

PREMESSA

L'art. 8 della legge 30.3.2001 n. 125 dispone che il Ministro della Salute trasmetta al Parlamento una relazione annuale sugli interventi realizzati ai sensi della stessa legge, da predisporre sulla base delle relazioni che le Regioni e Province Autonome sono annualmente tenute a trasmettere al Ministero ai sensi dell'art. 9 comma 2 della legge medesima.

La Relazione al Parlamento viene annualmente curata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria-Ufficio VII.

La presente Relazione si riferisce agli interventi effettuati nel corso degli anni 2008 e 2009, con aggiornamento al 2010 per quanto attiene agli interventi del Ministero della Salute. Alla sua realizzazione ha collaborato, nell'ambito di uno specifico progetto finanziato dal CCM del Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità-CNESPS-Osservatorio Nazionale Alcol, con un contributo originale di elaborazione ed analisi di dati.

PRESENTAZIONE

I dati sui consumi alcolici e i modelli di consumo rilevati nel nostro Paese nell'ultimo decennio sembrano confermare l'avvenuto passaggio a nuovi comportamenti e abitudini che segnano un allontanamento dal tradizionale modello di consumo mediterraneo. Mentre resta stabile la quota dei consumatori di bevande alcoliche diminuisce infatti tra essi la quota di persone con consumi quotidiani e moderati, incentrati prevalentemente sul vino, soprattutto tra i giovani e gli adulti più giovani; e aumenta contestualmente quella delle persone che oltre a vino e birra bevono anche altre bevande alcoliche, aperitivi, amari e superalcolici, lontano dai pasti e con frequenza occasionale.

Il *binge drinking*, modalità di bere di importazione nordeuropea che implica il consumo di numerose unità alcoliche in un breve arco di tempo, sembra ormai diffuso stabilmente e riguarda il 12,4% degli uomini e il 3,1% delle donne; è molto cresciuta nell'ultimo decennio la quota di consumatori che bevono alcol al di fuori dei pasti, con un incremento particolarmente significativo tra le donne (23,6%). Il consumo a rischio interessa tutte le fasce d'età per un totale di quasi 9 milioni di persone, e in particolare il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze al di sotto dell'età legale (16 anni), circa 475.000 minori in cui il consumo dovrebbe essere pari a 0.

Sebbene l'Italia continui a occupare un posto tra i più bassi nella graduatoria europea per consumo annuo pro capite di alcol e sia, assieme al Portogallo, il Paese dell'Unione Europea con il più alto numero di astemi, tuttavia la recente, rilevante trasformazione avvenuta nei modelli di consumo sembra in parte vanificare la positività di tali dati. Le nuove modalità di bere implicano una maggiore esposizione della popolazione a rischi che investono non solo la salute ma anche la sicurezza sociale, quando il consumo di alcol si correla a circostanze quali la guida, le attività lavorative, la ricerca dello sballo. Da alcuni anni l'ISTAT rileva tra i guidatori abituali una forte associazione tra il consumo di alcol a rischio, in particolare il *binge drinking*, e l'assidua frequentazione di discoteche e locali da ballo, soprattutto nei giovani e negli adulti fino a 44 anni; e anche tra gli anziani è stata rilevata una associazione tra guida abituale e consumo a rischio, in questo caso soprattutto consumo giornaliero non moderato. Se a ciò si aggiunge che in Italia risulta ancora bassa rispetto agli altri Paesi europei la conoscenza del tasso legale di alcolemia per la guida e dei limiti di consumo con esso compatibili, emerge quanto nel nostro Paese i rischi legati ai nuovi modelli di consumo si sommino a quelli derivanti dal consumo tradizionale, richiedendo interventi di prevenzione particolarmente mirati.

Preoccupa in particolare il cambiamento avvenuto nel consumo femminile che, pur restando inferiore a quello maschile, tuttavia nelle generazioni più giovani vede una progressiva riduzione delle tradizionali differenze di genere, fino a un capovolgimento della situazione per le giovanissime al di sotto dei 16 anni, tra le quali il *binge drinking* risulta più diffuso che tra i coetanei maschi e il consumo fuori pasto ha una prevalenza solo lievemente inferiore.

Di fronte a tale evoluzione appare sempre più importante adottare interventi *gender oriented* che tengano conto della specificità del rischio femminile e siano in grado di

contrastare i modelli e le culture del bere che minacciano la salute e la sicurezza della donna.

