanti) per gli uomini e di 1,21 per 100.000 per le donne (Tabella 4, Figura 19 e Figura 20).

**Tabella 3. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2017**

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Sindromi psicotiche indotte da alcol	165	17,2	38	15,7	203	16,9
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	18	1,9	4	1,7	22	1,8
G62.1	Polineuropatia alcolica	3	0,3	0	0,0	3	0,3
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	13	1,4	3	1,2	16	1,3
K29.2	Gastrite alcolica	2	0,2	0	0,0	2	0,2
K70	Epatopatie alcoliche	750	78,3	189	78,1	939	78,3
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	0	0,0	1	0,4	1	0,1
T51	Effetti tossici dell'alcol	7	0,7	7	2,9	14	1,2
<b>Totale decessi</b>		<b>958</b>	<b>100,0</b>	<b>242</b>	<b>100,0</b>	<b>1.200</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".

**Figura 18. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007-2017**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".

**Tabella 4. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati (per 100.000 abitanti). Italia, anno 2017**

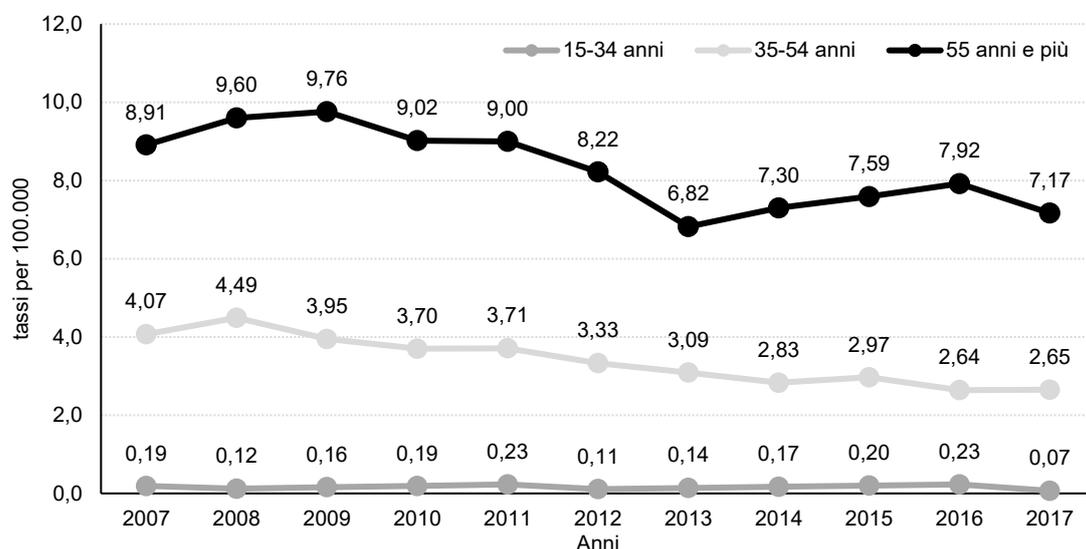
Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	4	0,07	2	0,03	6	0,05
35-54 anni	255	2,65	74	0,76	329	1,70
55+ anni	699	7,17	166	1,21	865	4,03
15+ anni	958	3,75	242	0,83	1200	2,19

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".

L'analisi dell'andamento temporale nell'ultimo decennio, mostra che dal 2007 al 2017, la mortalità per patologie alcol-attribuibili per gli uomini è diminuita fino al 2013 quando il tasso raggiunge un minimo di 3,79 per 100.000 abitanti, poi il tasso aumenta di nuovo negli anni seguenti fino a raggiungere un valore di 4,08 nel 2016 (comunque più basso di quello registrato nel 2007: 4,96 per 100.000), per poi ridursi di nuovo nel 2017 (3,75 per 100.000 abitanti) (vedi Figura 18).

Per le donne si osserva una diminuzione del tasso fino al 2014: da 1,25 nel 2007 a 0,73 nel 2014; segue un lieve incremento negli anni 2015-2016 (0,89 per 100.000 abitanti nel 2016) e di nuovo una riduzione nel 2017 (0,83 per 100.000 abitanti) (vedi Figura 18).

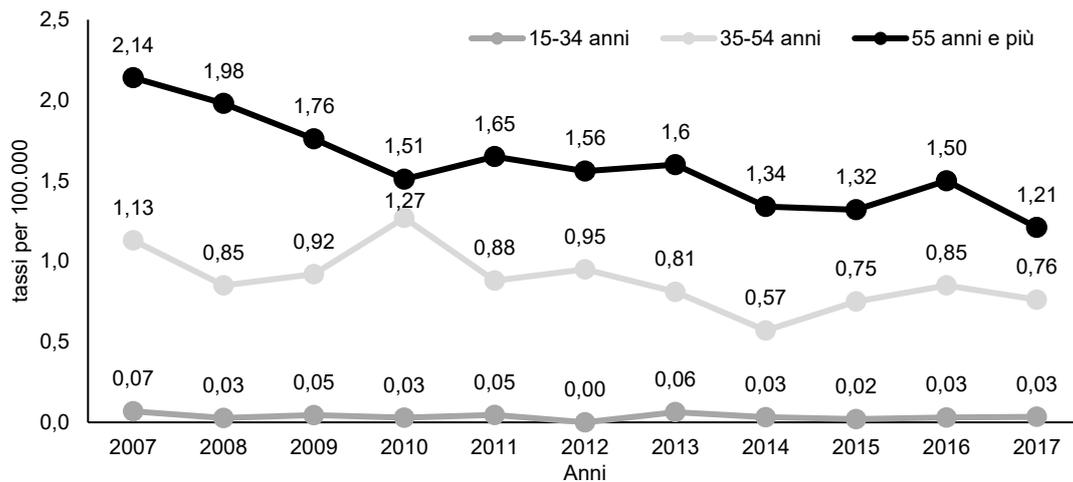
Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età si rileva che l'incremento registrato tra il 2013 e il 2016 tra gli uomini riguarda in particolare gli individui di età superiore a 55 anni per i quali il tasso passa da 6,82 per 100.000 nel 2013 a 7,92 nel 2016; un lieve incremento si registra nello stesso periodo anche tra i giovani (15-34 anni), mentre tra i 35-54enni seppur con qualche oscillazione il tasso mostra una tendenza alla diminuzione su tutto il periodo. La riduzione osservata nel 2017 riguarda i giovani e gli anziani, mentre il tasso rimane pressoché stabile tra i 35-54enni (2,64 nel 2016 e 2,65 nel 2017) (Figura 19).



**Figura 19. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Maschi. Italia, anni 2007-2017**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

Tra le giovani donne (15-34 anni) la mortalità alcol attribuibile è estremamente bassa su tutto il periodo esaminato; per le altre fasce di età si osserva un andamento discordante del tasso nel periodo 2007-2010: per le donne di 35-54 anni il tasso aumenta mentre per le donne di 55 anni e più diminuisce. Dopo il 2010 il tasso di mortalità alcol-attribuibili per le donne diminuisce, raggiungendo un minimo di 0,57 per 100.000 nel 2014 tra le 35-54enni e di 1,32 nel 2015 tra le donne di 55 anni e più. Dopo il 2014, anche tra le donne, si osserva un nuovo aumento del tasso che raggiunge nel 2016 un valore di 0,85 per 100.000 tra le 35-54enni e di 1,50 per 100.000 tra le ultra55enni; aumento che tuttavia si arresta nel 2017 (0,76 e 1,21 rispettivamente) (Figura 20).

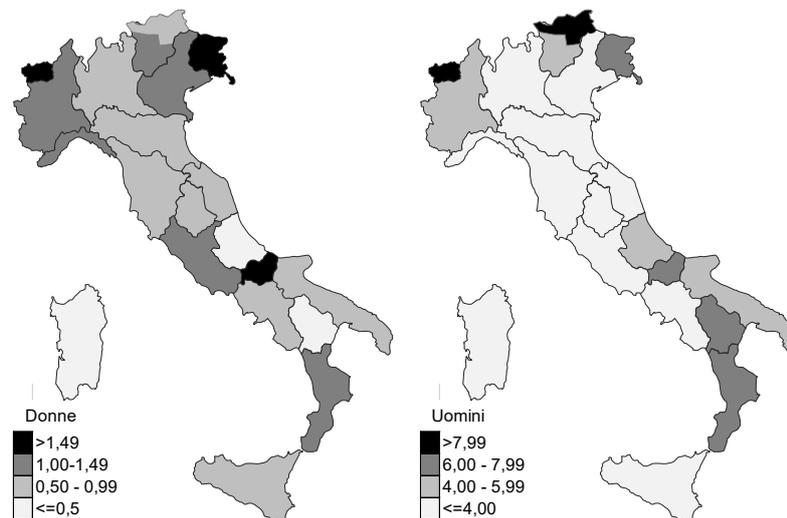


**Figura 20. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Femmine. Italia, anni 2007-2016**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

## Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata. Per gli uomini, le regioni che nel 2017 hanno fatto registrare i livelli statisticamente più elevati di mortalità (tassi standardizzati) sono state la Provincia Autonoma di Bolzano (12,91 per 100.000 abitanti) e la Valle d'Aosta (8,85) seguite da Basilicata (7,05) Calabria (6,57), Friuli Venezia Giulia (6,45) e Molise (6,44) (Figura 21, vedi Tabella 4). Tra le donne tassi superiori alla media nazionale si registrano in Molise (2,14), in Valle d'Aosta (1,77) e in Friuli Venezia Giulia (1,62) (Figura 21, Tabella 5).



**Figura 21. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi). Popolazione > a 15 anni. Italia, anno 2016**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

**Tabella 5. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Numero di decessi, tassi standardizzati per 100.000 abitanti e relativi Intervalli di Confidenza al 95%. Popolazione di 15 anni e più. Italia, anno 2016.**

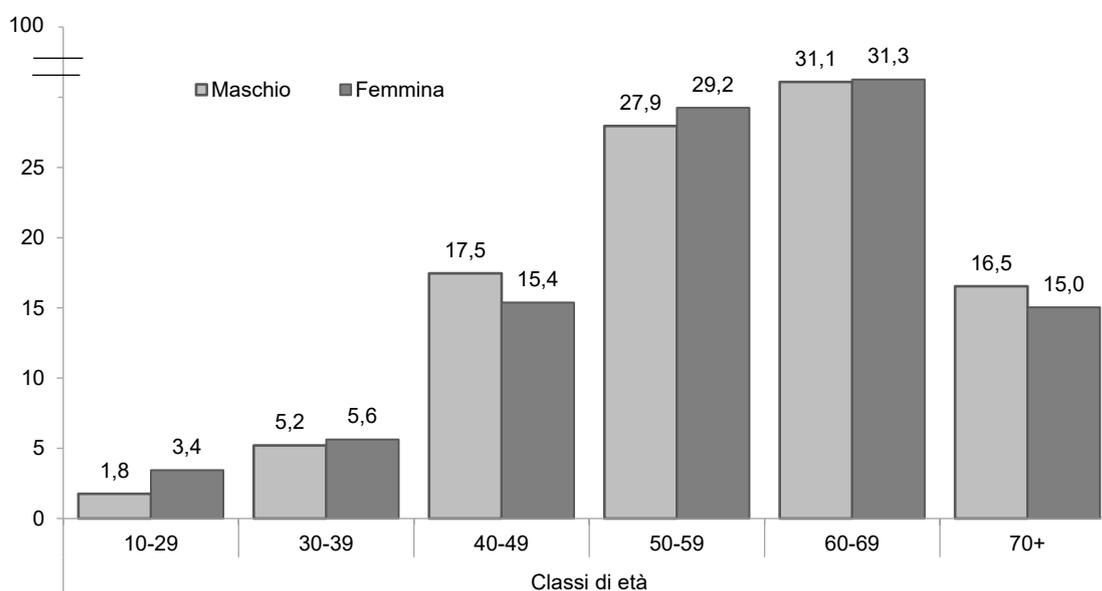
Regione/PA	Uomini			Donne		
	n.	Tasso std	IC95%	n.	Tasso std	IC95%
Piemonte	96	4,80	3,89-5,97	26	1,15	0,74-1,73
Valle d'Aosta	5	8,85	2,83-27,77	1	1,17	0,03-10,51
Lombardia	147	3,52	2,97-4,20	40	0,83	0,59-1,14
Bolzano	24	12,91	8,08-20,71	2	0,97	0,12-3,63
Trento	12	5,21	2,68-9,91	3	1,30	0,27-4,07
Veneto	54	2,58	1,94-3,48	23	0,98	0,62-1,50
Friuli Venezia Giulia	35	6,45	4,48-9,22	9	1,37	0,62-2,81
Liguria	16	2,28	1,29-3,86	8	0,84	0,35-1,90
Emilia-Romagna	56	2,88	2,18-3,79	14	0,60	0,33-1,06
Toscana	35	2,12	1,47-3,01	14	0,78	0,42-1,35
Umbria	12	3,00	1,55-5,57	3	0,74	0,15-2,34
Marche	24	3,53	2,26-5,41	6	0,79	0,29-1,83
Lazio	87	3,51	2,81-4,40	27	0,95	0,62-1,39
Abruzzo	29	4,91	3,28-7,27	3	0,50	0,10-1,58
Molise	9	6,44	2,94-12,72	3	2,04	0,41-6,60
Campania	82	3,56	2,83-4,56	20	0,77	0,47-1,20
Puglia	74	4,47	3,50-5,71	15	0,77	0,43-1,30
Basilicata	18	7,05	4,17-11,73	1	0,35	0,01-2,46
Calabria	53	6,57	4,91-8,77	9	1,10	0,50-2,12
Sicilia	62	3,13	2,39-4,10	14	0,63	0,34-1,08
Sardegna	28	3,70	2,45-5,60	1	0,11	0,00-0,79
<b>ITALIA</b>	<b>958</b>	<b>3,75</b>	<b>3,51-4,00</b>	<b>242</b>	<b>0,83</b>	<b>0,73-0,95</b>

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile"

## CLUB ALCOLOGICI TERRITORIALI: RISULTATI PRELIMINARI DELL'ATTIVITÀ DELL'AICAT

### Caratteristiche demografiche

Il database MOCA (MONitoraggio Club Alcologici) dell'AICAT (Associazione dei Club Alcologici Territoriali) contiene informazioni su 2.617 persone che hanno frequentato i Club tra il 1° maggio 2019 e l'8 novembre 2019. Gli uomini sono 1.341 (51,2%), le donne 1.226 (46,8%) e 50 persone (1,9%) hanno preferito non rispondere alla domanda. I partecipanti hanno iniziato a partecipare come famiglia dal maggio del 1965 a ottobre del 2019 (non ha risposto il 9,8%) e come servitori da novembre del 1983 a giugno del 2019 (non ha risposto l'88,9%) (Figura 22). L'età media al 25 novembre 2020 è di circa 58 anni (M=58,8±11,9; F=57,8±12,4; p=0,75).



