

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 presente Relazione si riferisce agli interventi effettuati dalle Regioni nel corso dell'anno 2012 e dal Ministero della Salute nell'anno 2013.

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

L'Istituto Superiore di Sanità-CNESPS-Osservatorio nazionale alcol ha fornito un contributo originale di elaborazione ed analisi dei dati relativamente ai comportamenti di consumo alcolico a rischio della popolazione generale e alla stima della mortalità alcol correlata in Italia e nelle Regioni, realizzato nell'ambito di uno specifico progetto finanziato dal CCM del Ministero della Salute.

PRESENTAZIONE

Si conferma nel nostro Paese il consolidamento di nuovi comportamenti di consumo alcolico sempre più vicini alle culture del bere prevalenti nei Paesi del Nord Europa. Appare sempre meno diffuso il modello di consumo mediterraneo, basato sulla assunzione quotidiana e moderata di vino, tipico della nostra tradizione, che resiste nella popolazione anziana ma viene progressivamente abbandonato dalle persone più giovani, a favore di un consumo occasionale e al di fuori dei pasti.

Nel decennio 2002-2012 è ben evidente la crescita dei consumatori fuori pasto (passati dal 23,1% al 26,9% nella popolazione di oltre 14 anni) tra gli uomini ma soprattutto tra le donne (passate dal 12,1% al 16%); il fenomeno riguarda in particolare i giovani di 18-24 anni, tra i quali i consumatori fuori pasto sono passati dal 34,1% al 44,0% nel decennio. L'ISTAT ci dice inoltre che circa 3 milioni 314 mila persone di entrambi i sessi (circa il 6,1% della popolazione di 11 anni e più) presentano consumi fuori pasto più frequenti, almeno una volta a settimana, in particolare tra i giovani di 18-34 anni, e risultano quindi esposti a un rischio rilevante, soprattutto se si considera che il numero medio di bicchieri consumati con tale frequenza è di 4,5.

Tra le persone più giovani, e in particolare tra i maschi, ha assunto grande diffusione il così detto *binge drinking*, che comporta l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti in un breve arco di tempo, con gravi rischi per la salute e la sicurezza non solo del singolo bevitore ma anche dell'intera società. Nel 2012 i *binge drinkers* rappresentano complessivamente il 6,9% della popolazione di 11 anni e più, l'11,1% tra i maschi e il 3,1% tra le femmine; ma tra i giovani maschi di 18-24 anni il fenomeno interessa ben il 20,1%.

Anche l'analisi del tipo di bevande consumate fa emergere l'evoluzione avvenuta nel modello di consumo; calano infatti nell'ultimo decennio i consumatori di solo vino e birra, soprattutto fra i più giovani e le donne, mentre aumentano coloro che consumano, oltre a vino e birra, anche aperitivi, amari e superalcolici, non solo tra i giovani ma soprattutto tra gli adulti di oltre 44 anni e gli anziani.

Le nuove modalità di bere della popolazione italiana comportano l'esposizione a nuovi rischi per la salute del singolo bevitore e per la sicurezza sociale, soprattutto in relazione agli incidenti stradali, agli incidenti sul lavoro e alle violenze di vario genere. Accanto ai nuovi rischi continuano inoltre a persistere quelli derivanti dal consumo più tradizionale del nostro Paese, giornaliero e protratto nel tempo, che è ancora molto diffuso tra le persone anziane e può essere pericoloso per la salute se non si accompagna a una rigorosa moderazione. Il consumo giornaliero non moderato nel 2012 riguarda il 7,5% della popolazione, il 12,2% tra gli uomini e il 3,2% tra le donne, con una prevalenza superiore a quella rilevata per il *binge drinking*; e nella popolazione di oltre 65 anni interessa ben il 39,7% dei maschi e il 9,5% delle femmine.

Tuttavia, nonostante i cambiamenti emergenti nei modelli di consumo, i valori di alcuni importanti indicatori di rischio pongono l'Italia in una posizione migliore rispetto a molti Paesi europei, anche di ambito mediterraneo.