Particolarmente preoccupante appare la situazione dei giovani, perché già a 18-19 anni la quota dei consumatori è vicina a quella media della popolazione ed il consumo di alcol appare molto diffuso tra i giovanissimi al di sotto dell'età legale per la somministrazione. In Italia il primo contatto con le bevande alcoliche avviene in età molto precoce e secondo l'indagine internazionale HBSC, svolta in collaborazione con l'OMS sui comportamenti dei ragazzi in età scolare di 40 Stati europei, i ragazzi italiani di 11, 13 e 15 anni sono ai primi posti per il consumo settimanale di alcol. L'indagine europea ESPAD ci dice inoltre che la percezione della disponibilità di bevande alcoliche è tra i giovani studenti italiani fra le più alte in Europa.

Ciò appare particolarmente grave se si considera che l'OMS raccomanda la totale astensione dal consumo di alcol fino ai 15 anni e che i risultati della ricerca scientifica ci dicono che chi inizia a bere prima dei 15 anni ha un rischio 4 volte maggiore di sviluppare l'alcoldipendenza in età adulta rispetto a chi inizia non prima dei 21 anni.

Inoltre tra i giovani c'è una grande diffusione di consumi a rischio, che riguardano circa 1 milione e 200 mila soggetti fra gli 11 e i 24 anni. Si tratta soprattutto di *binge drinking* e consumo fuori pasto, quest'ultimo particolarmente cresciuto negli ultimi 15 anni, soprattutto tra i giovanissimi di 14-17 anni e in particolare tra le ragazze, tra cui la prevalenza si è quasi triplicata nell'ultimo quindicennio.

I comportamenti di consumo diffusi tra i giovani richiedono una particolare attenzione e adeguati interventi, per la possibilità di gravi implicazioni di ambito non solo sanitario ma anche psico-sociale, data la facilità di associazione con altri comportamenti a rischio, assenze scolastiche, riduzione delle prestazioni scolastiche, aggressività e violenza, oltre alle possibili influenze negative sulle abilità sociali e sullo sviluppo cognitivo ed emotivo. Essi possono inoltre portare a condizioni patologiche estreme come l'intossicazione acuta alcolica o l'alcoldipendenza; secondo l'Istituto Superiore di Sanità circa uno su cinque dei casi di intossicazione acuta alcolica che giungono al Pronto Soccorso riguardano ragazzi al di sotto dei 14 anni.

Altri problemi nascono dalla diffusione di un uso dell'alcol simile a quello delle altre sostanze psicoattive, con finalità di sballo e ricerca dell'ubriachezza, dato anche il basso costo e la grande disponibilità di alcune bevande alcoliche; uso che rischia tra l'altro di fungere da ponte verso le sostanze psicoattive illegali. La diffusione di un policonsumo di sostanze psicoattive legali e illegali viene confermata da varie fonti e la rilevazione del Ministero della Salute sui comportamenti di consumo degli utenti dei servizi alcolologici segnala che circa il 10% fa uso anche di sostanze stupefacenti.

Gli alcolodipendenti in trattamento nei servizi pubblici sono in costante crescita dal 1996 e nel 2008 ne sono stati rilevati 66.548. Fra essi in particolare la percentuale degli utenti al di sotto dei 30 anni rappresenta il 10,2% del totale, con un valore in crescita rispetto a quello rilevato nel 2007(10%). Inoltre nei servizi alcolologici si conferma una stabile percentuale di giovani utenti di età inferiore ai 20 anni la cui entità oscilla nel tempo, a partire dal 1996, tra lo 0,5 % e lo 0,7% e che nei nuovi utenti si presenta nel lungo periodo in costante anche se lieve crescita.

Anche il modello di consumo più tradizionale, che implica consumi quotidiani ai pasti prevalentemente di vino, non sempre è esente da problemi poiché non sempre si associa alla moderazione, soprattutto tra gli anziani e in particolare fra i maschi; esso richiede dunque un attento monitoraggio per valutare i reali rischi della popolazione che lo adotta, spesso non abbastanza considerati a causa del profondo radicamento culturale e forte accettazione sociale che ha nel nostro Paese il consumo durante i pasti.