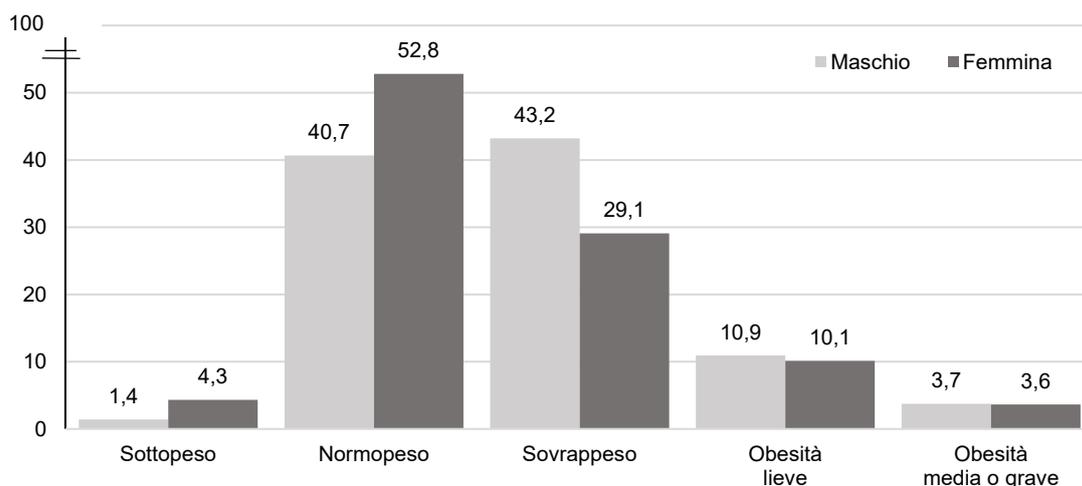
**Figura 22. Distribuzione (%) frequentatori club per genere e classe di età. Italia, anno 2020**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Monitoraggio Club Alcologici (MOCA) AICAT

Gli uomini hanno un peso e un'altezza superiore a quello delle donne (Peso in kg: M=79,0±13,87; F=65,3±12,4; p<0,05 – Altezza in cm: M=173,5±9,14; F=162,2±7,45; p<0,05).

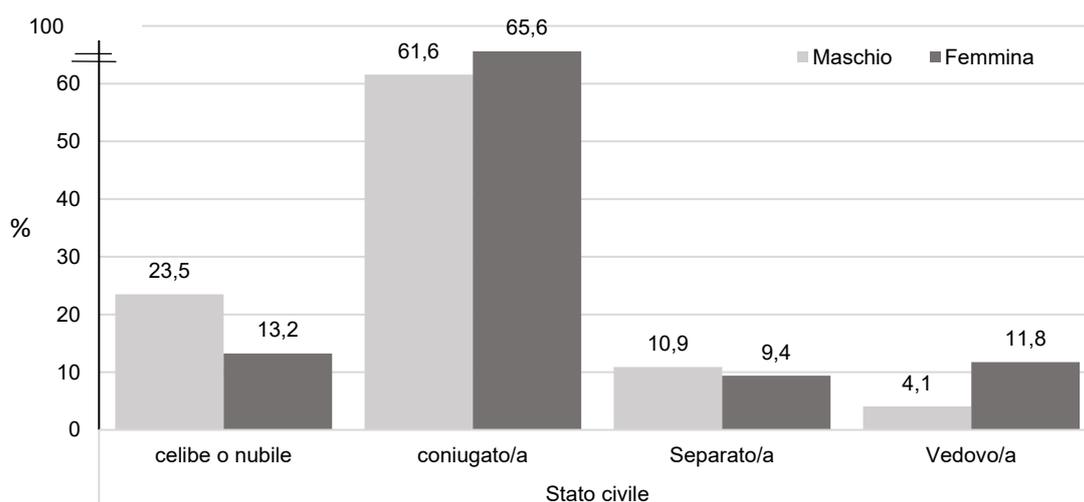
La distribuzione per categorie di *Body Mass Index* (BMI) mostra che la classe modale tra le donne è quella delle normopeso (52,8%) mentre tra gli uomini è quella del sovrappeso (43,2%). La percentuale di donne con peso normale o sottopeso (BMI<18,5) è maggiore tra le donne rispetto agli uomini a fronte di una quota maggiore di persone in sovrappeso e obese in forma lieve (30≤BMI<35) di sesso maschile (Figura 23).

Nel 98% dei casi la cittadinanza è italiana. Il 61,1% degli uomini e nel 65,6% delle donne erano coniugati/e al momento della rilevazione; la percentuale di donne è maggiore di quella degli uomini oltre che tra le coniugate, anche tra le vedove (11,8%) mentre la percentuale è maggiore tra i celibi (23,5%) (Figura 24).



**Figura 23. Distribuzione (%) frequentatori club per genere e categorie di indice di massa corporea. Italia, anno 2020**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Monitoraggio Club Alcolologici (MOCA) AICAT

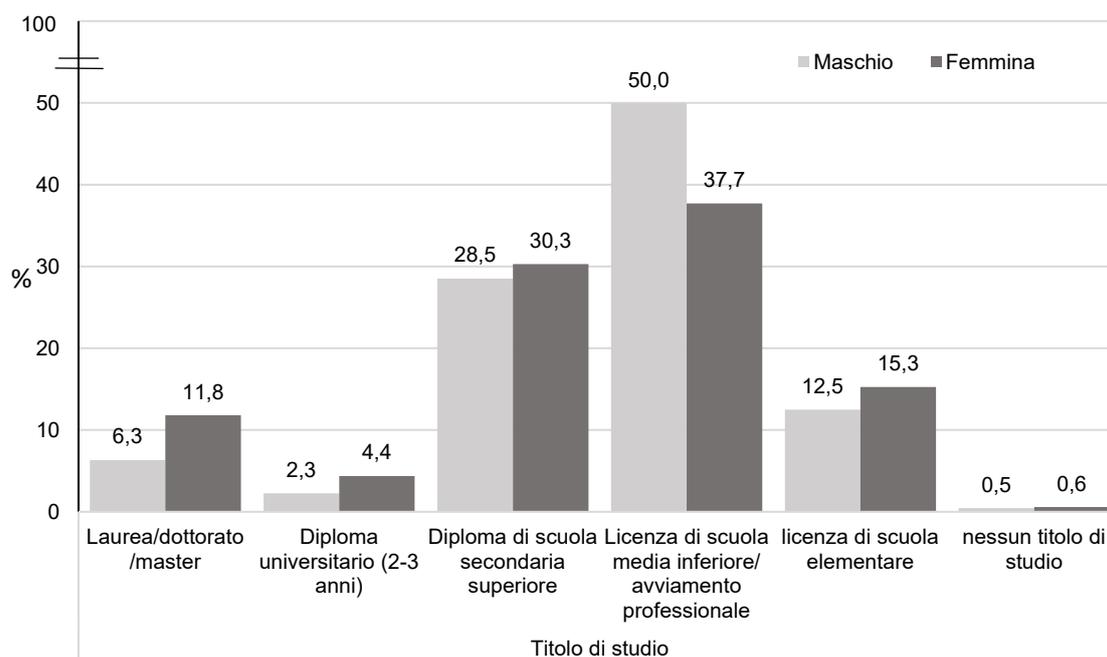


**Figura 24. Distribuzione (%) frequentatori club per genere e stato civile. Italia, anno 2020**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Monitoraggio Club Alcolologici (MOCA) AICAT

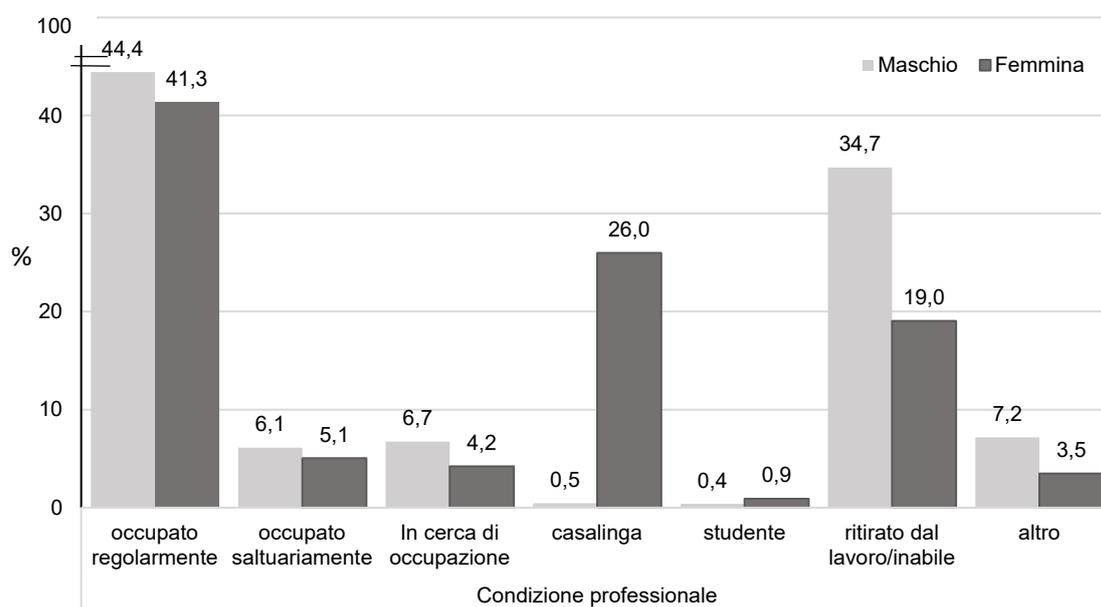
La metà degli uomini ha conseguito la licenza di scuola media inferiore o di avviamento professionale e tra le donne la percentuale scende a 37,7%; Il 15,3% delle donne e il 12,5 % degli uomini hanno conseguito la licenza elementare e solo il 0,5% dei partecipanti non ha alcun titolo di studio. Un titolo di studio più avanzato (Laurea/dottorato/Master o diploma universitario) è stato infine conseguito in misura maggiore dalle donne (16,2%) rispetto agli uomini (8,6%) (Figura 25).

Quasi la metà dei partecipanti è occupata stabilmente (M=44,4%; F=41,3%). La percentuale di chi è in pensione o risulta inabile al lavoro è maggiore tra gli uomini (34,7%) rispetto alle donne (19,0%); Oltre una donna su quattro (26%) è infine casalinga. La percentuale di studenti infine è inferiore all'1% sia per gli uomini che per le donne (Figura 26).



**Figura 25. Distribuzione (%) frequentatori club per genere e titolo di studio. Italia, anno 2020**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Monitoraggio Club Alcologici (MOCA) AICAT

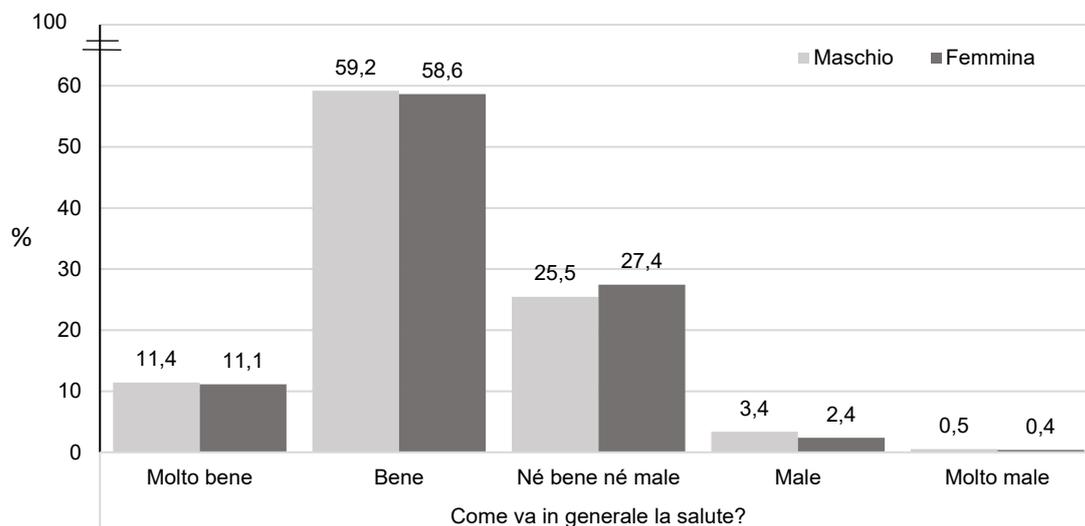


**Figura 26. Distribuzione (%) frequentatori club per genere e condizione professionale. Italia, anno 2020**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Monitoraggio Club Alcologici (MOCA) AICAT

## Caratteristiche sanitarie

Non si rilevano differenze di genere statisticamente significati in relazione alla percezione della propria salute ( $p=0,491$ ). Oltre la metà dei partecipanti ha dichiarato di sentirsi “bene” ( $M=59,2\%$ ;  $F=58,6\%$ ) e solo il 3,9% degli uomini e il 2,8% delle donne ha dichiarato di sentirsi “Male” o “Molto male” (Figura 27).



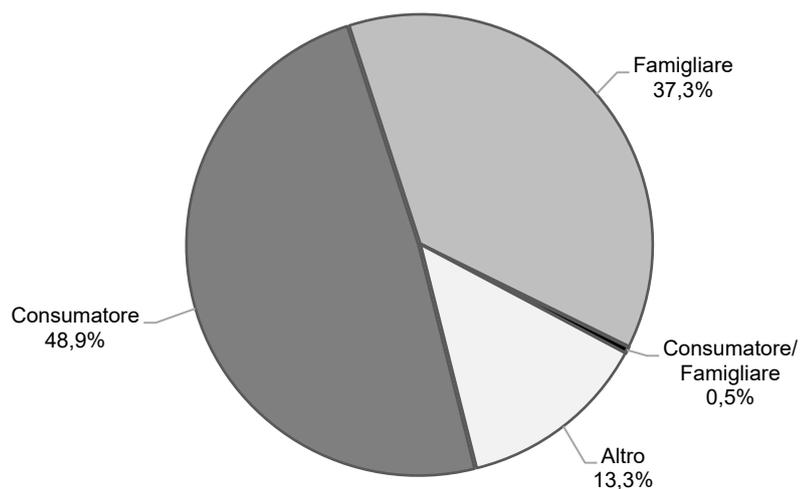
**Figura 27. Distribuzione (%) frequentatori club per genere e percezione dello stato di salute. Italia, anno 2020**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Monitoraggio Club Alcologici (MOCA) AICAT

Tutti i partecipanti hanno dichiarato di considerare “Molto importante” il proprio contributo al mantenimento di un buon stato di salute e la percentuale è leggermente superiore tra le donne (87,9% vs. 83,9%); solo l’1,5% degli uomini e lo 0,8% delle donne pensano infatti che non è importante il proprio contributo.