Tra i Paesi dell'Unione Europea l'Italia occupa il posto più basso nella graduatoria relativa al consumo annuo pro capite di alcol puro, cioè di alcol consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche, che, considerato nella popolazione di età superiore ai 15 anni, è secondo l'OMS il miglior indicatore del consumo complessivo di alcol di una popolazione: tale parametro nel 2009 ha raggiunto i 6,94 litri, valore che si presenta in costante calo - molto maggiore di quello registrato dalla media dei Paesi dell'Unione Europea - e consentirà presumibilmente all'Italia di raggiungere il livello di consumo raccomandato dall'OMS 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).

Continua a diminuire nel nostro Paese, con un andamento più rapido e consistente rispetto alla media dei Paesi europei, anche il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica, uno dei più importanti indicatori di danno alcol correlato, che nel 2010 è pari a 8,09 per 100.000 abitanti; questo valore è molto inferiore a quello rilevato nello stesso anno sia per la media dei 27 Paesi dell'Unione Europea (13,01 per 100.000) che per la media dei Paesi di tutta la Regione Europea (17,34 per 100.000). Anche la percentuale di mortalità alcol correlata rispetto alla mortalità totale, secondo studi realizzati in ambito OMS, presenta in Italia un valore tra i più bassi di tutta la Regione europea, con valori molto inferiori alla stessa media dei Paesi dell'UE, soprattutto tra i maschi.

I dati attualmente disponibili sui fenomeni alcol correlati fanno emergere negli ultimi anni qualche tendenza positiva che sembra confermare la validità delle politiche di contrasto attivate a livello nazionale e regionale e incoraggia, in linea con gli orientamenti della legge 125/2001, un loro ulteriore rafforzamento.

Continua tra il 2011 e il 2012 il trend discendente, in atto dal 2010, dei consumatori a rischio, che passano dal 15,2% al 13,8% nella popolazione di oltre 11 anni, con un calo che riguarda sia i consumatori giornalieri non moderati che i consumatori *binge drinking*.

Tra il 2011 e il 2012 l'ISTAT rileva inoltre una diminuzione dei consumi fuori pasto nella popolazione di oltre 11 anni, diminuzione che, sia pure lieve (-1,2%), rappresenta una discontinuità nel trend in continua crescita di questi consumi nell'ultimo decennio.

Nella popolazione di oltre 65 anni si conferma la tendenza al calo dei consumi giornalieri non moderati, passati tra il 2003 e il 2012 dal 49,8% al 39,7% tra i maschi e dal 13% al 9,5% tra le femmine.

Tra i giovani di 14-17 anni i consumi fuori pasto, caratterizzati da tempo e fino al 2011 da un trend tendenzialmente in crescita, tra il 2011 e il 2012 registrano un notevole calo, che riporta i valori allo stesso livello rilevato all'inizio del decennio (15,1%).

Fra i giovani studenti di 15-19 anni monitorati dall'indagine ESPAD sembra consolidarsi il contenimento di comportamenti a rischio quali le ubriacature e il *binge drinking*, che nel 2012 presentano prevalenze sostanzialmente stabili o in lieve calo rispetto a quelle all'anno precedente e comunque vicine ai valori minimi della serie storica per questi dati.

Tra gli stessi giovani studenti si conferma inoltre chiaramente il trend in diminuzione degli atteggiamenti favorevoli ad alcuni comportamenti a rischio, quali l'ubriacarsi una volta a settimana o il consumo quotidiano eccedentario.

Le indagini europee rilevano inoltre che i nostri giovani sono, in rapporto ai loro coetanei europei, fra quelli che percepiscono maggiormente (oltre la media europea) il rischio del bere regolare e sono al primo posto per la percezione del rischio del bere occasionale.

Il tasso di mortalità per cirrosi epatica continua a presentarsi in costante diminuzione, così come il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol attribuibili, soprattutto nelle fasce di età 15-35 anni, con un riscontro anche a livello regionale sebbene con andamenti diversi nelle singole Regioni.