Da questo punto di vista particolare attenzione va posta nella protezione della popolazione anziana, per la quale gli esperti sconsigliano un consumo superiore ad una sola unità alcolica giornaliera e che invece risulta quella in cui il consumo quotidiano non moderato durante i pasti è più diffuso. L'Istituto superiore di Sanità valuta in circa 3 milioni gli anziani di oltre 65 anni con comportamenti di consumo a rischio, per la gran parte coincidenti con il consumo giornaliero non moderato, soprattutto durante i pasti.

Un fatto rilevante appare la maggiore diffusione dei consumi a rischio tra le persone con più alto titolo di studio, dalle quali ci si aspetterebbe una conoscenza più adeguata circa i rapporti tra alcol e salute; ciò deve far riflettere sulla necessità di rafforzare, oltre alla diffusione di informazioni scientificamente corrette sui rischi alcolcorrelati, anche una comunicazione in grado di incidere sui modelli culturali del bere.

In relazione ai danni conclamati, si rileva che nel nostro Paese il tasso di mortalità per cirrosi epatica è ancora superiore a quello medio europeo; inoltre la percentuale delle diagnosi di ricovero ospedaliero per cirrosi alcolica continua ad aumentare negli ultimi anni in rapporto alle altre diagnosi di ricovero, passando tra il 2000 e il 2008 dal 26,30 % al 35,00 % del totale delle diagnosi.

Il tasso di mortalità per incidente stradale, che l'Istituto superiore di Sanità stima alcolcorrelata per una percentuale compresa fra il 30 e il 40%, nonostante il calo continuo del numero di incidenti, morti e feriti è ancora superiore a quello dei Paesi europei con le migliori *performances* e gli incidenti stradali continuano a causare un alto numero di morti e feriti nelle fasce di età più giovane. Va inoltre considerata la quota di mortalità dovuta alle altre cause di morte totalmente e parzialmente alcolcorrelate, quali i tumori, le malattie del sistema circolatorio e dell'apparato digerente, cadute, omicidi, suicidi, incidenti di vario tipo. L'Istituto superiore di Sanità ha stimato per l'anno 2007 in non meno di 20.102 i morti dovuti all'uso dannoso di alcol, di cui 12.761 maschi e 7.341 femmine.

La legge 125/2001 continua ad essere un importante strumento di contrasto dei danni alcolcorrelati e di orientamento delle politiche alcolologiche, a livello nazionale e regionale. A dieci anni dalla sua approvazione la consapevolezza sui rischi connessi al consumo dannoso di alcol è sicuramente cresciuta sia nella popolazione che a livello istituzionale; e la popolazione italiana è attualmente, nell'ambito dei Paesi dell'U.E., una delle più favorevoli all'adozione di adeguate politiche di contrasto.

Sempre più nei diversi contesti istituzionali e sociali si sta prendendo atto che l'alcol è non solo importante fattore di rischio per la salute ma anche causa di pesanti ripercussioni di ambito sociale ed economico, con gravi conseguenze in termini di

perdita di anni di vita e di lavoro, di sofferenza individuale e familiare, di disadattamento, violenza, incidenti. E' cresciuta la consapevolezza sulla responsabilità sociale di tutti coloro che in qualsiasi modo svolgono un ruolo nel consumo delle bevande alcoliche, e in settori sempre più ampi della società, ivi compreso il mondo della produzione e distribuzione delle bevande alcoliche, c'è maggiore riconoscimento dell'esigenza di dare un contributo alla prevenzione dei danni alcolcorrelati.

In attuazione della legge 125/2001 il Ministero della Salute è impegnato nella implementazione dei programmi di prevenzione avviati nel 2007, d'intesa con le Regioni, tramite il Piano Nazionale Alcol e Salute e il Programma "Guadagnare Salute", entrambi basati su un approccio interistituzionale alla prevenzione che chiama alla responsabilità, in coerenza con il programma europeo "*Salute in tutte le politiche*", le istituzioni, gli enti e gli interlocutori in qualsiasi modo coinvolti nel consumo di alcol e nei problemi alcolcorrelati. In particolare per l'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute sono proseguite nel 2009 le attività progettuali per il rafforzamento del coordinamento delle Regioni nelle attività di prevenzione, per il monitoraggio dei dati sul consumo e sull'abuso, per l'identificazione precoce e l'intervento breve sui bevitori a rischio nei contesti lavorativi e nell'assistenza sanitaria di base.