Nella Figura 28 sono riportate le due principali motivazioni dei partecipanti alla loro frequentazione del Club. Nella metà dei casi l’unica motivazione è stata quella di essere un consumatore di bevande alcoliche e nel 37,3% dei casi invece le persone hanno risposto di partecipare alla vita dei Club in quanto familiari di consumatori di bevande alcoliche.

L’analisi per genere delle motivazioni dei partecipanti mostra che le persone che hanno dichiarato di frequentare il Club in quanto consumatori sono stati il 70% degli uomini e il 26,8% delle donne. Mentre per gli uomini la motivazione principale alla frequentazione del Club è dunque il consumare bevande alcoliche, per le donne la motivazione principale è avere un familiare con problemi di alcol (58,2%). Pochi sono i frequentatori del club amici di bevitori ed in questo caso la differenza di genere non è significativa, così come non risulta significativa la differenza di genere tra i familiari solidali ( $M=11,3\%$ ;  $F=1,9\%$ ). I servitori insegnanti infine, risultano essere maggiori tra le donne (9,7%) rispetto agli uomini (6,7%) (Tabella 6).



**Figura 28. Distribuzione (%) frequentatori del Club per genere e percezione dello stato di salute. Italia, anno 2020**

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Monitoraggio Club Alcolologici (MOCA) AICAT

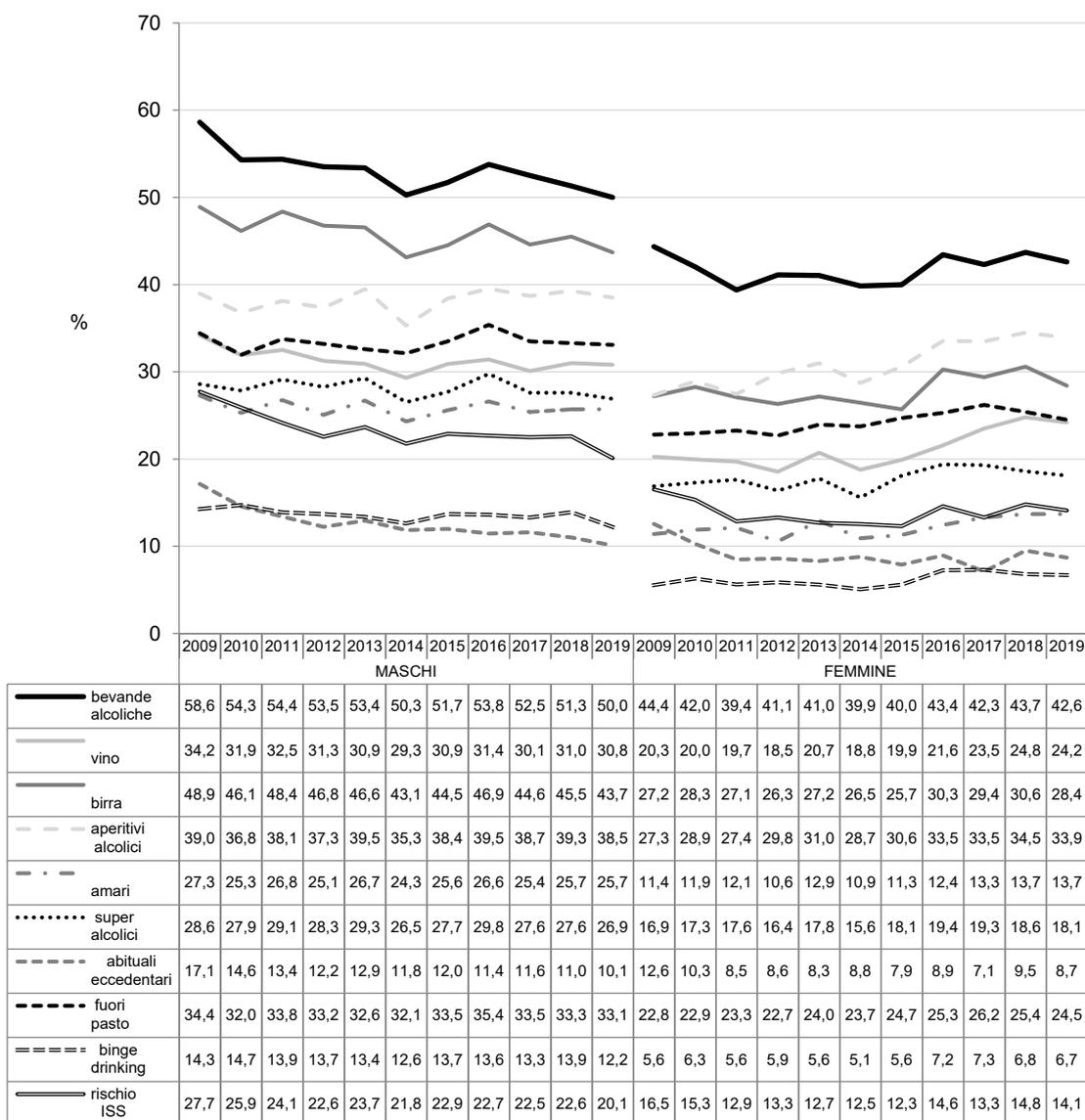
**Tabella 6. Motivazione della frequentazione del Club per genere**

Frequenti il club come:	Maschi		Femmine		$\chi^2$	p
consumatore	948	70,7	328	26,8	494,635	0,0000
famigliare	262	19,5	713	58,2	405,507	0,0000
amico	18	1,3	11	0,9	1,136	0,2866
famigliare solidale	18	1,3	30	2,4	4,260	0,0390
servitore insegnante	90	6,7	159	13,0	28,632	0,0000
altro	10	0,7	2	0,2	4,672	0,0307

Fonte: Elaborazioni ISS su dati Monitoraggio Club Alcolologici (MOCA) AICAT

## CONSUMO DI ALCOL TRA I GIOVANI

Nel 2019, il 50,0% dei ragazzi e il 42,6% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno; la prevalenza dei consumatori tra i ragazzi è diminuita nel corso degli ultimi anni mentre è rimasta pressoché stabile tra le ragazze (Figura 29).



**Figura 29. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, per genere (età 11-25 anni) (2009-2019)**

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

Le prevalenze più elevate si confermano tra gli uomini per i consumatori di birra (43,7%) seguiti dai consumatori di aperitivi alcolici (38,5%) e vino (30,8%); per le donne invece, le prevalenze di consumatrici più elevate si rilevano per gli aperitivi alcolici (33,9%) seguiti da birra (28,4%) e vino (24,2%); le bevande meno consumate per entrambi i generi sono invece gli amari.

Né per i ragazzi né per le ragazze si registrano differenze significative nei consumi delle diverse bevande alcoliche rispetto al 2018 (Figura 29 e Tabella 7).

**Tabella 7. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per classi di età tipologia di consumo e genere (2019)**

Tipologia di consumo	11-17 <sup>1</sup>		18-20 <sup>2</sup>		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	18,9*	16,9*	73,9	60,2	80,6	69,3	50,0	42,6
Consumatori di vino	8,2*	6,0*	44,7	31,8	55,2	45,8	30,8	24,2
Consumatori di birra	15,5	9,6	64,3	43,8	72,2	46,6	43,7	28,4
Consumatori di aperitivi alcolici	11,2*	11,1*	56,2*	49,4*	67,4	57,6	38,5	33,9
Consumatori di amari	4,8*	3,6*	38,2	17,2	48,5*	26,2*	25,7	13,7
Consumatori di super alcolici	7,0*	5,1*	40,0	28,6	48	30,7	26,9	18,1
Consumatori abituali eccedentari	18,9*	16,9*	0,9#	0,5#	3,2	1,7	10,1*	8,7*
Consumatori di alcolici fuori pasto	9,7	6,4	49,9	37,8	56,8	42,8	33,1	24,5
Consumatori <i>binge drinking</i>	3,2*	2,3*	19,8	9,8	20,7	11,3	12,2	6,7
Consumatori a rischio-criterio ISS	18,9*	16,9*	20,0	10,2	22,0	12,4	20,1	14,1

<sup>1</sup> Età minima legale per la somministrazione o la vendita di bevande alcoliche

<sup>2</sup> Età minima legale con tasso alcolemico alla guida pari a 0

\* La differenza di genere non è statisticamente significativa (IC95%).

# Dato non attendibile

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

Per quanto riguarda i comportamenti a rischio nei giovani tra gli 11 e i 25 anni le prevalenze sono rimaste paragonabili a quelle dell'anno scorso sia per i maschi che per le femmine, confermando la preponderanza del consumo fuori pasto (M=33,1%; F=24,5%) rispetto agli altri comportamenti a rischio. I consumatori abituali eccedentari sono stati l'10,1% dei ragazzi e l'8,7% delle ragazze. I giovani che hanno praticato il *binge drinking* sono stati il 12,2% dei maschi e il 6,7% delle femmine, senza variazioni significative rispetto all'ultima rilevazione (vedi Figura 29 e Tabella 7).

I consumatori a rischio identificati nel 2018 sono stati il 20,1% dei giovani 11-25enni e il 14,1% delle loro coetanee per un totale di circa 1.500.000 ragazze e ragazzi che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica (vedi Figura 28 e Tabella 6).

## Consumatori di 11-17 anni

In Italia la Legge 189 del 2012 impone il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni come raccomandato dalla WHO per i giovani al di sotto dei 18 anni. Le nuove linee guida per una sana alimentazione prodotte dal CREA (35) sulla base del dossier scientifico contenente le raccomandazioni e le principali indicazioni al consumatore (34) considerano “consumatori a rischio per la loro salute” tutti i giovani minorenni che hanno consumato anche una sola bevanda alcolica nel corso dell'anno. Nella fascia di età 11-17 anni quindi, l'indicatore del consumo di almeno una bevanda alcolica, quello del consumo abituale eccedentario e quello del consumo a rischio coincidono e, nel 2019 sono stati pari a 18,9% tra i ragazzi e di 16,9% tra le ragazze (vedi Tabella 7).

Come per l'anno precedente, la percentuale più elevata di consumatori si registra per i ragazzi tra chi beve birra (M: 15,5%) seguiti da aperitivi alcolici (11,2%) e vino (8,2%), mentre per le ragazze non si registrano differenze significative tra le consumatrici di birra e aperitivi alcolici (9,6% e 11,1% rispettivamente). I superalcolici e gli amari sono i meno consumati sia tra i maschi che tra le femmine. Per quanto riguarda la differenza tra maschi e femmine, sono le prevalenze di consumatori di birra sono statisticamente superiori tra gli uomini rispetto alle donne (*vedi* Tabella 7).

I consumatori fuori pasto tra gli 11 e i 17 anni non sono variati significativamente rispetto agli ultimi anni, e sono il 9,7% dei maschi e il 6,4% delle femmine. Similmente, per il *binge drinking*, le prevalenze rimangono in linea con quelle degli anni scorsi, e sono il 3,2% dei maschi e il 2,3% delle femmine.

Per entrambi i generi il trend dei consumatori a rischio nella fascia d'età 11-17 è decrescente negli ultimi 10 anni ma sembra essere arrivato a un plateau. Infatti, nonostante la prevalenza dei consumatori a rischio sia diminuita rispetto a dieci anni fa, nel corso degli ultimi 5 anni non si registrano variazioni significative dell'indicatore in particolare tra le donne di questa fascia d'età.

In totale si stima che gli adolescenti minorenni che gli organismi di sanità pubblica considerano a rischio sulla base delle nuove evidenze scientifiche sono stati nel 2019 circa 750.000.

## Consumatori di 18-20 anni

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

Il 73,9% dei maschi e il 60,2% delle femmine tra i 18 e i 20 anni nel 2019 si sono dichiarati consumatori, ovvero hanno consumato almeno una bevanda alcolica negli ultimi 12 mesi, senza variazioni di rilievo rispetto al 2018.

Per quanto riguarda le diverse bevande alcoliche, i valori più alti confermano quelli dell'anno scorso, ovvero il consumo maggiore si registra per la birra per i ragazzi (64,3%) e per gli aperitivi alcolici per le ragazze (49,4%) (*vedi* Tabella 7).

Il comportamento a rischio più frequente tra i 18 e i 20 rimane il consumo fuori pasto, effettuato dal 49,9% dei maschi e il 37,8% delle femmine, senza variazioni rispetto al 2018. I giovani che hanno praticato il *binge drinking* sono stati il 19,8% e il 9,8%, rispettivamente, dei ragazzi e delle ragazze, in tutti i casi le prevalenze sono superiori tra gli uomini rispetto alle donne (*vedi* Tabella 7).

I consumatori a rischio sulla base dei criteri ISS nel 2019 sono stati il 20,0% degli uomini e il 10,2% delle donne, ovvero circa 250.000 18-20enni (vedi Tabella 7).

## Consumatori di 21-25 anni

Oltre i ventuno anni, un giovane viene considerato adulto, e le quantità di alcol da non superare giornalmente per non incorrere in rischi per la salute coincidono con quelle della popolazione adulta: 2 UA per gli uomini e 1 UA per le donne (34-35).

In questa fascia di età l'80,6% dei ragazzi e il 69,3% delle ragazze sono consumatori, ovvero hanno bevuto almeno una bevanda alcolica durante il 2019, senza variazioni significative rispetto al 2018 per entrambi i generi.

Anche in questa fascia d'età l'alcolico più consumato tra i ragazzi è la birra (72,2%) – senza variazioni di rilievo rispetto agli anni precedenti – mentre per le femmine sono gli aperitivi alcolici, con una prevalenza simile a quella dell'anno scorso (57,6%). Il consumo della birra per le ragazze rimane comunque elevato (46,6%) e mantiene, come negli ultimi tre anni, un aumento significativo rispetto al 2015 (39,8%) e agli anni precedenti. Per le femmine anche il consumo di vino (45,8%) è molto vicino a quello dell'anno scorso, e simile a quello della birra, mentre per i ragazzi il consumo di vino è del 55,2%. I superalcolici sono stati consumati dal 48,0% dei maschi e dal 30,7% delle femmine, e gli amari dal 48,5% e dal 26,2%, rispettivamente. In tutti i casi le consumazioni per tipologia di alcolico sono simili a quelle del 2018. La tendente crescita della prevalenza delle consumatrici di vino, aperitivi alcolici e amari per il genere femminile osservata dal 2014 si rileva anche quest'anno.