Si conferma, secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, il trend in calo delle persone che guidano l'auto o la moto dopo aver bevuto, che nel 2012 risultano essere l'8,9% degli intervistati contro l'11,8% del 2008.

Il Rapporto ACI-CENSIS 2012 rileva che il 42,8% degli automobilisti intervistati dimostra di conoscere i limiti legali di alcolemia, mentre solo il 17,3% indica limiti errati; i giovani di 18 - 29 anni inoltre risultano i più informati e tra essi il 54,4% è in grado di indicare correttamente i limiti legali.

Nel nostro Paese peraltro sussistono ancora alcune importanti criticità che è necessario monitorare attentamente per poter adottare le misure di contenimento e contrasto più adeguate.

Appare ancora consistente la quota di persone con comportamenti di consumo a rischio, che nel 2012 secondo l'ISTAT è pari ad almeno il 13,8% della popolazione di 11 anni o più, per un totale di circa 7 milioni e 464.000 persone.

La popolazione più giovane appare particolarmente esposta ai rischi alcol correlati.

Tra i giovani di 18-24 anni nel 2012 il 14,8% ha ammesso comportamenti di *binge drinking*, il 20,1% tra i maschi e il 9,1% tra le femmine; e ha consumato alcol al di fuori dei pasti il 50,7% dei maschi e il 36,6% delle femmine.

Tra i giovani di 14-17 anni fino al 2011 il consumo fuori pasto ha registrato un trend di forte crescita, con prevalenze passate, nell'arco di 16 anni, dal 12,9% al 22,8% tra i maschi e dal 6% al 14,7% tra le femmine.

Assume alcol anche una buona percentuale di giovani tra gli 11 e i 15 anni (10,5% nel 2012), per i quali è rigorosamente prescritta la totale astensione dal bere.

Preoccupante appare anche nei giovani di entrambi i sessi la correlazione, evidenziata dall'ISTAT, tra *binge drinking* e assidua frequentazione di discoteche, soprattutto nella fascia di età 18-24 anni. Tale correlazione può aggravare i pericoli derivanti dal bere e richiede pertanto un monitoraggio particolarmente attento, anche in

considerazione del fatto che i giovani fra i 20 e i 24 anni continuano ad essere la classe di età più colpita dai danni per incidente stradale, uno dei più importanti indicatori di danno indirettamente causato dall'alcol. Nel 2012 sono stati 309 i morti e 31.305 i feriti in questa classe di età.

Dal sistema di sorveglianza PASSI risulta che nel quadriennio 2009-2012 ha guidato mediamente sotto l'effetto dell'alcol il 10% dei giovani di 18-25 anni e l'8% dei giovani di 18-21 anni. E il Rapporto ACI - CENSIS 2012 ci dice che tra i giovani di 18-29 anni è superiore alla media della popolazione la percentuale di soggetti che prima di mettersi alla guida bevono fino a quando possono "reggere" l'alcol (9,7% contro la media del 7%).

Fra gli alcolodipendenti in trattamento nei servizi alcolologici territoriali la percentuale degli utenti al di sotto dei 30 anni rappresenta nel 2012 il 9,1% dell'utenza totale e tra i nuovi utenti tale percentuale sale al 13,7%. 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 nel 2012 è stata pari allo 0,5%.

Anche la popolazione femminile, sebbene ancora meno interessata al consumo alcolico in rapporto a quella maschile, mostra da alcuni anni una tendenza ad uniformarsi ai comportamenti maschili.

Nella popolazione di oltre 11 anni il 6,4% delle donne presenta almeno un comportamento di consumo a rischio, per un totale di circa 1 milione 790.000 persone. Come evidenziato dalle analisi dell'ISS, mentre per i maschi si registra dal 2007 un trend in diminuzione dei consumatori a rischio (-4,8 punti percentuali), tra le donne nello stesso periodo non si registrano variazioni statisticamente significative.

In particolare appare ben evidente tra le donne l'andamento in crescita delle percentuali di consumatrici fuori pasto, che nel decennio 2002-2012 sono passate, considerando la popolazione di oltre 14 anni, dal 12,1% al 16%, con un aumento percentuale superiore a quello verificatosi tra i maschi.