Il Ministero continua inoltre a curare le attività di informazione e comunicazione previste dalla legge e nel 2009 ha realizzato un'articolata campagna diretta soprattutto ai più giovani, che ha utilizzato vari canali di diffusione anche via web e prodotto numeroso materiale per divulgare informazioni scientificamente corrette in diverse fasce di popolazione.

Uno strumento importante con cui il Ministero ha recentemente inteso supportare le attività di prevenzione in campo alcolologico è l'inserimento degli obiettivi di contrasto del danno alcolcorrelato nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, approvato con Intesa Stato-Regioni nell'aprile 2010, in base al quale le Regioni saranno chiamate a redigere i loro Piani di Prevenzione regionali. Il PNP contempla specificamente la prevenzione dei danni alcolcorrelati nell'ambito degli interventi previsti nell'area della prevenzione universale, e in particolare della prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari, proponendo azioni finalizzate alla riduzione delle diverse categorie di consumatori di alcol a rischio quali i "*binge drinkers*", coloro che guidano in stato di ebbrezza, coloro che consumano alcol durante il lavoro, coloro che comunque consumano alcol non attenendosi alle indicazioni specifiche per l'età, il genere, le condizioni di salute.

Le Regioni continuano a svolgere i compiti loro assegnati dalla legge 125/2001 per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e il monitoraggio, anche avvalendosi del coordinamento assicurato dalla specifica Sottocommissione tecnica per l'alcolologia costituita nell'ambito della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni. Il coordinamento interregionale, favorito anche dal Ministero tramite il finanziamento di uno specifico progetto, ha facilitato l'adozione di interventi secondo linee comuni, nel rispetto della differenziazione dei problemi nei diversi territori.

Nelle attività di prevenzione le Regioni stanno rafforzando le capacità di approccio intersettoriale, secondo gli orientamenti dei Piani e Programmi nazionali, e sono in grado di coinvolgere e mettere in rete risorse e interlocutori di vari ambiti istituzionali e

sociali, favorendo la collaborazione dei servizi sociosanitari con la Scuola, le Forze dell'Ordine, i servizi sociali, le associazioni di auto-mutuo aiuto, il mondo del divertimento, il mondo del lavoro.

I servizi alcolologici svolgono importanti attività di accoglienza, prevenzione, diagnosi e attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi, rilevazione epidemiologica e formazione. Il loro numero è quasi raddoppiato dal 1996 ed è in continuo aumento l'utenza che ad essi afferisce. Continua ad essere peraltro troppo bassa in questi servizi la percentuale di addetti esclusivi, soprattutto tra i medici e gli psicologi, anche se nel 2008 il personale esclusivo risulta in aumento per tutte le qualifiche, in controtendenza rispetto agli anni più recenti. Secondo gli orientamenti della legge 125/2001 i servizi favoriscono la collaborazione con i gruppi di auto-mutuo aiuto, in particolare con i Clubs di alcolisti in trattamento e i gruppi di Alcolisti Anonimi, che sono attivi soprattutto nelle funzioni di riabilitazione e mantenimento della sobrietà ma anche nella prevenzione.

Allo sviluppo dei servizi territoriali fa riscontro il calo progressivo dei ricoveri ospedalieri per patologie totalmente alcolcorrelate, con tassi di ricovero comunque più elevati nelle Regioni in cui si rilevano le maggiori prevalenze di consumo a rischio.

L'attuazione della legge 125/2001 viene favorita anche dalle attività di implementazione delle politiche comunitarie e internazionali, e in particolare della Strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati adottata con le Conclusioni del Consiglio il 30 Novembre 2006, cui l'Italia partecipa tramite i propri rappresentanti nell'ambito delle Commissioni e gruppi di lavoro ad hoc attivati nelle sedi dell'U.E.; recentemente il Ministero della Salute ha contribuito tra l'altro alla definizione del documento comunitario su Alcol e Salute, approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 1 Dicembre 2009, nel quale viene ribadita la necessità di implementare le buone pratiche presenti nella Strategia Comunitaria e si indicano come prioritarie le azioni finalizzate alla protezione della popolazione giovanile e di quella anziana nonché alla prevenzione degli incidenti stradali e sul lavoro.