Non si registrano variazioni di rilievo rispetto al 2018 nemmeno per i comportamenti: i consumatori fuori pasto sono il 56,8% dei maschi e il 42,8% delle femmine, i *binge drinker* 20,7% e il 11,3% e gli abituali eccedentari sono il 3,2% e l'1,7%, rispettivamente dei maschi e delle femmine. I consumatori a rischio secondo i criteri ISS sono il 22,0% dei maschi e il 12,4% delle femmine e corrispondono a circa 500.000 giovani che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica.

Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche, così come quelle relative ai diversi comportamenti a rischio, risultano superiori a quelle rilevate per le coetanee della stessa classe di età ad eccezione del consumo di amari (vedi Tabella 7).

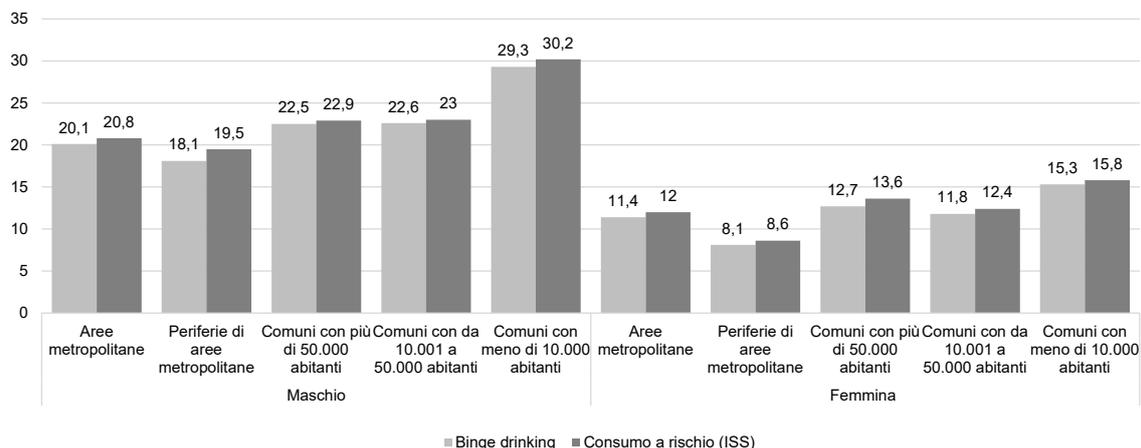
## CONSUMO DI ALCOL NEI GIOVANI ITALIANI: EVIDENZE DALL'INDAGINE MULTISCOPO 2018

Il consumo e l'intossicazione alcolica tra i giovani e gli adolescenti è un fenomeno preoccupante data la possibilità di gravi implicazioni sanitarie e psico-sociali, associate a comportamenti a rischio tipici di questa fascia sensibile di popolazione come assenze e riduzione delle prestazioni scolastiche, sessualità precoce, aggressività, bullismo e violenza, a possibili influenze negative sulle abilità sociali e sullo sviluppo cognitivo ed emotivo (46) alle cosiddette competenze sociali, fino a manifestarsi in una serie di disordini psichiatrici, in parte responsabili del fenomeno della delinquenza giovanile (47-49).

Nell'ambito di una collaborazione tra ISS e Sapienza Università di Roma - Statistica, Economia e Società, sono stati analizzati i dati dell'“Indagine multiscopo: aspetti della vita quotidiana” condotta nel 2018 relativi ad un campione di 5859 individui di età compresa tra gli 11 e i 24 anni. Tra le numerose variabili coinvolte nell'indagine sono state considerate alcune variabili strutturali e alcune variabili di tipo comportamentale, sociale ed economico; L'analisi condotta su questo campione di giovani ha evidenziato che alcune di queste variabili sono correlate con il fenomeno del *binge drinking* e il consumo a rischio di alcolici per il criterio stabilito dall'ISS (9, 37).

In questa analisi la popolazione giovanile di interesse è stata suddivisa in due classi di età: 11-17 anni (inferiore all'età minima di consumo legale) e 18-24 anni. Le analisi sono state condotte separatamente per genere solo per la seconda classe d'età, in quanto il fenomeno del *binge drinking* è risultato legato al genere solo in questa fascia.

La zona di residenza risulta significativamente correlata sia con il *binge drinking* sia con il comportamento di consumo a rischio per gli uomini maggiorenni (Figura 30), e solo con il consumo a rischio nei minorenni. Generalmente, più il comune di residenza è popolato, meno c'è la tendenza a consumare in modalità a rischio per la salute, con eccezione delle periferie delle aree metropolitane, dove si registrano in tutti i casi le percentuali più basse.



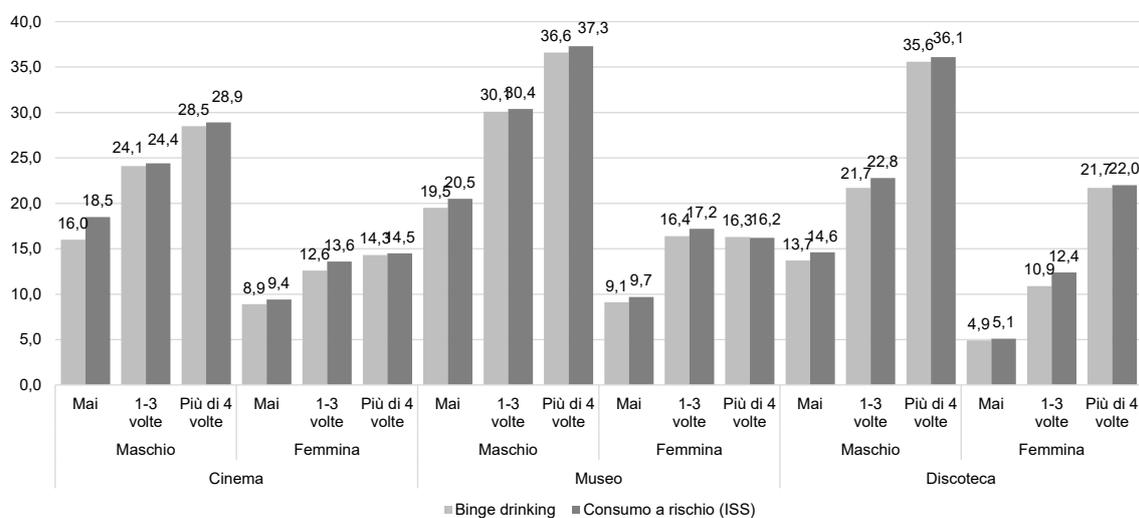
**Figura 30. Distribuzione (%) di consumatori a rischio e *binge drinking* per dominio di residenza e per genere (età 18-24 anni). Anno 2018**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Nei minorenni sono risultate significative le associazioni tra i due comportamenti a rischio alcol-correlato considerati in questa analisi e le variabili “uso di farmaci” e “abitudine al fumo”.

La percentuale di consumatori a rischio per il criterio ISS e *binge drinker* tra i minorenni è più elevata tra chi assume farmaci o fuma e l’associazione tra queste variabili potrebbe anche essere ricondotta a un rafforzamento della errata abitudine legata al “poli-consumo” di sostanze psicoattive (alcol, tabacco) e medicamentose, soprattutto tra i ragazzi.

Nell’indagine multiscopo vi sono un set di variabili che vanno a rilevare la frequenza con cui si reca in alcuni luoghi (es. discoteche, cinema e musei). L’andare al cinema e al museo risulta correlato con i diversi comportamenti a rischio; in particolare si osserva che la percentuale dei consumatori a rischio aumenta al crescere delle volte in cui si frequentano i luoghi di svago. Il frequentare discoteche infine risulta significativamente correlata sia al *binge drinking*, sia al Consumo a rischio con percentuali di ragazzi che praticano queste modalità rischiose di consumo che sono triplicate rispetto a chi non li pratica (Figura 31).



**Figura 31. Distribuzione (%) di consumatori a rischio e *binge drinking* per luoghi di svago frequentati e per genere (età 18-24 anni) Anno 2018**

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell’Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tra i luoghi di svago (es. pub, ristoranti, casa di parenti o amici) in cui si recano i ragazzi, la discoteca risulta essere il primo posto dove i giovani praticano il *binge drinking*, mentre tra gli adulti è solamente al quinto posto seguita solamente dalla strada e dai luoghi classificati come “Altri” (dati non mostrati).

Per la fascia d’età dei giovani tra i 18 e i 24 è stata calcolata la variabile BMI che, a differenza di quanto emerso nella popolazione generale, non risulta significativamente associata con gli indicatori di consumo a rischio. La mancata differenza tra abitudini di consumo e BMI può essere motivata in primo luogo dal fatto che il peso viene auto-dichiarato e quindi spesso potrebbe non essere rilevato in maniera corretta (negli studi clinici, infatti, peso e altezza vengono rilevati da un operatore con uno strumento standardizzato); c’è inoltre da sottolineare che, essendo l’alcol una sostanza molto calorica (50-51), la differenza tra le due popolazioni potrebbe essere ascrivibile al rallentamento del metabolismo nella popolazione adulta.

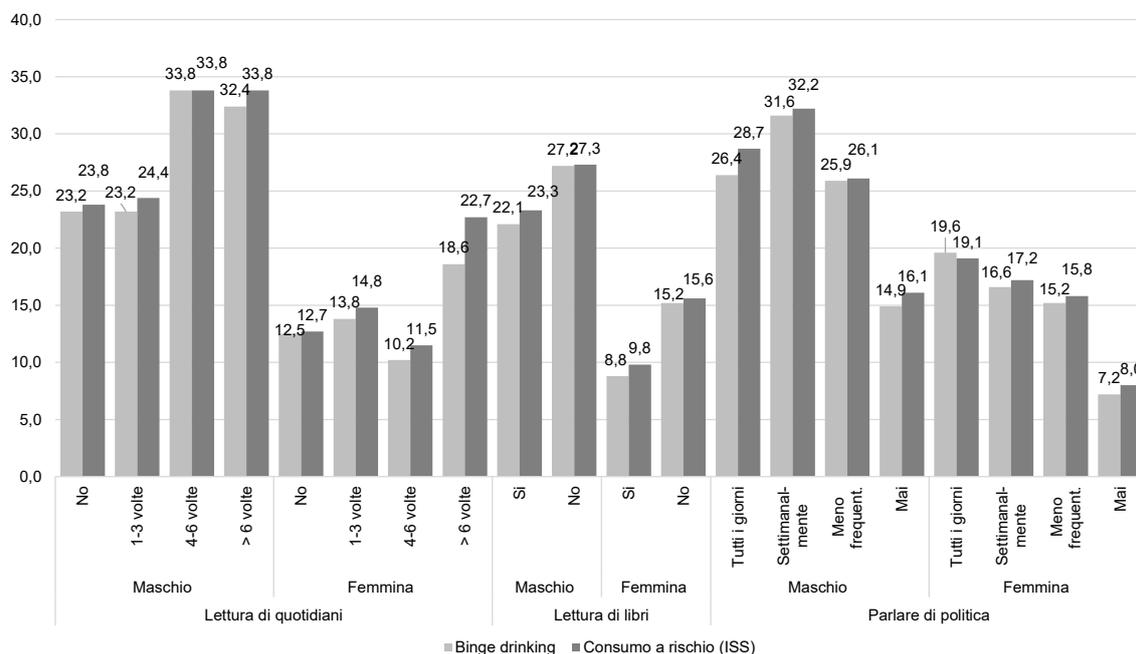
La soddisfazione sulla propria salute sembra essere associata con il consumo in modalità *binge drinking* solo per le ragazze; l’analisi evidenzia infatti che la percentuale delle ragazze che

praticano il *binge drinking* è maggiore tra chi non si sente soddisfatto della propria salute (22,4%) rispetto a chi si sente molto soddisfatto (13,4%).

Il titolo di studio è associato con entrambi gli indicatori per il genere maschile: l'analisi dei dati mostra infatti che esiste un'associazione lineare positiva tra titolo di studio e *binge drinking* e tra titolo di studio e consumo a rischio: chi ha titoli di studio più alti pratica di più il *binge drinking*, o è più a rischio.

La condizione professionale risulta associata con il *binge drinking* solo per le ragazze ed è invece associata (come il titolo di studio) per entrambi i generi con l'indicatore sul consumo a rischio ISS. Dalla letteratura si evince che istruzione e condizione professionale concorrono insieme a definire lo status sociale, che potremmo ipotizzare (in quanto variabile latente rispetto alle due variabili "condizione professionale" e "titolo di studio") associato al consumo a rischio di alcolici. Anche nei giovani, chi ha maggiore disponibilità economica, o appartiene a uno status più elevato, è più propenso a un consumo rischioso di alcolici. Anche la variabile "utilizzo di Internet" risulta significativamente correlata con i comportamenti a rischio, verosimilmente grazie alle maggiori possibilità dei giovani con uno status elevato ad accedere ad internet, a conferma dell'associazione tra comportamenti a rischio status socio-economico.

La percentuale dei giovani che praticano il *binge drinking* o consumano bevande a rischio è più elevata tra chi legge quotidianamente i giornali rispetto a chi non ne legge mai. L'abitudine di leggere libri, invece, risulta associata per le ragazze con l'indicatore di consumo a rischio ISS, e per entrambi i generi con il *binge drinking*, mostrando che le percentuali di giovani che praticano questi comportamenti a rischio sono più alte tra chi non legge libri. Per entrambi i generi infine, l'abitudine a parlare di politica risulta significativamente associata con il praticare comportamenti a rischio per la salute, e la percentuale di *binge drinker* e di consumatori a rischio è più bassa tra chi non ha parla mai di politica (Figura 32).