I fenomeni di omologazione con l'altro sesso riguardano maggiormente le classi di età più giovani. Al di sotto dei 24 anni si attenuano notevolmente le differenze fra i generi nella prevalenza dei consumi fuori pasto, e nella quota di giovanissimi di 11-17 anni con consumi a rischio (complessivamente il 10,4% di questa fascia di età) nel 2012 le femmine rappresentano l'8,4% e i maschi il 12,4%, con una differenza molto minore di quelle riscontrate in fasce di età più anziane.

Negli ultimi anni la stessa percentuale di decessi alcol attribuibili sul totale della mortalità presenta tra le donne una tendenza, sia pure lieve, all'aumento, sicuramente più accentuata che tra gli uomini.

La maggiore diffusione dei consumi alcolici tra le donne rappresenta un fenomeno di rilievo anche per lo specifico ruolo che la donna riveste per la salute e la protezione del feto e in particolare per il rischio di sindrome feto alcolica, la cui prevenzione richiederebbe una totale astensione dal consumo alcolico a partire dal concepimento e durante la gravidanza. Su tale problema non sembra esservi ancora sufficiente sensibilità e informazione e dallo studio di sorveglianza PASSI dell'Istituto Superiore di Sanità emerge che nel 2012 il 25,7% delle donne in gravidanza ha dichiarato di aver

assunto bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni.

Anche la popolazione anziana di oltre 65 anni presenta rilevanti aspetti di criticità in quanto rappresenta la fascia di età con la più alta percentuale di consumatori a rischio (23,2%), a causa della grande diffusione del consumo giornaliero non moderato, che interessa il 39,7% dei maschi e il 9,5% delle femmine di quest'età. Le persone anziane continuano a seguire il modello di consumo tradizionale, caratterizzato dalla assunzione quotidiana di vino durante i pasti, ma spesso, soprattutto gli uomini, non rispettano le indicazioni delle agenzie di sanità pubblica, che prescrivono loro di non superare il consumo di un'unità alcolica giornaliera.

Le criticità emergenti nel nostro Paese riguardano dunque, soprattutto, specifiche fasce di popolazione, giovani, anziani e donne, cui vanno pertanto rivolti adeguati interventi di prevenzione in grado di adattarsi ai diversi contesti culturali e sociali, tenendo conto delle evidenze emerse dall'attuale ricerca scientifica ed epidemiologica.

Il consumo alcolico dei giovani deve essere monitorato con particolare attenzione in quanto può comportare non solo conseguenze patologiche molto gravi quali l'intossicazione acuta alcolica e l'alcoldipendenza, ma anche problemi sul piano psicologico e sociale, influenzando negativamente lo sviluppo cognitivo ed emotivo, peggiorando le performances scolastiche, favorendo aggressività e violenza. Per prevenire tali conseguenze è necessario rafforzare nei giovani la capacità di fronteggiare le pressioni sociali al bere operando in contesti significativi quali la scuola, i luoghi del divertimento, della socializzazione e dello sport. Inoltre per i giovani che manifestano comportamenti di grave abuso è necessario prevedere efficaci azioni di intercettazione precoce e di *counseling* per la motivazione al cambiamento, con eventuale avvio ad appropriati interventi di sostegno per il mantenimento della sobrietà. Per la protezione dei giovani appare importante anche la collaborazione dei settori della distribuzione e vendita di bevande alcoliche, che devono essere opportunamente sensibilizzati sulla particolare responsabilità del proprio ruolo anche ai fini di una corretta applicazione del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, recentemente introdotto con la legge 8.11.2012 n. 189.

I cambiamenti in atto nel consumo alcolico femminile esigono un maggiore impegno nella implementazione di adeguati interventi di genere, finalizzati ad aiutare le donne, soprattutto quelle più giovani, a resistere alle specifiche pressioni al bere loro rivolte e a contrastare le tendenze alla omologazione con i maschi nella assunzione di comportamenti a rischio.