Nonostante le criticità presenti nel quadro epidemiologico, che evidenzia una quota importante di popolazione esposta a una vasta gamma di rischi alcolcorrelati, i dati segnalano anche qualche evoluzione positiva che incoraggia a proseguire gli interventi nella direzione indicata dalla legge.

In particolare si conferma il calo dei consumi fuori pasto tra i giovanissimi maschi di 14-17 anni, già rilevato a partire dal 2006; si conferma tra i giovani studenti di 15-19 anni dell'indagine ESPAD la diminuzione degli atteggiamenti di tolleranza nei confronti dell'ubriachezza e dell'abuso, già in atto da qualche anno; per la prima volta l'indagine ESPAD evidenzia un calo nella prevalenza dei giovani studenti che si sono ubriacati almeno una volta nella vita o negli ultimi 12 mesi, con prevalenze che tornano a quelle registrate nel 1999; si conferma tra gli anziani la tendenza a una lieve diminuzione del consumo a rischio, già rilevata da qualche anno sia tra i maschi che tra le femmine. Inoltre continuano a diminuire il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e quello di ricovero ospedaliero per patologie totalmente alcolcorrelate; appare in lieve calo a partire dal 2006 la percentuale dei nuovi utenti al di sotto dei 20 anni in trattamento nei servizi alcolologici; resta ferma infine la minore diffusione tra i nostri

giovani, rispetto ai coetanei europei, di consumi a rischio quali consumi frequenti, *binge drinking* e ubriacature.

Per il consolidamento di questi dati positivi occorre lavorare, tenendo conto della grande importanza che la legge 125/2001 riconosce alle esigenze della prevenzione. L'attenta valutazione del quadro epidemiologico deve guidare l'attivazione di politiche adeguate ai problemi.

La prevenzione fra i giovani resta un obiettivo prioritario, anche in relazione alla necessità di fare prevenzione per la futura società, perché i comportamenti scorretti precocemente acquisiti tendono a persistere in età adulta, con un impatto negativo per la salute e la sicurezza.

Gli adulti hanno particolare responsabilità in questo senso, soprattutto nell'ambito dei ceti più colti, fra i quali si concentra maggiormente il consumo a rischio; perché i dati confermano l'influenza dei comportamenti di consumo dei genitori su quelli dei figli e i ragazzi che vivono in famiglie dove almeno un genitore adotta comportamenti a rischio hanno maggiori probabilità di assumerli a loro volta.

Al momento attuale le istituzioni sanitarie rivestono un ruolo centrale per la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione; ma da alcuni anni anche altre istituzioni, e in particolare quelle preposte alla sicurezza stradale e alla formazione dei giovani, sono sempre più attive nella prevenzione. Anche nel mondo della produzione-distribuzione sembra crescere la disponibilità ad assumere un ruolo di maggiore responsabilità sociale per la prevenzione dei danni alcolcorrelati.

Gli alti costi tangibili e intangibili che derivano dal consumo dannoso di alcol giustificano ampiamente adeguati investimenti nella prevenzione da parte di tutte le istituzioni e i soggetti che possono avere un ruolo utile.

Ferruccio Fazio

PARTE PRIMA

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1.1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo

Il consumo dannoso di alcol si conferma importante fattore di rischio per malattie croniche, incidentalità stradale, domestica e lavorativa, violenza e omicidi. In particolare esso risulta essere la principale causa di cirrosi epatica nonché di 60 malattie e condizioni patologiche, ivi compresi alcuni tipi di cancro.

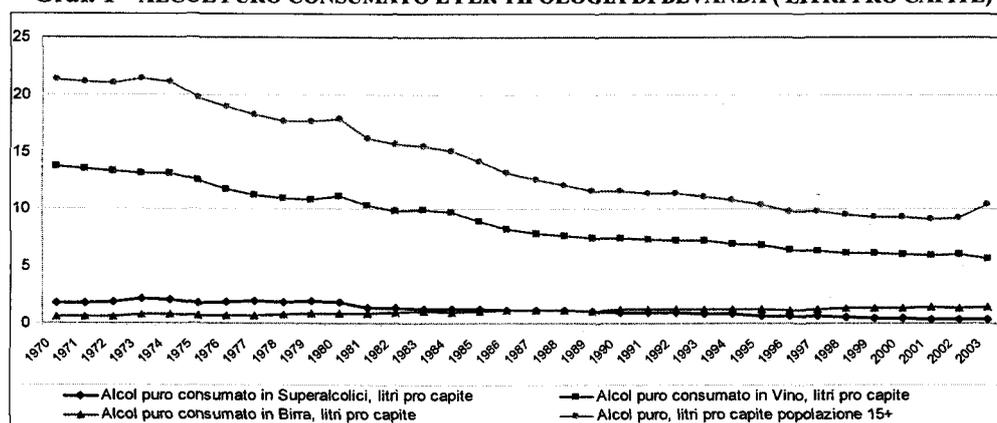
In Europa l'alcol causa 195.000 morti l'anno e costituisce la terza causa di morte prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco, con costi altissimi sul piano sanitario, sociale ed economico.