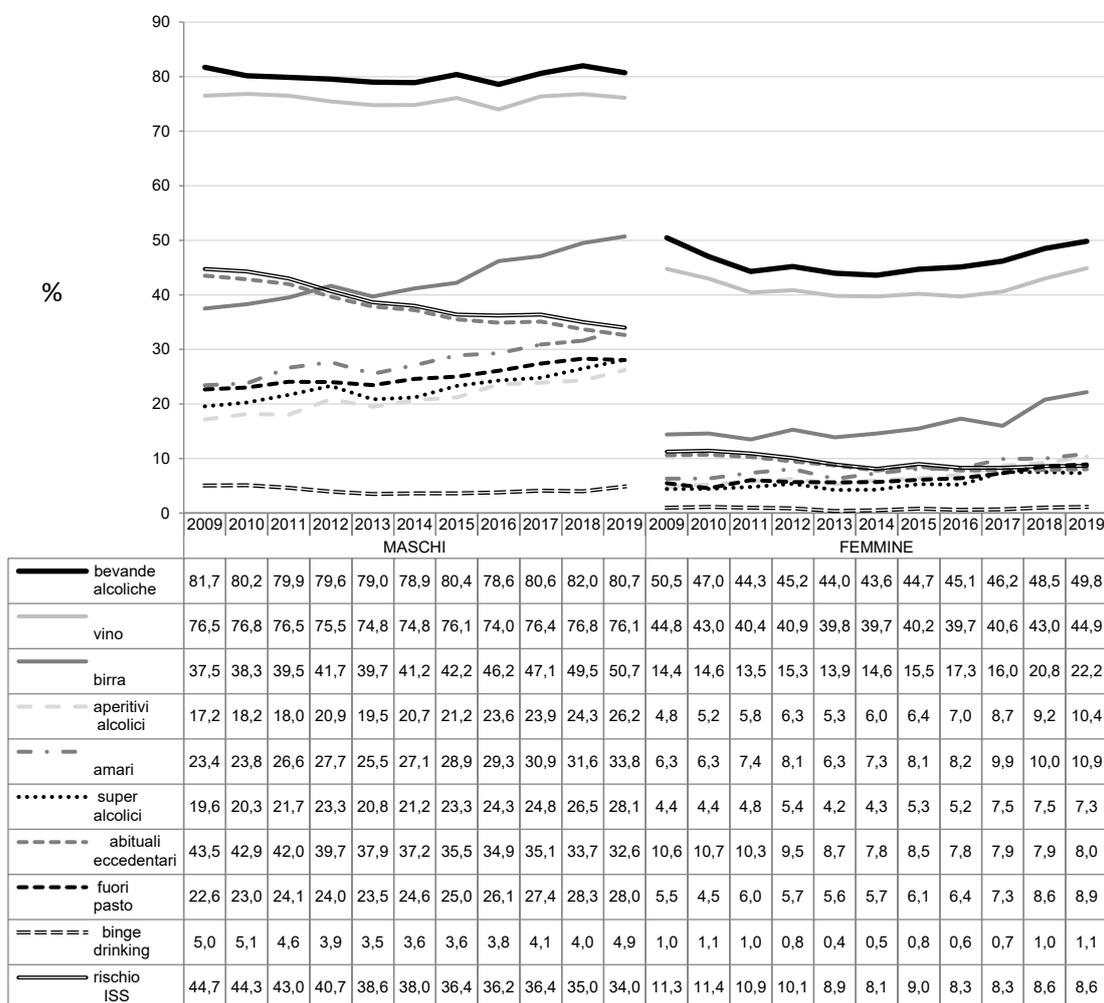
**Figura 32. Distribuzione (%) di consumatori a rischio e *binge drinking* per abitudine a leggere quotidiani, libri o a parlare di politica per genere (età 18-24 anni) Anno 2018**  
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Più si parla di politica e si leggono quotidiani, più la percentuale dei *binge drinker*, e dei consumatori a rischio, aumenta. Queste variabili sono state scelte in quanto potrebbero rappresentare il livello di educazione e di partecipazione politica/sociale. È nota in letteratura un'associazione tra partecipazione politica e status sociale, quindi anche in questo caso ci potrebbe essere una variabile latente dietro alla “lettura di quotidiani” e al “parlare di politica di tipo sociale ed economico” che ne spiega l'associazione col consumo a rischio di alcolici. Diverso è il discorso per la variabile “lettura di libri”, che potrebbe essere una variabile *proxy* di scarso livello di educazione.

## CONSUMO DI ALCOL TRA GLI ANZIANI

La WHO stabilisce che gli anziani sono uno dei target sensibili della popolazione all'esposizione all'alcol gli anziani, insieme alle donne e ai bambini. Nell'anziano, infatti, a causa della diminuzione dell'acqua corporea totale, della minore efficienza del fegato, dell'assunzione di farmaci e della presenza di patologie croniche, è fondamentale ridurre la quantità di alcol giornaliera. Le nuove linee guida del CREA consigliano per questo motivo di non consumare bevande alcoliche o ridurne almeno il consumo a un massimo di 12 g di alcol al giorno in età avanzata per non incorrere in problemi per la salute; tale consumo equivale a 1 UA (circa 330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) indipendentemente dal genere.

In Italia nel 2019 l'80,7% degli uomini ultra-65enni e il 49,8% delle loro coetanee hanno consumato almeno una bevanda alcolica e per queste ultime si conferma il trend in crescita delle consumatrici, registrato negli ultimi cinque anni (Figura 33 e Tabella 8).



**Figura 33. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età ≥65 anni) (2009-2019)**

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

Tabella 8. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2019)

Tipologia di consumo	65-74		75-84		85+		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	83,2	54,2	78,8	47,9	74,5	42,0	80,7	49,8
Consumatori di vino	77,7	47,5	74,7	43,5	73,1	40,6	76,1	44,9
Consumatori di birra	60,0	29,3	43,0	19,4	29,6	8,5	50,7	22,2
Consumatori di aperitivi alcolici	32,3	13,8	21,0	9,2	13,2	3,6	26,2	10,4
Consumatori di amari	37,9	14,0	31,7	9,9	20,4	4,4	33,8	10,9
Consumatori di super alcolici	33,8	9,6	23,5	6,4	14,8	3,0	28,1	7,3
Consumatori abituali eccedentari	32,6	8,2	34,0	8,5	28,4	6,6	32,6	8,0
Consumatori di alcolici fuori pasto	32,6	10,9	24,4	8,6	17,4	4,3	28,0	8,9
Consumatori <i>binge drinking</i>	6,6	1,5	2,7	0,9	2,9	0,5#	4,9	1,1
Consumatori a rischio-criterio ISS	34,7	9,2	34,5	8,7	29,0	6,9	34,0	8,6

# Dato non attendibile

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

La bevanda che presenta la prevalenza di consumatori più elevata in questa fascia di età rimane, come negli anni scorsi, il vino, sia per gli uomini sia per le donne (M: 76,1%; F: 44,9%) seguito dalla birra (M: 50,7,5%; F: 22,2%). Mentre per gli uomini il consumo di vino rimane grossomodo costante negli ultimi anni, per le donne si conferma il trend crescente degli ultimi quattro anni. Sia per le donne che per gli uomini si è verificato, nel 2019, un aumento del consumo di aperitivi alcolici, dal 9,2% del 2018 al 10,4% per le donne, ovvero una crescita dell'12,3%, e dal 24,3% al 26,2% per gli uomini, con un aumento del 8,0%. Non vi è invece un aumento statisticamente significativo per gli amari (M=33,8%, F=10,9%) e per i superalcolici (M=28,1%, F=7,3%), sebbene per entrambi i generi si conferma il trend crescente per tutte e due le bevande (vedi Figura 33 e Tabella 8).

Le prevalenze dei comportamenti a rischio rimangono invariate rispetto al 2018 sia per i maschi che per le femmine. Il comportamento più frequente tra gli uomini rimane il consumo abituale eccedentario (praticato dal 32,6% degli ultra 65enni), seguito dal consumo fuori pasto (28,0%) e dal *binge drinking* (4,9%). I comportamenti a rischio nelle donne sono molto inferiori rispetto agli uomini, e il più diffuso è il consumo fuori pasto praticato nel 2019 dall'8,9% delle donne, seguito dal consumo abituale eccedentario (8,0%), mentre l'1,1% pratica il *binge drinking*.

Sebbene le differenze con l'ultimo anno non siano statisticamente significative, è possibile evidenziare degli andamenti indicativi dei consumi negli over 65 negli ultimi anni. Per gli uomini il consumo abituale eccedentario conferma il trend decrescente degli ultimi 10 anni, mentre continua a salire la curva del consumo fuori pasto, così come per le donne. In queste ultime, invece, il consumo abituale eccedentario è pressoché stabile a partire dal 2013. Il *binge drinking* rimane grossomodo stabile in entrambi i generi negli ultimi 10 anni.

In totale gli uomini over 65 che nel 2019 hanno tenuto un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS sono stati il 34,0%, contro l'8,6% delle donne pari a circa 2.700.000 persone (Figura 33 e Tabella 8).

Per tener conto dei diversi comportamenti adottati da questa fascia di popolazione e le diverse abitudini di consumo sono stati quindi analizzati separatamente i dati relativi a 'giovani anziani' (65-74) che rappresentano l'11,2% della popolazione italiana, agli 'anziani' veri e propri (75-84) che ne rappresentano l'8,2% e ai 'grandi anziani' (85 e oltre) che ne rappresentano infine il 3,6% (45).

## Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

In Italia la popolazione anziana di 65-74 anni nel 2019 era pari al 10,8% della popolazione maschile italiana e al 11,5% di quella femminile (45).

I consumatori in questa fascia d'età sono stati il 83,2% dei maschi e il 54,2% delle femmine, quindi senza variazioni significative rispetto al 2018 e mantenendo, per le donne, l'aumento registrato l'anno scorso. La bevanda più consumata rimane il vino, sia per gli uomini (77,7%) che per le donne (47,5%), per queste confermando un trend in crescita rispetto al 2017. La seconda bevanda più consumata tra gli uomini rimane la birra (60,0%), confermando un andamento decisamente crescente negli ultimi 10 anni: l'aumento rispetto al 2009 è del 31,9%. Per le donne il consumo di birra è stato del 29,3%, costante rispetto al 2018 e in grande aumento rispetto agli anni precedenti. Il consumo di aperitivi alcolici nei giovani anziani, come già sottolineato per tutta la popolazione over 65, è in aumento in entrambi i generi, per gli uomini è al 32,3% e per le donne è al 13,8%. Gli amari sono stati consumati dal 37,9% dei maschi e dal 14,0% delle femmine: per queste, sebbene senza variazioni significative rispetto all'anno scorso, si conferma l'andamento crescente (+31,4% rispetto al 2015 e + 69,4% rispetto al 2009). I superalcolici, infine, sono stati consumati, nel 2019, dal 33,8% dei maschi (trend crescente) e dal 9,6% delle femmine tra i 65 e i 74 anni. Le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate (Tabella 8).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, il consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche (M=32,6%; F=8,2%) è diminuito nel corso degli ultimi 10 anni mentre un andamento opposto si osserva per i consumatori fuori pasto; per entrambe le modalità di assunzione di bevande a rischio non si osservano tuttavia variazioni statisticamente significative rispetto al 2018. I *binge drinker* (M=6,6%; F=1,5%), invece, seppur non mostrando variazioni statisticamente significative con l'anno precedente, iniziano a mostrare un trend crescente per gli uomini.

Come l'anno scorso, sono circa 1.450.000 i giovani anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, ovvero il 34,7% degli uomini e il 9,2% delle donne. Nel corso degli ultimi dieci anni si rileva una costante riduzione della prevalenza dei consumatori a rischio per entrambi i generi sebbene la variazione rispetto al 2018 non risulti significativa (Tabella 8).

## Consumatori anziani (75-84 anni)

In Italia la popolazione anziana di 75-84 anni nel 2019 era pari al 7,2% della popolazione maschile italiana e al 9,0% di quella femminile (45).

In questa fascia d'età i consumatori nel 2019 sono stati il 78,8% dei 75-84enni di sesso maschile e il 47,9% delle loro coetanee, senza variazioni di rilievo rispetto al 2018, ma per le donne si inizia ad affermare un andamento crescente. L'alcolico più bevuto, come per le altre fasce di anziani, rimane il vino, consumato dal 74,7% dei maschi e dal 43,5% delle femmine, senza sostanziali variazioni rispetto all'anno scorso; la birra è la seconda bevanda consumata dagli anziani 75-84enni ed è stata bevuta dal 43,0% degli uomini, senza variare rispetto al 2018, e dal 19,4% delle donne, che sono aumentati rispetto alla precedente rilevazione del 23,9% rispetto all'anno scorso, confermando così il trend crescente degli ultimi 6 anni. Gli aperitivi alcolici sono stati consumati dal 21,0% degli uomini e dal 9,2% delle donne e per queste ultime si registra, anche per questa bevanda, un aumento nel consumo del 38,8%. Gli amari sono stati consumati dal 31,7% degli uomini di questa classe di età e dal 9,9% delle donne ed i super alcolici dal 23,5%

e 6,4% rispettivamente. Anche per queste bevande, sebbene senza variazioni significative rispetto al 2018, si evidenzia un trend crescente nel corso degli ultimi 10 anni. Per tutte le bevande considerate il dato degli uomini è sempre superiore a quello delle donne (Tabella 8).

Per quanto riguarda le abitudini di consumo si evidenzia che il comportamento a rischio più praticato tra gli uomini di questa fascia di popolazione, come per le altre, è il consumo abituale eccedentario (34,0%), la cui prevalenza risulta sovrapponibile a quella dei consumatori a rischio, così come per le donne (8,5%); per entrambi i generi l'andamento è diminuito nel corso degli anni sebbene rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni statisticamente significative. Gli anziani di 65-74 anni che hanno consumato nel 2019 bevande alcoliche fuori dal pasto sono il 24,4% dei maschi e l'8,6% delle femmine, e per queste si conferma il trend crescente. Il 2,7% degli uomini e lo 0,9% delle donne ha praticato il *binge drinking*.

In totale si stima che nell'anno 2019 sono stati quasi 950.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, pari al 34,5% degli uomini e l'8,7% delle donne 75-84enni (Tabella 8).

## Consumatori grandi anziani ( $\geq 85$ anni)

In Italia la popolazione di età superiore a 84 anni nel 2019 era pari al 2,4% della popolazione maschile italiana e al 4,7% di quella femminile (45). La prevalenza dei "grandi anziani" che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2019 è stata del 74,5% per gli uomini e del 42,0% per le donne senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni.

La bevanda più consumata per entrambi i generi rimane di gran lunga il vino, bevuto nel 2019 dal 73,1% degli uomini e dal 40,6% delle donne ultra 85enni, in entrambi i casi senza variazioni di rilievo rispetto al 2018. Seguono la birra sia per gli uomini (29,6%) che per le donne (8,5%), gli amari (M: 20,4%; F: 4,4%), superalcolici (M: 14,8%; F: 3,0%) e aperitivi alcolici (M: 13,2%; F: 3,6%). Le percentuali di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate e non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabella 8), sebbene siano confermati i trend crescenti per vino e birra in entrambi i generi, e amari e superalcolici nei soli uomini.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che la prevalenza più elevata si registra anche in questo target di popolazione per i consumatori abituali eccedentari (M: 28,4%; F: 6,6%) seguita dai consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 17,4%; F: 4,3%). Per tutti i comportamenti considerati non si osservano variazioni significative rispetto al precedente anno ma per i consumi lontano dai pasti si conferma tuttavia un andamento in crescita negli ultimi 5 anni tra i soli anziani di sesso maschile.

In totale si stima che nell'anno 2019 sono stati quasi 300.000 gli ultra 85enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS (criterio ISS) e non si osservano variazioni significative rispetto ai precedenti anni (*vedi* Tabella 8).

## CONCLUSIONI

Nonostante i dati si riferiscano all'anno che ha preceduto la pandemia, lo scenario delineato continua a presentare una situazione notevolmente distante dagli obiettivi ai quali l'Italia, come tutte le nazioni in Europa e nel mondo, hanno aderito ai fini di garantire contesti di salute sostenibile globali.