Deve essere maggiormente curata l'informazione delle donne sulla specificità dei loro rischi nel consumo dell'alcol, sia in relazione alla propria salute che a quella del feto. In particolare a tutte le donne in gravidanza dovrebbero essere offerte dai competenti servizi socio-sanitari informazioni e consigli specifici per evitare di bere, secondo quanto raccomandato dalla Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcol correlati e dal recente Piano di Azione Europeo per l'alcol dell'OMS.

La popolazione più anziana deve essere aiutata a superare le difficoltà soprattutto culturali che ostacolano l'adeguata percezione dei rischi correlati al consumo alcolico più tradizionale, ricevendo istruzioni chiare e sicure sui limiti da rispettare per

un consumo realmente moderato, in relazione all'età, al genere e alle patologie più frequenti. A tale finalità possono dare un importante contributo gli operatori socio-sanitari, tramite una formazione che li renda consapevoli della specificità del rischio alcol per le persone anziane e offra loro adeguati strumenti per aiutare gli anziani al rispetto dei parametri di consumo prescritti.

Gli operatori sanitari, e in particolare i medici di base, possono svolgere un importante ruolo di prevenzione per tutte le categorie di popolazione dedicando una maggiore attenzione ai consumi alcolici dei propri assistiti.

Dall'ultimo studio di sorveglianza PASSI emerge che nel 2012, tra le persone che si sono recate dal medico, solo il 14,6% dichiara di aver ricevuto domande sulle proprie abitudini di consumo alcolico e nel quadriennio 2008-2012 tale quota appare in calo, soprattutto nella fascia di età 18-34 anni. Anche tra le persone con forte controindicazione per il consumo alcolico solo il 6,4% riferisce di aver ricevuto dal proprio medico un invito alla moderazione o alla interruzione del consumo. Lo stesso studio PASSI rileva che ancora troppe persone con controindicazione assoluta per l'alcol continuano a consumarlo, facendo emergere l'esigenza di più efficaci interventi di prevenzione: nel 2012 il 48,8% delle persone con patologia epatica ha dichiarato di aver consumato alcol negli ultimi 30 giorni.

Il Ministero ha promosso negli ultimi anni specifici piani di azione, programmi e progetti per diffondere l'adozione delle migliori pratiche di prevenzione e contrasto dei danni alcol correlati nei vari gruppi di popolazione, in adesione ai principi e alle finalità della legge 125/2001.

Un'importante funzione di orientamento è stata svolta a tale proposito dal Piano Nazionale Alcol e Salute, conclusosi ormai da qualche anno con il completamento di tutti i progetti previsti. Successivamente il Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, approvato d'intesa con le Regioni, ha individuato la prevenzione dei danni alcol correlati quale area specifica della prevenzione universale, prevedendo l'inserimento e l'implementazione di specifici progetti e programmi nei Piani di prevenzione predisposti dalle singole Regioni in attuazione del Piano stesso. Il Programma "Guadagnare Salute" 2007-2009, in cui una specifica area strategica è dedicata al contrasto dei problemi alcol correlati, è stato rinnovato per un ulteriore triennio e ha continuato a promuovere campagne di comunicazione innovativa, progetti per favorire stili di vita salutari e interventi di sensibilizzazione, realizzati talvolta anche con la collaborazione dei settori più sensibili del mondo della produzione e distribuzione.

Nello spirito della legge 125/2001 il Ministero della Salute ha sostenute e sostiene politiche sull'alcol in linea con gli orientamenti approvati in ambito internazionale, sia a livello di Unione Europea che di Organizzazione Mondiale della Sanità. A tale proposito particolare valenza strategica rivestono la Strategia Comunitaria 2006-2012 per la riduzione dei danni alcol correlati, la Strategia Globale 2010 dell'OMS per la riduzione del consumo dannoso di alcol e, più recentemente, il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020, nell'ambito del

quale è prevista per i prossimi anni una riduzione del consumo dannoso di alcol pari al 10%.