Pertanto i consumi alcolici e i modelli di consumo rappresentano un importante indicatore della possibile evoluzione delle condizioni di salute e sicurezza della popolazione e dei relativi costi evitabili in termini umani, sociali ed economici.

Il trend dei consumi annui pro capite

I danni causati dal consumo dannoso di alcol crescono generalmente nella popolazione con la quantità di alcol consumata. In Italia si è registrato negli ultimi trent'anni un notevole calo (-33,3%) del consumo medio annuo pro-capite di alcol puro (alcol consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche), spiegabile principalmente con la diminuzione dei consumi di vino, mentre i consumi di superalcolici e birra risultano, rispettivamente, costanti o in lieve aumento (graf.1).

Graf. 1 - ALCOL PURO CONSUMATO E PER TIPOLOGIA DI BEVANDA (LITRI PRO CAPITE)



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati WHO-HFA database

Secondo l'analisi del Rapporto OCSE 2007 le variazioni del consumo di alcol nel tempo riflettono non solo il cambiamento di abitudini e comportamenti ma anche le risposte politiche per il controllo dell'uso di alcol; nella maggior parte dei Paesi nordici un generale, più basso consumo ha fatto riscontro agli stretti controlli sulla vendita e all'elevato livello di tassazione, mentre in Paesi come Francia, Italia e Spagna il calo dei consumi può essere associato maggiormente con l'adozione di misure legislative e

di autoregolamentazione della pubblicità adottate soprattutto a seguito della Direttiva europea del 1989 riguardante le attività televisive.

Secondo i dati più aggiornati del WHO-HFA database, nell'anno 2006 in Italia il consumo medio pro-capite di alcol puro è stato pari a 8,02 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni di età. Tale valore conferma la tendenza al calo in atto da molti anni ma resta ancora al di sopra di quello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore).

Il dato del consumo pro capite comunque, pur costituendo un utile indicatore di tendenze di lungo periodo, non fornisce indicazioni relativamente ai gruppi di popolazione esposti a rischio a causa della adozione di modelli di consumo dannosi.