Il consumo di alcol in Italia mina l'impegno delle Nazioni Unite al raggiungimento di molti obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), influenzando una serie d'indicatori riguardanti la salute. Può infatti avere ripercussioni sulla diffusione di malattie infettive, sull'incidenza degli infortuni stradali, sulla salute dei bambini nonché un'ampia gamma di indicatori relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza. Il solo fatto che tra gli SDG sia incluso un target specifico sul consumo dannoso di alcol (3.5: rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol) (15) dimostra il ruolo chiave dell'alcol nell'agenda di sviluppo globale e la necessità di supportare azioni di contrasto al consumo. Secondo la WHO, gli attuali consumi di alcol hanno un impatto negativo su 13 di 17 obiettivi di salute sostenibile e su un totale di 52 obiettivi presenti in tutte e tre le dimensioni dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite (economica, sociale e ambientale) influenzando una serie di indicatori relativi alla salute, come la salute dei bambini, le malattie infettive (in particolare HIV, epatiti virali e tubercolosi), le principali malattie non trasmissibili, la salute mentale, l'incidentalità stradale, nonché un'ampia gamma di indicatori relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza (5,6).

La Regione europea della WHO ha il più alto livello globale di consumo di alcol: 9,8 litri di alcol puro per adulto (dai 15 anni in su) all'anno rispetto a una media globale di 6,4 litri. Il consumo di alcol ha un impatto causale su oltre 200 condizioni di salute (malattie e lesioni) e nella sola Regione europea, il suo consumo è causa di quasi un milione di morti ogni anno (circa 2500 morti al giorno). Oltre ad avere impatti devastanti sulle comunità, gli impatti sulla società includono maggiori costi per l'assistenza sanitaria e per la comunità, carichi enormi sulla capacità dei servizi sanitari e perdite di produttività (5).

In Italia, a fronte di una diminuzione rilevata tra il 2002 e il 2010 si è assistito ad un lieve incremento tra il 2011 e il 2018. Sebbene non significativo da un punto di vista statistico è evidente l'evoluzione in un canale di crescita che stime preliminari congiunte ISS-WHO sono in grado di confermare come orientate a superare gli 8,3 litri già nel 2019, anno che precede l'epidemia da Coronavirus. Analizzando i litri di alcol consumati per tipologia di bevanda alcolica si evince che in Italia così come in Europa, nel corso degli anni la maggior parte dei litri di alcol puro sono da sempre consumati bevendo vino, seguito da birra e in ultimo da liquori pur con gli andamenti molto diversi tra il 1970 e il 2018, sia a livello territoriale, che di bevanda consumata, così come riportati analiticamente nel presente rapporto.

Il Centro WHO per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol dell'ISS è stato impegnato su nomina della WHO a monitorare e valutare periodicamente il livello d'implementazione delle politiche sull'alcol attraverso un sistema di punteggi introdotto dall'azione centrale SISTIMAL del Ministero della Salute che mirano a supportare i *policy maker* all'adozione di quelle misure per le quali è rilevante l'evidenza di gap da colmare al fine di facilitare e garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute che l'Italia si è impegnata a conseguire attraverso il Piano Nazionale di Prevenzione e politiche sull'alcol informate dai migliori indicatori di processo e di risultato (52). Un impegno di supporto alla WHO che l'ISS assicura attraverso l'ONA che provvede all'aggiornamento epidemiologico e alla sorveglianza specifica SISMA alla base di quanto previsto dalla Legge

125/2001 (19) e della Relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento in corso di pubblicazione per l'anno in corso.

Il Programma di lavoro europeo (*European Programme of Work, EPW*) 2020-2025 della WHO prevede il sostegno agli Stati membri nello sviluppo, nell'attuazione e nel monitoraggio di politiche di controllo sull'alcol (53-54). Numerose sono le evidenze che alcune misure politiche possono ridurre i livelli di consumo di alcol (55). Ad esempio, le misure denominate *best buys*, raccomandate dalle Nazioni Unite e dalla WHO (aumentare le tasse sugli alcolici, limitare la disponibilità e il marketing delle bevande alcoliche), sono strumenti potenti e relativamente economici. Sebbene il livello di attuazione nella Regione sia ancora molto basso, soprattutto per quanto riguarda le politiche sui prezzi, è necessario agire su queste politiche così da ridurre sofferenze e morti evitabili, oltre a creare società più sane.

Attraverso la rete internazionale dei Centri collaborativi della WHO, tra i quali quello per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol dell'ISS, si intensificano le attività d'introduzione e adozione, nelle strategie nazionali di prevenzione, di una serie di misure interconnesse che mirano a rendere efficace una comunicazione pubblica distante da interessi commerciali e da logiche di convenienza economica che possano porre al centro la persona e il diritto ad essere tutelato dalle pressioni al bere e a contesti di vita e di lavoro non influenzati dalle conseguenze negative dell'alcol. A questo proposito la WHO ribadisce la necessità di contrastare la comunicazione ambigua (come quella che promuove il "bere responsabile") a favore di un messaggio chiaro sull'inesistenza di un livello sicuro di consumo di alcol, attivando azioni concertate a livello nazionale e internazionale con un maggiore impegno politico.

Sono indicati come prioritari:

- il coordinamento di un'azione multisettoriale a salvaguardia dell'influenza di interessi acquisiti che si oppongono a politiche efficaci di controllo dell'alcol;
- un maggiore e più appropriato coinvolgimento delle organizzazioni non governative orientate alla salute pubblica, delle associazioni professionali e dei gruppi sociali (42).

La presentazione della Relazione 2020 sul consumo di alcol e sugli interventi realizzati nel 2018 (36) ha ribadito la necessità di una profonda riflessione su una fascia di popolazione vulnerabile. In Italia, nel periodo antecedente la pandemia di COVID-19 l'alcol era uno tra i più temibili fattori di rischio e di malattia per circa otto milioni e mezzo di consumatori definiti a rischio, tra cui oltre due milioni e settecentomila anziani, oltre 4 milioni di *binge drinker* e circa 600.000 consumatori "dannosi" con diagnosi suggestiva di alcoldipendenza *in need for treatment* (37). Una situazione che i dati preliminari sul 2020 suggeriscono essere peggiorata durante i mesi di *lockdown* e *smart working*.

Il presente rapporto conferma che le tendenze registrate non sono ancora indirizzate al conseguimento di quanto prefissato dalle strategie di prevenzione nazionali e regionali sottolineando ampi gap da colmare nella riduzione dei consumatori a rischio, dei *binge drinker* e dei consumatori dannosi. Nel 2019 in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi nella popolazione adulta identifica circa 670.000 persone maggiorenni (M=430.000; F=240.000). L'analisi per classi di età mostra che nella popolazione anziana la prevalenza è più elevata rispetto a quella registrato tra i 18-44enni. Nel corso dell'ultimo anno si è registrato un incremento della prevalenza di dei consumatori dannosi che è passata da 1,46% a 1,80%, in particolare nella popolazione anziana dove il valore è aumentato in maniera statisticamente significativa del 22,7%. Considerati gli alcol dipendenti in carico ai servizi dell'SSN è evidente che oltre il 90 % di coloro che si trovano nella necessità e urgenza di trattamento non sono intercettati, identificati, gestiti, curati o riabilitati mortificando la funzione e il ruolo sia della prevenzione universale che di quella della fascia ad alto rischio, la più sensibile, generando e consolidando una grave disuguaglianza di salute resa

ancora più aspra dalle disomogeneità registrabili nei modelli e nelle risorse dedicate a livello regionale.

La gestione dei Servizi di alcologia è oggi una competenza regionale per cui non vi è omogeneità territoriale. Nella maggior parte dei casi i Servizi di alcologia si trovano all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, tuttavia in alcune realtà regionali sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi Alcologici e i Gruppi di Lavoro per l'alcoldipendenza sono inseriti nei Servizi Territoriali per le Dipendenze (Ser.D) insieme ad altre forme di dipendenza (tossicodipendenza, dipendenza da gioco d'azzardo), spesso con personale non esclusivamente dedicato ai pazienti con disturbi da uso di alcol. In pochi altri casi invece i Servizi di alcologia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie (36).

Il sistema delle strutture dell'SSN fallisce l'obiettivo di presa in carico, cura e riabilitazione del 90% di quanti hanno necessità di un intervento non accessibile sottolineando la necessità di una profonda riorganizzazione funzionale e strutturale delle reti curanti che hanno il compito di evitare una evidente disuguaglianza; nei fatti la dipendenza da l'alcol resta la malattia mentale meno trattata dall'SSN.

Come espresso dal Ministro della Salute in prefazione della relazione al Parlamento (6), la Legge 125/2001 prevedeva una serie di adempimenti, che in parte sono stati attuati e in parte non si sono tradotti in iniziative realizzate, pur mantenendo a tutt'oggi una riconosciuta validità. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), subentrata poco dopo la Legge 125/2001, ha, come noto, rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni e questo ha avuto ripercussioni sull'attuazione della Legge stessa. Tra le maggiori inadempienze resta ancora oggi l'assenza di norme che regolino l'identificazione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcologia. Ciò ha comportato una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol-correlate a livello regionale. Negli ultimi anni la tendenza delle Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di alcologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, mentre in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi Alcologici e i Gruppi di Lavoro per l'alcoldipendenza risultano essere inseriti nei Servizi Territoriali per le Dipendenze (Ser.D) insieme alla presa in carico di altre forme di dipendenza (tossicodipendenza, dipendenza da gioco d'azzardo), spesso con personale non esclusivamente dedicato ai pazienti con problemi alcologici. In pochi altri casi invece i Servizi di alcologia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie. Poiché sull'alcol non esistono ad oggi delle indicazioni univoche per i Servizi territoriali che si occupano di Problemi e Patologie Alcol Correlate, sarebbe auspicabile prevedere Linee di indirizzo che definiscano gli ambiti e gli interventi specialistici inerenti il Disturbo da Uso di Alcol e l'Alcoldipendenza, così come invece esistono per il Tabacco. Questa lacuna, tra l'altro, porta alcune Regioni a unificare, nel Catalogo Aziendale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, sotto la definizione di Visita Tossicologica anche quella Alcologica con perdita della dignità specifica di una prestazione che ha invece la necessità di essere ben evidenziata per poterne monitorare adeguatamente l'efficienza di un intervento già manifestamente precario.

Una rinnovata cultura gestionale e sanitaria è pertanto indispensabile anche considerato che l'area del trattamento è stato ricompreso negli obiettivi di salute sostenibile della WHO come prioritari e da rendicontare annualmente in progressi registrati che in assenza di individuazione specifica renderanno impossibile qualunque tipo di valutazione, evenienza da evitare. Molto dovrà cambiare anche nell'approccio di una rete vera da costituire; poiché non esistono livelli di consumo alcolico privi di rischio, e poiché la comunità scientifica suggerisce di considerare sempre il rischio alcol-correlato come espressione di esposizione a un continuum di quantità crescenti di alcol consumate, di progressivi rischi e di danni, è importante garantire e integrare risorse per la formazione continua obbligatoria e l'integrazione nella pratica clinica quotidiana

dell'identificazione precoce dei consumatori a rischio (attraverso il test AUDIT, *Alcohol Use Disorders Identification Test*) nei contesti di assistenza sanitaria primaria dedicati ai giovani (setting pediatrici e di assistenza primaria erogata dai medici di famiglia) (56-63)

Altro aspetto critico correlato all'attuazione della Legge 125/2001 riguarda la formazione e l'aggiornamento in alcologia per la quale non esiste una regolamentazione univoca e condivisa dalle Regioni riguardo gli standard da rispettare e scarsa attivazione della richiamata possibilità di inserimento dell'alcologia tra gli insegnamenti curricolari specifici nelle facoltà universitarie, sia di medicina e chirurgia sia nelle professioni sanitarie e sociali.

Nei mesi che hanno preceduto la stesura di questo rapporto riferito a un periodo antecedente il *lockdown* per via dell'epidemia da coronavirus, l'Italia, l'Europa, il mondo mai avrebbero immaginato di doversi confrontare con un'improvvisa quanto inimmaginabile minaccia alla salute rappresentata dallo scoppio di una pandemia da SARS-CoV-2. Affrontare la problematica alcol alla luce non solo di dati che sono riferiti al 2019 ma soprattutto in funzione dei nuovi scenari epidemiologici ridisegnati dall'epidemia da Coronavirus è stato e resta il filo conduttore degli interventi e delle valutazioni che la comunità scientifica internazionale ha posto in essere e che, in qualità di ricercatori di settore, ha fornito e continua a porre all'attenzione dei decisori politici elementi di giudizio ampiamente condivisi in tutte le realtà europee e mondiali sulle misure indispensabili al rinnovamento dell'approccio dei modelli di prevenzione da assoggettare a attenta "customizzazione" che ogni Nazione necessiterà per rivedere tutte le modalità operative che hanno mostrato criticità, ampia e manifesta impreparazione della risposta pubblica e scarse e non formalizzate soluzioni percorribili per ovviare alla chiusura di strutture sanitarie e servizi ai quali usualmente si ricorre per i problemi di dipendenza, non solo alcolica.

C'è l'urgenza di riprogrammare e rinnovare i servizi sanitari, ridefinire i programmi, riorganizzare l'intero sistema di cura che ha dimostrato di non essere preparato a gestire un'emergenza importante come la pandemia che continuerà a gravare sulla società ancora per molto tempo (64-68).

La promozione della Conferenza Nazionale Alcol, a dicembre del 2021, rappresenterà il momento di condivisione e orientamento rispetto alla varie tematiche oggetto di studio e di proposte anche in un tavolo di coordinamento tecnico permanente che ci si augura possa contribuire a disegnare strutture ispirate all'accoglienza e all'adeguatezza in legittima risposta alle attese di un'incrementata platea di utenza, vecchia e nuova, che ai servizi ricorrerà il giorno dopo la fine reale della pandemia.

Molte sono le azioni da intraprendere per arginare l'ondata certa di disordini da alcol. In linea di massima, le persone che bevono dovrebbero ridurre al minimo il loro consumo di alcol durante la pandemia di COVID-19. E molte dovrebbero sospenderlo del tutto, in particolare quelle la cui condizione di salute generale è compromessa (62-63, 69-70). Come segnala l'Organizzazione Mondiale della Sanità, è importante che le famiglie si sostengano l'una con l'altra durante questo periodo e agiscano per limitare e far limitare l'assunzione di alcol, supportate da politiche adeguate di limitazione degli alcolici, specie nei luoghi di aggregazione sociale. Per tutti vale il principio di precauzione: laddove l'evidenza scientifica non è esaustiva o definitiva, l'approccio di prudenza e di sobrietà può salvare tante persone.