In ambito OMS inoltre importante documento di riferimento resta per il nostro Paese il nuovo Piano di Azione Europeo per l'Alcol 2012-2020, approvato con la Risoluzione EUR/RC61/R4 del 15 settembre 2011, di cui il Ministero della Salute ha curato una traduzione italiana autorizzata dall'OMS pubblicata sul Portale del Ministero (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1738_allegato.pdf). Un importante obiettivo di tale Piano di Azione è stato recentemente raggiunto dall'Italia con l'introduzione del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, che il Piano propone agli Stati Membri nell'ambito della specifica area strategica finalizzata alla riduzione della disponibilità dell'alcol.

In ambito U.E. l'Italia sta attualmente partecipando ai lavori per la predisposizione di un Piano di Azione Europeo per la riduzione dei danni alcol correlati, in continuità con la Strategia Comunitaria 2006-2012 che si è appena conclusa.

Le Regioni e Province Autonome proseguono lo svolgimento delle funzioni loro assegnate dalla legge 125/200 per la programmazione di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, per l'organizzazione di servizi dedicati, per la formazione e l'aggiornamento del personale. Il Ministero della Salute può monitorare annualmente lo svolgimento delle attività regionali tramite l'esame delle relazioni predisposte dalle stesse Regioni ai sensi della legge 125/2001. Da tali relazioni emerge nel tempo, in particolare, un crescente impegno nelle attività di prevenzione, che sempre più frequentemente si ispirano al modello di approccio interdisciplinare e intersettoriale raccomandato dai Piani e Programmi nazionali anche in adesione alla legge 125/2001. Secondo tale modello le Regioni favoriscono la collaborazione tra interlocutori di vari ambiti istituzionali e l'integrazione delle diverse risorse disponibili, promuovendo i contatti dei servizi sociosanitari con le scuole, i servizi sociali, le Forze dell'Ordine, il mondo del lavoro, il mondo del divertimento giovanile, le associazioni sportive, il mondo del volontariato e i gruppi di auto-mutuo aiuto.

A livello locale i servizi alcolologici territoriali hanno consolidato la loro organizzazione e sono in grado, pur con una certa variabilità tra le diverse Regioni, di assicurare ai soggetti alcolodipendenti accoglienza, diagnosi, trattamento e riabilitazione e di implementare la rilevazione epidemiologica annuale dell'utenza, del personale e delle attività svolte.

Dall'anno della loro prima costituzione, avvenuta con D.M. del 1996, il numero dei servizi alcolologici è progressivamente aumentato, accompagnandosi a un contestuale, progressivo calo dei ricoveri ospedalieri per sindrome di dipendenza da alcol. E' cresciuto nel contempo anche il numero complessivo degli operatori addetti, che a livello nazionale nel 2012 ha raggiunto i valori più alti. Gran parte di tali operatori, circa l'80%, risulta peraltro addetto solo parzialmente ai servizi alcolologici e il numero degli addetti esclusivi resta ancora troppo basso, soprattutto tra i medici e gli psicologi, nonostante l'aumento rilevato negli ultimi anni. Il buon funzionamento dei servizi alcolologici viene favorito da una diffusa collaborazione con la rete dei gruppi di auto-mutuo aiuto, espressamente prevista dalla legge 125/2001, per attività che riguardano

prevalentemente la riabilitazione degli alcoldipendenti ma spesso anche la sensibilizzazione e informazione della popolazione generale.

Da alcuni anni le Regioni hanno costituito, nell'ambito della Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni, uno specifico Gruppo tecnico interregionale per l'Alcologia, che assicura un puntuale coordinamento degli interventi nel settore. Tale coordinamento ha consentito tra l'altro di organizzare a Trieste, nell'Ottobre 2012, la prima Conferenza delle Regioni e Province autonome sui problemi alcol correlati, che ha affrontato, con grande partecipazione e impegno degli operatori regionali e territoriali, aspetti di grande rilievo per le future politiche di ambito regionale e nazionale. Gli atti della Conferenza sono in fase di pubblicazione e costituiranno sicuramente un importante documento di riferimento per tutte le istituzioni e i soggetti impegnati nel contrasto dei problemi derivanti dall'uso dannoso di alcol.