Il confronto con gli altri Paesi europei

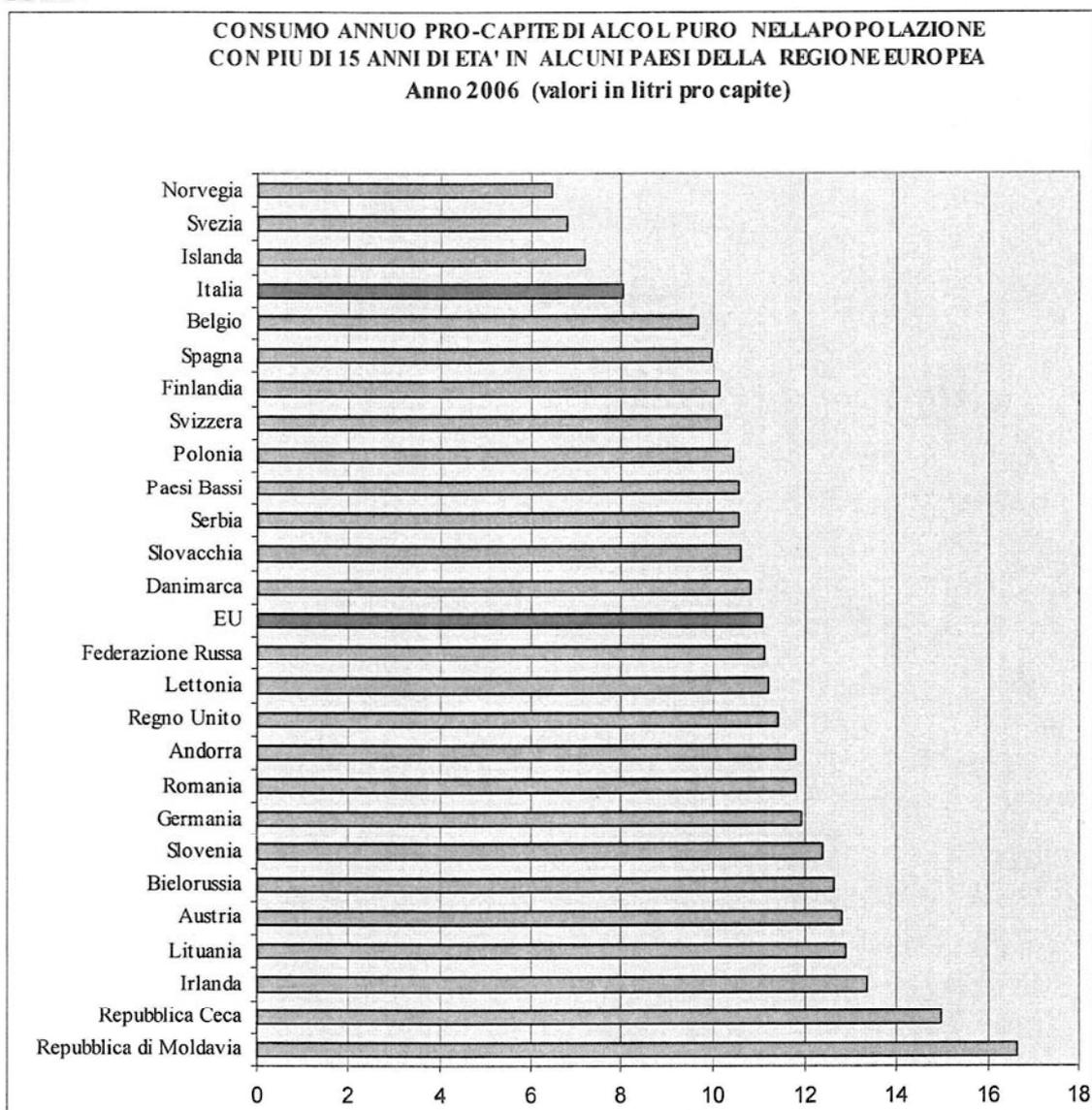
Nell'ambito dei Paesi della regione europea l'Italia presenta valori di consumo annuo pro capite di alcol puro tra i più bassi, valutati per il 2006 in 8,02 litri. Questo valore, notevolmente inferiore alla media degli altri Paesi europei per lo stesso anno (11,06 litri), risulta inferiore ai valori riscontrati in altri Paesi vicini quali Spagna, Belgio, Svizzera, Regno Unito, Austria e Germania (graf. 2).

Prendendo in considerazione i soli 27 Paesi dell'Unione Europea (per i quali i dati completi più aggiornati si riferiscono all'anno 2005) si può rilevare che l'Italia, con un consumo annuo di 8,02 litri di alcol puro pro capite, risulta in terza posizione nella graduatoria dei Paesi con consumi più bassi, dopo Malta e Svezia (tab.1). Anche i valori registrati in altri Paesi con modello di consumo mediterraneo quali Portogallo (12,18 l.) e Grecia (9,21 l.) risultano superiori a quelli del nostro Paese; la Francia, che condivide con l'Italia il primato mondiale per la produzione di vino, presenta un consumo medio molto superiore.

Dai dati dell'indagine europea "*Special Eurobarometer-EU citizens' attitudes towards alcohol*", condotta nell'ottobre 2009, l'Italia risulta essere, assieme al Portogallo, il Paese con un numero di astemi nettamente al di sopra della media dei 27 Paesi dell'Unione Europea, col 39 % di individui che non hanno consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi (valore peraltro lievemente in calo rispetto al 40% della precedente rilevazione).

Contestualmente in Italia sono più numerosi coloro che bevono con una maggiore frequenza: fra coloro che dichiarano di aver consumato bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni (94% di tutti i consumatori nell'anno), i consumatori che bevono quotidianamente sono il 25% (in lieve calo rispetto al 26% della precedente rilevazione), valore pari a quasi il doppio della media dei Paesi UE (14%) e inferiore solo a quello del Portogallo (43%) (tab.2)

Anche coloro che bevono 4-5 volte alla settimana (13%) risultano in percentuale molto superiore alla media europea (9%), anche se non la più alta, che è detenuta dall'Austria con il 15% .