Dati preliminari sugli effetti della pandemia di Coronavirus in Europa lasciano prevedere una sicura e devastante crisi economico-finanziaria che già oggi sta colpendo ampie fasce di popolazione, in particolare quelle giovanili già penalizzate da decenni di politiche miopi, che non hanno mai privilegiato l'occupazione giovanile come risorsa e motore di un futuro sostenibile della Nazione.

Le informazioni derivate dai sistemi di rilevazione, analisi e disseminazione dei risultati sono rese sempre più disponibili e centrali per garantire dati epidemiologici e di monitoraggio alcol-correlato indispensabili e insostituibili per la pianificazione di strategie di prevenzione, per la

programmazione sociosanitaria e per azioni di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione. Il monitoraggio alcol-correlato in Italia consente di stimare entità e tendenza del consumo “rischioso” in cui si annida il bacino di utenza dei potenziali nuovi utenti in carico ai centri e servizi di alcologia. Ciò è possibile attraverso il progetto SISMA finanziato dal Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute caratterizzato da indicatori originali e specifici (16-17). Tali indicatori sono costruiti e validati dall’ONA-ISS (sede del *WHO CC Research on Alcohol*) e permettono, attraverso la rigorosa applicazione delle norme del Piano Statistico Nazionale, di andare oltre la mera registrazione del consumo medio *pro-capite* di alcol dalla WHO (43-44; 71-73), producendo flussi informativi di dettaglio nazionale e regionale (36-39). L’analisi segnala il divario come urgenza nella sua rilevanza di salute pubblica che deve essere sottoposta all’attenzione dei decisori politici e di quanti programmano e gestiscono gli interventi di prevenzione e di tutela della salute per garantire accessibilità ed equità nelle cure attraverso l’approccio di sostenibilità sanitaria e solidarietà sociale; in questo modo l’Italia deve poter continuare a connotarsi nel panorama europeo e internazionale come contesto di pratica di eccellenza clinica e sociale rinnovato nelle sue capacità di garantire un sistema che non è solo sanitario ma anche sociale, culturale ed economico .

Uno dei temi discussi (74-75) è il “paradosso del danno alcol-correlato”: sebbene le persone con un SSE (Stato Socio Economico) basso bevano meno alcol di quelle con un SSE alto, le persone con SSE basso hanno da due a cinque volte il rischio di morire per una causa attribuibile all’alcol rispetto alle persone con SSE alto. Questo divario è due volte più ampio rispetto alla mortalità per tutte le cause. Le differenze nella mortalità non sono giustificate del tutto dalle differenze nel consumo di alcol, e le persone nei gruppi socioeconomici più bassi soffrono di livelli più elevati di danni alcol-correlati rispetto a quelli dei gruppi socioeconomici più alti con lo stesso livello di consumo. Questo fenomeno suggerisce che ci siano relazioni più complesse tra fattori socioeconomici, consumo di alcol e danno alcol-correlato. Nel complesso, le ricerche scientifiche indicano che gli individui con un basso SSE sono più vulnerabili agli effetti dannosi dell’alcol. Questa maggiore vulnerabilità, e l’associazione di altri fattori di rischio comportamentale, come il fumo, possono spiegare una parte del paradosso del danno alcol-correlato. Tuttavia, altri fattori che aumentano la vulnerabilità o che influenzano le possibilità di recupero (come l’accesso all’assistenza sanitaria o alle reti sociali che possono mitigare gli effetti negativi del consumo di alcol) probabilmente hanno un ruolo importante nel mettere gli individui con basso SSE a rischio elevato di danni attribuibili all’alcol.

Come appare chiaro non tutte le scelte sono di carattere sanitario, e interventi incisivi sono da attivare riguardo alle competenze commerciali, economiche e di mercato, rivolti a creare forme di regolamentazione della pubblicità e del *marketing*, lì dove non controbilanciate da un approccio supportato dal concetto europeo di “salute nelle altre politiche” e di pieno rispetto delle leggi nazionali e delle direttive europee a tutela dei target più vulnerabili tenendo conto delle differenze di genere e di età.

L’interpretazione del dato statistico non esaurisce l’analisi che può e deve soffermarsi sulle realtà di fatto, attraverso le considerazioni proprie della comprensione culturale della società e dei modelli e degli stili di vita e di consumo che seguono dinamiche estremamente rapide, fortemente influenzate dal “mercato”; quest’ultimo sollecita al consumo di alcolici, con pressioni dirette e indirette, fasce sempre più ampie di popolazione non esentando quelle più vulnerabili dei minori, delle donne e degli anziani. Tali dinamiche non consentono spesso di poter assicurare, con pari velocità ed efficienza, la risposta di salute pubblica e di prevenzione adeguata ai tempi e a costumi e sono lo specchio di una società globalizzata che muta valori e aumenta quotidianamente le sue complessità.

Il 2020 ha messo in luce, più che mai, la necessità di avere una comunicazione chiara e univoca sulle bevande alcoliche per evitare i fenomeni di comunicazione *misleading*, già diffusi prima del

Coronavirus, e contrastare efficacemente e tempestivamente la diffusione di *fake news* da parte di alcuni settori della produzione e anche di alcuni rappresentanti di società scientifiche di cui non è apprezzabile, come atteso, la dovuta distanza dal conflitto d'interesse, problema già noto per il fumo e oggetto d'indicazioni di merito da parte del Ministero della Salute che si auspica possano essere predisposte nel merito anche sull'alcol presidiando gli ambiti sanitari e di salute anche attraverso una rinnovata cultura da supportare soprattutto nella sfera dei professionisti della salute che ha mostrato crepe di conoscenza e di competenza anche per le tematiche inerenti l'opportunità dell'uso di vaccini e di terapie basate su un'evidenza scientifica spesso ignorata.

Gli operatori sanitari dovrebbero poter contare, anche in collaborazione con l'ISS, su una formazione obbligatoria dedicata all'identificazione precoce, agli interventi d'informazione e prevenzione nei luoghi di lavoro e nelle scuole. In particolare, nel contesto scolastico è importante sostenere azioni per il rispetto della legalità, dell'età minima di somministrazione e vendita, evitando il messaggio ambiguo del "bere responsabile", promuovendo l'evidenza scientifica a supporto della prevenzione mirata a diffondere la cultura diffusa del consumo di alcol come da evitare almeno fino ai 25 anni, in quanto interferente con l'atteso sviluppo e la connessa rimodulazione (*pruning*) cerebrale danneggiata dal consumo di alcol (e sostanze psicoattive). Un danno spesso irreversibile cui i giovani possono e devono essere sottratti.

Un ulteriore settore che richiede rafforzamento è quello legato alla prevenzione del cancro causato dall'alcol, così come ribadito dal recente EU Beating Cancer Plan. Si rafforza e si consolida attraverso nuove, sostanziali evidenze (77), il legame causale tra il consumo di alcol e una serie di tumori, tra cui alcuni più comuni come il cancro al seno nelle donne e il cancro del colon-retto. I tumori e i decessi alcol-attribuibili possono essere ridotti in maniera significativa attraverso l'attuazione di politiche efficaci di prevenzione e sensibilizzazione accompagnate dai "best buys" delle Nazioni Unite che la WHO ha da anni introdotto nella *Global alcohol strategy* (77) mutuandole come indispensabili per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile per una salute in cui impegnarsi attraverso l'aumento dei livelli di tassazione delle bevande alcoliche, la rigorosa regolamentazione del marketing e la riduzione della disponibilità di alcol soprattutto per i giovani, i minori, gli adolescenti (5-6).

Attività e iniziative di prevenzione devono trovare massima diffusione a livello di popolazione mirando alla diffusione di informazioni cruciali per la salute:

- non esistono livelli sicuri di consumo di alcol, anche un basso livello di consumo di alcol può provocare il cancro
- tutti i tipi di bevande alcoliche sono collegati al cancro essendo l'alcol (etanolo) il principale cancerogeno
- il consumo di alcol è causa di numerosi tipi di cancro ed è associato a un aumentato rischio di numerose malattie non trasmissibili
- nel mondo, l'alcol è responsabile di quasi 3 milioni di decessi ogni anno e nella Regione europea è responsabile di circa 2545 morti ogni giorno.

In Europa, solo nel 2018, circa 180.000 casi e 92.000 decessi per cancro sono stati causati dall'alcol. Il consumo di alcol ha causato circa 45.500 casi di cancro al seno nelle donne di cui 12.100 decessi, e circa 59.200 casi di cancro del colon-retto in donne e uomini di cui 28.200 decessi. Tutti eventi e condizioni totalmente evitabili a fronte di rigorose politiche di *governance* mirate all'*empowerment* e alla centralità della salute della persona.

L'11% circa di tutti i casi di cancro causati dall'alcol nella Regione europea della WHO sono legati a consumi quotidiani "moderati", non eccedenti una bottiglia di birra (500 mL), 2 bicchieri di vino (200 mL) o 60 mL di superalcolici al giorno. I rischi per la salute aumentano notevolmente all'aumentare delle quantità di alcol consumate, contrastare la disinformazione mediatica

sull'alcol, sul vino in particolare, sul consumo moderato che previene è uno degli obiettivi di salute pubblica da perseguire con efficacia.

Il *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems* dell'ISS è impegnato nel monitoraggio e nella valutazione periodica del livello d'implementazione delle politiche sull'alcol attraverso un sistema di punteggi introdotto dall'azione centrale SISTIMAL del Ministero della Salute che mirano a supportare i *policy maker* all'adozione di quelle misure per le quali è rilevante l'evidenza di gap da colmare al fine di facilitare e garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute che l'Italia si è impegnata a conseguire attraverso il Piano Nazionale di Prevenzione e politiche sull'alcol informate dai migliori indicatori di processo e di risultato. Un impegno di supporto alla WHO che l'ISS assicura attraverso l'ONA che provvede all'aggiornamento epidemiologico e alla sorveglianza specifica SISMA alla base di quanto previsto dalla Legge 125/2001 e della Relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento in corso di redazione per l'anno in corso (36-37).

In conclusione, la comunità scientifica e il mondo della ricerca europea hanno già segnalato la necessità di rivedere il sistema di prevenzione e di cura che nel corso di pochi mesi del 2020 ha visto la sospensione di molti dei servizi, tra cui quelli dedicati ai disturbi da uso di alcol e delle dipendenze; la sfida odierna è affrontare ora il reale impatto delle modifiche dei comportamenti individuali sul livello di rischio e di danno alla salute, una sfida che si può vincere solo impegnando e orientando i decisori politici verso strategie e iniziative di prevenzione della salute pubblica che considerino nuovi e alternativi canali di gestione dei casi, così da essere pronti ad affrontare sia nuove difficoltà, sia di poter avviare la gestione efficiente dell'ondata di nuovi e vecchi casi connotati come Disturbi da Uso di Alcol, il *management* delle tante ricadute di situazioni di sobrietà raggiunta attraverso anni di terapie costanti, recuperando il mancato sostegno nel momento più cruciale di vulnerabilità delle persone.

Sono da prevedere e attivare nuove modalità di consulenza/consultazione/*counselling* online, privilegiando la telemedicina e le soluzioni digitali che hanno già dimostrato di riuscire a conseguire risultati positivi per la riduzione dell'uso di alcol e dei sintomi depressivi, una maggiore qualità della vita, la soddisfazione del paziente e la diminuzione dei costi. Interventi basati sull'uso di smartphone emergono come strumenti per aiutare professionisti e pazienti a prendere decisioni condivise mantenendo e rafforzando il legame medico-paziente e l'efficacia della cura pur attraverso un intervento professionale sanitario reso attivo anche attraverso applicazioni *web-assisted* nella piena disponibilità a casa del paziente, un'alternativa al trattamento ospedaliero che ha già dimostrato una riduzione delle ricoveri, un miglioramento della soddisfazione del paziente, una riduzione del ricorso e della durata della degenza in ospedale e con riduzione nella mortalità per molte condizioni mediche che è noto siano causa di incrementato rischio di decesso per l'alcol dipendente.

Il *case management* deve essere fortemente organizzato e implementato al fine di garantire la gestione ottimale di un numero elevato di pazienti con disturbi del consumo di alcol e comorbidità multiple richiedenti il trattamento multidisciplinare nel pieno rispetto di ruoli e competenze e nel riconoscimento dell'alcolologia come area d'intervento dotata di dignità autonoma rispetto alle dipendenze da sostanze e dalla salute mentale, sicuramente de-psichiatrizzante, destigmatizzante, richiedente uno spettro d'intervento che per le droghe illegali è improponibile, facilitando il trattamento delle condizioni sottostanti in molte aree come i reparti di emergenza, le unità epatologiche o nell'ottica di un approccio di trattamento integrale.

Se l'astinenza è l'obiettivo più desiderabile dal punto di vista della salute, è noto che in molte circostanze non appare realistica principalmente in funzione, ad esempio, della gravità della malattia o di scelte personali, su target difficili di popolazione, difficilmente gestibili o modificabili stabilmente verso la completa sobrietà. Nel periodo di pandemia la pratica già nota come *Housing First* è risultata, ove applicata, una buona pratica per le persone senza fissa dimora,

anche in presenza di disturbi mentali co-morbili rispetto all'alcoldipendenza che si concentrano sulla fornitura di una casa stabile senza richiedere l'astinenza preventiva. Questo approccio riduce il rischio di nomadismo dei senzatetto, percepiti come "mine vaganti" per la collettività e vero problema in termini di sicurezza e contrasto al contagio di ambienti pubblici e di trasporto ad elevata frequentazione (si pensi alle zone limitrofe alle stazioni ferroviarie delle grandi città), valorizzando l'utilizzo del servizio sanitario attraverso approcci dimostratisi già efficienti nelle realtà in cui sono stati utilizzati durante la crisi COVID-19 per garantire il confinamento di questo sensibilissimo e vulnerabilissimo target di popolazione.

Linee guida, prassi, procedure, riorganizzazione delle strutture dell'SSN rese omogenee sull'intero territorio nazionale sono urgenti e inderogabili al fine di assicurare un'assistenza incentrata sulla persona, dando voce all'esigenza di *empowerment* che è segno di attenzione e sensibilità per la malattia mentale meno trattata al mondo, l'alcoldipendenza, le cui conseguenze negative costano decine di miliardi l'anno alla società e si estendono oltre la persona a ricomprendere un ampio spettro di condizioni legati al danno sociale causato dall'alcol riconoscibile nell'incidentalità stradale, nella violenza verso cose e persone, nei maltrattamenti ai minori e al coniuge, negli atti di criminalità agiti sotto l'influenza dell'alcol, fattore di rischio e principale cause di morbilità, mortalità evitabile, malattia cronica di lunga durata, disabilità completamente evitabili a fronte di un rinnovamento culturale dell'approccio non solo sanitario di intervento, quello in cui ogni società civile ripone legittime attese di immediata applicazione.

## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Fact sheet on alcohol consumption, alcohol-attributable harm and alcohol policy responses in European Union Member States, Norway and Switzerland*. Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2018/fact-sheet-on-alcohol-consumption,-alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states,-norway-and-switzerland-2018>; ultima consultazione 30/04/2021
2. World Health Organization. *Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020)*. Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf); ultima consultazione 30/04/2021
3. Cogliano VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby Secretan B, El Ghissassi F et al. Preventable exposures associated with human cancers. *J Natl Cancer Inst* 2011;103(24):1827–1839.
4. Organisation for Economic Cooperation and Development. *Policy brief: tackling harmful alcohol use*. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tacklingharmful-alcohol-use.pdf>; ultima consultazione 30/04/2021
5. World Health Organization. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>; ultima consultazione 30/04/2021.
6. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Le politiche economiche e di tassazione come elemento di prevenzione del rischio e del danno alcol-correlato in Europa. *Alcologia* 2020; 41:23-26
7. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Le politiche sull'alcol basate sulle evidenze possono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite in Europa*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-materiali-infografica-alcol-sviluppo-sostenibile>; ultima consultazione 30/04/2021.
8. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Alcol e cancro: l'OMS sollecita azioni politiche necessarie per ridurre i tumori causati dall'alcol*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-materiali-infografica-alcol-cancro>; ultima consultazione 30/04/2021.
9. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020>; ultima consultazione 30/04/2021
10. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati 2020: i webinar*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-webinar>; ultima consultazione 30/04/2021
11. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati 2020: i materiali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-materiali>; ultima consultazione 30/04/2021
12. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Etichettatura delle bevande alcoliche in Europa: la valutazione dell'OMS su ostacoli e facilitatori di uno sviluppo sostenibile garantito da rinnovate normative di prevenzione*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo:

- <https://www.epicentro.iss.it/alcol/etichettatura-alcolici-report-oms-2020>; ultima consultazione 30/04/2021.
13. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Politiche sul prezzo di vendita e di tassazione degli alcolici nella prevenzione del rischio e dei danni alcol-correlati: le raccomandazioni dell'OMS per l'Europa*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/politiche-prezzo-vendita-report-oms-2020>; ultima consultazione 30/04/2021.
  14. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Le raccomandazioni OMS per più efficaci regolamentazioni del marketing delle bevande alcoliche: colmare i gap del digitale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/politiche-marketing-report-oms-2020>; ultima consultazione 30/04/2021.
  15. United Nation. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. United Nations, 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>; ultima consultazione 30/04/2021.
  16. Italia. PSN 2017-2019. *Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 35, 11 febbraio 2021. Supplemento Ordinario n. 8. Aggiornamento 2019* Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/02/11/21A00582/sg> ultima consultazione 25/03/2021
  17. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 109, 12 maggio 2017*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/05/12/109/sg/pdf> ultima consultazione 25/03/2021
  18. Istituto Nazionale di Statistica. *Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2019. Tavole di dati*. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/244222> ultima consultazione 25/03/2021
  19. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 125, 30 marzo 2001*,
  20. World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. Geneva: WHO. Disponibile all'indirizzo: [http://apps.who.int/gho/data/node.imr.SA\\_0000001409?lang=en](http://apps.who.int/gho/data/node.imr.SA_0000001409?lang=en) ultima consultazione 30/04/2021.
  21. World Health Organization. *Global Health Observatory, Indicator Metadata Registry*. Geneva: WHO. Disponibile all'indirizzo: <http://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=460>; ultima consultazione 30.04.2021.
  22. World Health Organization. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2019/status-report-on-alcohol-consumption,-harm-and-policy-responses-in-30-european-countries-2019>; ultima consultazione 30/04/2021
  23. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?ua=1>; ultima consultazione 30/04/2021
  24. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73
  25. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, *et al*. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287-323

26. World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità.* Roma: Ministero della Sanità; 2001.
27. Baan R, *et al.* Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3
28. IARC. *Alcohol drinking.* Lyon: International Agency for Research on Cancer; 1988. (IARC Monography on the evaluation of the carcinogenic risk to humans, 44).
29. Stewart BW, Wild CP, ed. *World Cancer Report 2014.* Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
30. Anderson, P. Alcohol and the workplace. In: Anderson P, Møller L, Galea G (Ed.). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches.* Copenhagen: WHO Regional Office in Europe; 2012. p. 69-82.
31. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines.* Joint Action RARHA; 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>; ultima consultazione 21/04/2021.
32. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. Disponibile all'indirizzo: [http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/21/Overview%20WP5\\_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines\\_FINAL.pdf](http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/21/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf); ultima consultazione 20/04/2019.
33. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure.* Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 20/04/2019.
34. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peparao M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. Capitolo 9: Bevande alcoliche. In: *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018.* Roma: CREA; 2020. p. 979-1086.
35. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione. *Linee Guida per una sana alimentazione.* Revisione 2018. Roma: CREA; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.crea.gov.it/en/web/alimenti-e-nutrizione/-/linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018>
36. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *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 della Salute; 2019. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2984](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2984); ultima consultazione 30/04/2021.
37. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A, Scipione R e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporti ISTISAN 20/7). Disponibile all'indirizzo: <https://www.iss.it/documents/20126/0/20-7+web.pdf/729e9857-c919-5686-3c42-243ea955becf?t=1593160151475> ultima consultazione 20/12/2019
38. ISTAT. *Tavole di dati. Il consumo di alcol in Italia.* Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/230479>. ultima consultazione 20/12/2019
39. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Scipione R. Consumo di alcol. In: *Rapporto Osservasalute 2019. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane.* Roma: Università Cattolica del

- Sacro Cuore; 2020. Disponibile all'indirizzo  
<https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2019;> ultima  
 consultazione 20/12/2019
40. Committee on National Alcohol Policy and Action. *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2020\*)*. CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/alcohol\\_key-doc\\_cnapa\\_ap\\_2014.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/alcohol_key-doc_cnapa_ap_2014.pdf)
  41. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d'Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016). Traduzione e adattamento di "Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (binge drinking) (2014-2016)"*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. Disponibile all'indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%202014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf); ultima consultazione 23/06/2020.
  42. Scafato E, Gandin C, Di Pasquale L, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S (Ed.). *Manuale di interventi per la riduzione del danno alcol-correlato. Traduzione e adattamento di "Handbook for action to reduce alcohol-related harm"*. Roma: Istituto Superiore di Sanità – WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol; 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2017/HANDBOOK%20OMS.pdf>; ultima consultazione 30/04/2021
  43. World Health Organization. Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen: WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/178163/E96726.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf); ultima consultazione 20/04/2019
  44. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on alcohol and alcohol-related Health Problems - Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS (Ed.). *Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. Traduzione e adattamento di: "Action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020"*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 30/04/2021
  45. ISTAT. *GeoDemo, Demografia in cifre*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. <http://demo.istat.it/>
  46. Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacol Biochem Behav* 2020;192:172906.
  47. Mason WA, Hitch JE, Kosterman R, McCarty CA, Herrenkohl TI, Hawkins JD. Growth in adolescent delinquency and alcohol use in relation to young adult crime, alcohol use disorders, and risky sex: a comparison of youth from low- versus middle-income backgrounds. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(12):1377-85.
  48. World Health Organization. *Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002–2014*. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0007/382840/WH15-alcohol-report-eng.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/382840/WH15-alcohol-report-eng.pdf); ultima consultazione 24/01/2020
  49. World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. *Young people and alcohol: a resource book*. WHO; 2015.
  50. Suter P, Häsler E, Vetter W. Effects of alcohol on energy metabolism and body weight regulation: is alcohol a risk factor for obesity? *Nutr Rev* 1997;55(5):157–71.
  51. Yeomans M. Alcohol, appetite and energy balance: is alcohol intake a risk factor for obesity? *Phys Behav* 2010;100(1):82–9.

52. Ministero della Salute. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Roma: Ministro della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_notizie\\_5029\\_0\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf), ultima consultazione 30/04/2021.
53. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A, Scipione R. Le politiche sull'alcol basate sulle evidenze possono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite in Europa. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-materiali-infografica-alcol-sviluppo-sostenibile>; ultima consultazione 30/04/2021
54. World Health Organization. *Working document for development of an action plan to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol*. Geneva: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/action-plan/for-web-working-document-for-action-plan.pdf?sfvrsn=1754d27a\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/action-plan/for-web-working-document-for-action-plan.pdf?sfvrsn=1754d27a_4); ultima consultazione 30/04/2021
55. Scafato E, Gandin C, Ghirini S (Ed.). *Policy in action. Uno strumento per misurare l'implementazione delle politiche sull'alcol. Traduzione e adattamento di "Policy in action. A tool for measuring alcohol policy implementation". WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNDD*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/policy-in-action>; ultima consultazione 30/04/2021
56. Scafato E e il gruppo di lavoro IPIB\* (Ed.). \*E Scafato, V Patussi, L Mezzani, I Londi, T Codenotti, C Gandin, L Galluzzo, M Di Rosa, S Bruni, E Vanni, S Ghirini, S Martire, L Di Pasquale, A Scafato, N Parisi, E Chessa, R Scipione e R Russo. *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. Traduzione e adattamento di "Alcohol and Primary Health Care: Training Programme on Identification and Brief Interventions"*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2008.
57. Scafato E, Gandin C (Ed.). *Manuale di formazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'intervento breve per l'alcol nell'assistenza sanitaria primaria. Traduzione e adattamento di "WHO alcohol brief intervention training manual for primary care". WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNDD*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018.
58. Scafato E, Gandin C, Patussi V, Gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Traduzione e adattamento di "Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions"*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009.
59. Scafato E, Gandin C, Martire S, Galluzzo L, Gruppo di Lavoro BISTAIRS. *Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto BISTAIRS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. (Rapporti ISTISAN 16/5)
60. Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Segura L, Sovinova H, Csemy L, Kaner E, Newbury-Birch D, Fornasin A, Struzzo P, Ronda G, van Steenkiste B, Keurhorst M, Laurant M, Ribeiro C, do Rosário F, Alves I, Scafato E, Gandin C, Kolsek M. Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners. *Alcohol* 2014;49(5):531-9
61. Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann KF, Zois E, Hoffinan S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Reynolds J, Segura L, Colom J, Baena B, Coulton S, Kaner E. Chapter 9. Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A (Ed.). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*. 2. ed 2013. p. 72-93
62. Gandin C, Schmidt C, Shulte B, Scafato E. *The BISTAIRS expert opinion-based guidelines on the implementation of screening and brief intervention approaches in different settings in the EU*. Deliverable 6, Work Package 7. BISTAIRS project. EC, Public Health programme 2008-2013 (2015).

- Disponibile all'indirizzo: [http://www.bistairs.eu/material/D6\\_guidelines\\_ASBI.pdf](http://www.bistairs.eu/material/D6_guidelines_ASBI.pdf); ultima consultazione 30/04/2021.
63. Wolstenholme A, Drummond C, Deluca P, Davey Z, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Reynolds J, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann K, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Coulton S, Colom J, Segura L, Baena B. *Report on the mapping of European need and service provision for early diagnosis and treatment of alcohol use disorders*. Deliverable 2.5, Work Package 6. AMPHORA - Alcohol Public Health Research Alliance. EC, 7th Framework Programme (2013)
  64. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Il rischio alcol nell'era post-COVID: una riflessione per il futuro*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/relazione-parlamento-2020-lezioni-da-imparare>; ultima consultazione 30/04/2021.
  65. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Domande frequenti su alcol e COVID-19 dell'OMS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita-alcol-faq-who-europe> ; ultima consultazione 30/04/2021.
  66. Testino G, Caputo F, Patussi V, Renzetti D, Balbinot P, Allosio P, Baseline A, Fanucchi T, Meneguzzi C, Parisi M, Gandin C, Rossin R, Vignoli T, Amendola MF, Aricò S, Campanile V, Greco G, Macciò L, Mioni D, Palmieri V.O, Bottaro L.C, Scafato E. Management dei disturbi da uso di alcol in era COVID-19: raccomandazioni della Società Italiana di Alcolologia. *Alcolologia* 2020;40:16-46.
  67. Scafato E, Testino G, Caputo F, Patussi V, Gandin C, Ghirini S, Matone A, Direttivo Nazionale Società Italiana di Alcolologia. Alcol e coronavirus disease-19: la prevenzione che manca. Necessità e urgenza di rinnovamento organizzativo e funzionale della rete di cura del sistema sanitario nazionale. *Alcolologia* 2020;40:9-15.
  68. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A, Patussi V, Caputo F, Testino G. Alcol e malattie epatiche: la necessità e l'urgenza di un cambio di paradigma di cura e prevenzione. *Alcolologia* 2020; 42:8-15
  69. Ghirini S, Matone A, Gandin C, Scipione R e Scafato E. *Alcoldipendenza e COVID-19*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dipendenze-alcol>; ultima consultazione 30/04/2021.
  70. Gandin C, Ghirini S, Matone A, Scipione R, Scafato E. *Alcol e COVID-19: l'infografica OMS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-stili-vita-alcol-infografica-oms>; ultima consultazione 30/04/2021.
  71. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Factsheet - Sustainable Development Goals: health targets. Alcohol consumption and sustainable development* Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf). ultima consultazione 30/04/2021
  72. Organization for Economic Co-operation and Development. *OECD Health Statistics 2019*. Paris: OECD Publishing; 2019. Disponibile all'indirizzo: <http://stats.oecd.org/>. ultima consultazione 30/04/2021.
  73. Organization for Economic Co-operation and Development. *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing; 2017. Disponibile all'indirizzo: [https://doi.org/10.1787/health\\_glance-2017-en](https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en). ultima consultazione 30/04/2021.
  74. Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Martire S (Ed.). *Alcol e Disuguaglianze Guida per affrontare le disuguaglianze nel danno alcol-correlato. Traduzione e adattamento di "Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm". WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS ISS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2016/libretto%20alcol%20e%20disuguaglianze.pdf>; ultima consultazione 30/04/2021.

75. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *DEEP SEAS, disuguaglianze economiche nella salute legate al consumo di alcol*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/deep-seas-alcol-cancro-workshop-12-marzo-2021>; ultima consultazione 30/04/2021.
76. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Alcol e cancro: l'OMS sollecita azioni politiche necessarie per ridurre i tumori causati dall'alcol*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-materiali-infografica-alcol-cancro>; ultima consultazione 30/04/2021.
77. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on alcohol and alcohol-related Health Problems. Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS (Ed.). *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol. Traduzione e adattamento di: "Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol"*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 30/04/2021.

*Serie Rapporti ISTISAN  
numero di maggio 2021, 1° Suppl.*

*Stampato in proprio  
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

*Roma, maggio 2021*