Le tendenze positive che emergono da indicatori di varia fonte rappresentano un risultato dell'impegno congiunto delle istituzioni sanitarie ai vari livelli e di altri organi istituzionali ed enti che affiancano le istituzioni sanitarie nel contrasto ai problemi alcol correlati, secondo il modello di "Salute in tutte le politiche" che il Ministero da tempo promuove nei suoi Piani e Programmi di azione. Particolarmente importanti a tale proposito appaiono i contributi della Scuola, delle Forze dell'Ordine, delle organizzazioni di auto-mutuo aiuto, delle istituzioni sociali.

I programmi scolastici prevedono sempre più frequentemente interventi per la promozione della salute che trattano temi relativi ai rischi dell'alcol, coinvolgendo spesso, oltre che i giovani studenti, anche i loro genitori, il cui modello di consumo, come conferma l'ISTAT, ha una sicura influenza sul consumo alcolico dei figli.

Le Forze dell'Ordine hanno incrementato negli ultimi anni i controlli del tasso alcolemico nelle persone alla guida, soprattutto fra i più giovani, con un contributo di sicura efficacia per la prevenzione degli incidenti stradali e dei danni correlati. Tra il 2010 e il 2011, secondo i dati forniti dal Rapporto ACI-CENSIS, l'incremento dei controlli con etilometri e precursori è stato del 9,7% e nel 2012 il 13% degli automobilisti ha dichiarato di essere stato sottoposto ad alcoltest, contro l'11,5% del 2009, con percentuali ancora superiori tra i giovani di 18-29 anni. Sempre più spesso inoltre in ambito locale le Forze dell'Ordine collaborano con le istituzioni sanitarie e con la scuola in vari progetti di formazione e intervento nei contesti più a rischio.

La sensibilità sugli aspetti più rischiosi del consumo di alcol è sicuramente cresciuta anche nel mondo della produzione e distribuzione delle bevande alcoliche, consentendo la realizzazione di qualche interessante intervento di prevenzione nell'ambito dei protocolli di intesa del programma governativo "Guadagnare Salute".

Le finalità della legge 125/2001 costituiscono ancora un valido punto di riferimento del Ministero della Salute per l'implementazione e il rafforzamento, in collaborazione con Regioni e Province Autonome, di efficaci interventi di prevenzione e contrasto dei problemi alcol correlati. Un consolidamento dei risultati ottenuti e uno stimolo verso ulteriori progressi potrà arrivare, nello spirito della stessa legge, dalla continuità della collaborazione con l'Unione Europea e l'Organizzazione mondiale della Sanità, per la

costruzione di politiche internazionali in grado di sostenere gli Stati Membri ad adottare, nel rispetto delle proprie peculiarità culturali, tutte le misure di provata efficacia per il contenimento del consumo dannoso di alcol.

Beatrice Lorenzin

PARTE PRIMA

1. IL QUADRO EPIDEMIOLOGICO

1.1 I consumi di bevande alcoliche e i modelli di consumo

Il consumo dannoso di alcol costituisce uno dei tre problemi prioritari di salute pubblica del mondo, come recentemente confermato da importanti atti e documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità quali la Risoluzione OMS 15 settembre 2011 per l'approvazione del nuovo Piano di azione europeo per la riduzione del consumo dannoso di alcol ed il Rapporto "L'alcol nell'Unione Europea" edito dall'OMS nel 2012.

Benché solamente metà della popolazione mondiale assuma alcol, esso è la terza causa mondiale di malattia e morte prematura, dopo il basso peso alla nascita ed il sesso non protetto, con un impatto superiore a quello del tabacco.

L'alcol, oltre ad essere una sostanza che causa dipendenza, è causa di malattie trasmissibili e non trasmissibili, inclusi tumori, malattie cardiovascolari e del fegato, ed accresce il rischio di HIV/AIDS e tubercolosi nonché di tutti i tipi di lesioni intenzionali e non, inclusi gli omicidi e i suicidi. Le conseguenze appaiono particolarmente gravi nella Regione europea, che risulta essere l'area del mondo con i più alti livelli di consumo di alcol e di danni alcol correlati.