Graf.2

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Luglio 2010

Di contro, la percentuale di coloro che dichiarano di aver bevuto una sola volta a settimana, pari al 19% (in aumento rispetto al 17% della precedente rilevazione), è la più bassa in Europa dopo quella del Portogallo (15%) e molto inferiore alla media europea (26%) (tab.2).

L'Italia continua ad essere inoltre, rispetto a tutti gli altri Paesi europei, il Paese con il più basso numero di bicchieri consumati in una giornata tipica (le percentuali più elevate di bevitori di oltre 2 bicchieri in una giornata tipica in cui si beve si riscontrano in Irlanda, Finlandia, Danimarca e Regno Unito).

Anche il *binge drinking* (inteso come consumo di 5 o più unità alcoliche in un'unica occasione) è in Italia meno diffuso rispetto agli altri Paesi europei. Fra coloro che hanno consumato alcol nell'ultimo anno ben il 50% (percentuale anche superiore al

**Tab. 1- CONSUMO ANNUO PRO CAPITE DI ALCOL PURO
NELLA POPOLAZIONE CON PIÙ DI 15 ANNI DI ETÀ NEI 27
PAESI DELL'UNIONE EUROPEA**

ANNO 2005 (*valori in litri pro capite*)

| Paesi | 2005 |
|-----------------|--------------|
| Malta | 5,26 |
| Svezia | 6,6 |
| Italia | 8,02 |
| Grecia | 9,21 |
| Cipro | 9,29 |
| Polonia | 9,47 |
| Belgio | 9,69 |
| Finlandia | 9,95 |
| Spagna | 10,03 |
| Lettonia | 10,2 |
| Slovenia | 10,53 |
| Romania | 10,54 |
| Olanda | 10,71 |
| EU (27) | 10,92 |
| Bulgaria | 10,94 |
| Slovacchia | 11 |
| Danimarca | 11,27 |
| Regno Unito | 11,54 |
| Germania | 11,67 |
| Lussemburgo | 11,75 |
| Portogallo | 12,18 |
| Lituania | 12,5 |
| Ungheria | 12,51 |
| Austria | 12,7 |
| Francia | 13,24 |
| Irlanda | 13,35 |
| Repubblica Ceca | 14,82 |
| Estonia | 16,24 |

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Luglio 2010

46% della precedente rilevazione) ha dichiarato di non aver mai assunto 5 o più *drinks* in un'unica occasione, a fronte di una media europea del 34%. Valori migliori di quelli italiani si hanno solo in Bulgaria, Cipro, Portogallo, Lussemburgo, Lettonia (graf. 3). Tuttavia in Italia, a fronte di una buona quantità di persone che non praticano il *binge drinking*, coloro che lo praticano lo fanno con una buona frequenza; il 30% lo pratica infatti da una a più volte a settimana, con una percentuale superiore alla media europea (29%) e vicina a quella di Regno Unito, Spagna e Grecia (34%), benché inferiore a quella dei Paesi con i valori più alti (Irlanda con il 44%, Romania con il 39%, Germania ed Austria con il 36%).

**Tab. 2 - CONSUMO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI ULTIMI 30 GIORNI NEI PAESI DELL'U.E.
(in percentuale) - ANNO 2009**

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

 % più alte nel Paese

 % più alte in Europa

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

L'indagine *Special Eurobarometer 331-72.3* ha indagato anche su alcuni aspetti relativi alla percezione dei cittadini dell'Unione Europea sui rischi sanitari e sociali correlati al consumo di bevande alcoliche.

La consapevolezza del rischio di malattie quali malattie del fegato, malattie cardiache, tumori, depressione e difetti alla nascita non sembra negli italiani discostarsi molto dai valori medi europei, che appaiono abbastanza elevati. Fa eccezione la percezione del rischio di tumori, che tra i cittadini italiani appare molto più diffusa (72%) rispetto alla media dei cittadini europei (67%), con un valore che è tra i più alti riscontrati negli altri Paesi, in cui le percentuali variano dal 51% dei Paesi Bassi all'82% della Francia.