Buona parte dell'alcol consumato in Europa, secondo i dati dell'OMS, riguarda il consumo pesante, che aggrava tutti i rischi ed in particolare quelli di lesioni volontarie e involontarie, cardiopatia ischemica e morte improvvisa.

L'alcol può arrecare gravi danni anche a persone diverse dai bevitori, soprattutto tramite gli incidenti stradali e la violenza domestica, ed accrescere in tal modo ulteriormente i costi dell'assistenza sanitaria e sociale, nonché quelli delle istituzioni legali e giudiziarie; se si considera, secondo le valutazioni dell'OMS, che fino a tre persone su dieci possono avere a che fare nella loro vita con un bevitore pesante, la stima dei costi sociali dell'alcol risulta probabilmente raddoppiata.

Il rischio assoluto di morte per condizioni avverse connesse all'uso di alcol aumenta con la quantità totale di alcol consumato nel corso della vita; ma anche i modelli e la frequenza del consumo hanno un forte impatto sulle possibili conseguenze per la salute, in rapporto all'età, al sesso e alle circostanze in cui si beve. Particolarmente esposto ai danni derivanti dall'alcol è il cervello degli adolescenti, nei quali tra l'altro il consumo precoce accresce la probabilità di problemi e di dipendenza nella vita adulta.

I danni alcol correlati colpiscono maggiormente le persone socialmente svantaggiate e la mortalità per fattori cardiovascolari e lesioni alcol correlati costituisce una causa importante delle disuguaglianze di salute tra gli Stati Membri.

La prevenzione del consumo dannoso di alcol ha quindi un ruolo importante per evitare gravi danni di ambito non solo sanitario ma anche sociale ed economico. Un attento monitoraggio dei consumi alcolici e dei modelli di consumo costituisce un essenziale strumento di orientamento per l'adozione di efficaci politiche per la protezione della salute e della sicurezza della popolazione.

Il trend dei consumi annui pro capite

Il valore del consumo annuo pro capite di alcol puro (alcol consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche) nella popolazione di età superiore ai 15 anni è secondo l'OMS il miglior indicatore del consumo complessivo di alcol di una popolazione.

In Italia, secondo i più recenti dati del WHO-HFA Database, aggiornati all'anno 2009, il consumo medio pro capite di alcol puro è pari a 6,94 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni di età, valore ormai vicino a 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).

Tra gli anni 70 e il 2000 il valore del consumo medio annuo pro capite ha registrato in Italia un notevole calo (-33%), molto maggiore di quello registrato dalla media dei Paesi dell'Unione Europea nello stesso periodo e dovuto prevalentemente alla diminuzione dei consumi di vino; la tendenza al calo è proseguita anche dopo il 2000 (tab.1), con un andamento più marcato sia rispetto alla media dei Paesi dell'Unione Europea (dove il calo dei consumi nel tempo appare più attenuato) sia rispetto alla media dei Paesi della Regione Europea, che ha registrato negli ultimi anni anche una lieve tendenza all'aumento, riprendendo poi un andamento in calo (graf.1).

**Tab. 1 - CONSUMO ANNUO PRO CAPITE
DI ALCOL PURO NELLA POPOLAZIONE
ITALIANA CON PIÙ DI 15 ANNI DI ETÀ
ANNI 2000-2009**

ANNI	Litri pro capite
2000	9,26
2001	9,12
2002	8,59
2003	8,59
2004	8,32
2005	7,99
2006	7,84
2007	7,81
2008	7,44
2009	6,94

Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Ottobre 2013

Il confronto con il consumo annuo pro capite degli altri Paesi europei

Il valore del consumo annuo pro capite di alcol puro rilevato in Italia per il 2009 (6,94 litri) appare tra i più bassi registrati nella Regione europea, dove il valore medio è di