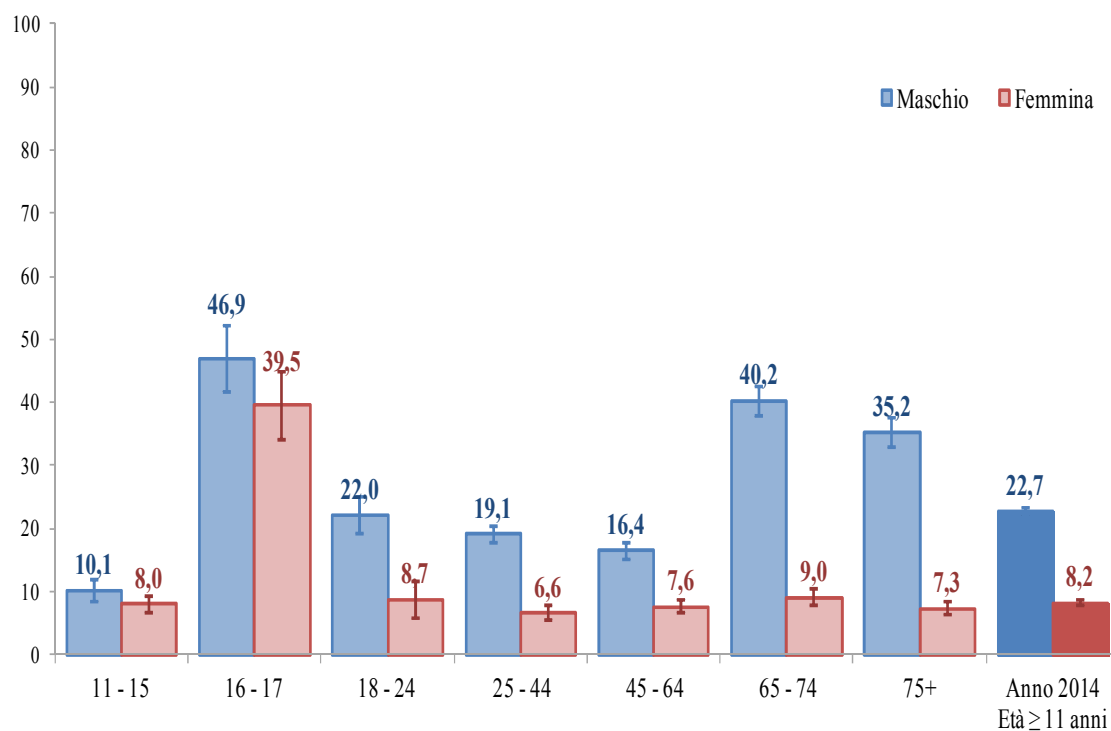
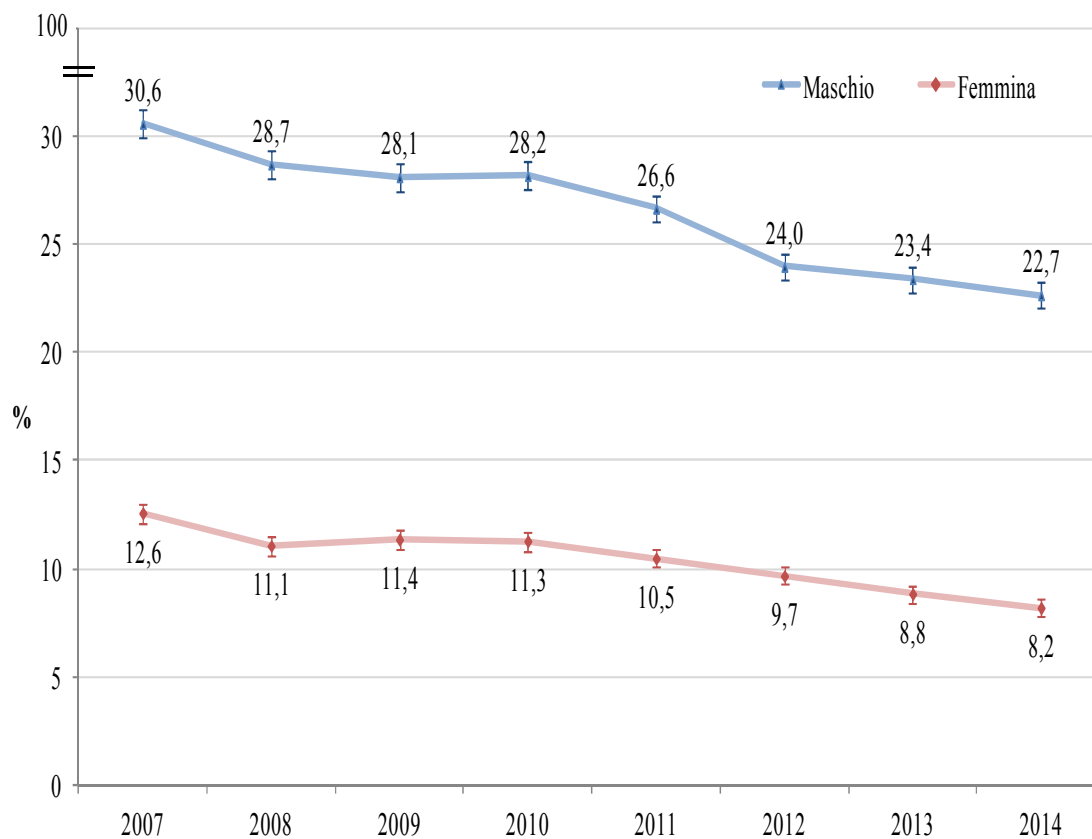


Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2014)



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

Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) a rischio (criterio ISS) per genere (2007-2013)



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

Evoluzione delle raccomandazioni nutrizionali italiane in tema di consumo di bevande alcoliche

Nel nostro Paese il consumo di bevande alcoliche (quasi esclusivamente vino fino a qualche decennio fa) è sempre stato parte integrante della cultura e quindi della dieta degli italiani, per i quali anzi, è servito come prezioso contributo al raggiungimento del fabbisogno energetico in tempi di estrema carenza.

Questo atteggiamento nei confronti dell'alcol viene espresso nelle "indicazioni nutrizionali per la popolazione italiana" del 1979, un documento dell'allora Istituto Nazionale della Nutrizione, in collaborazione con l'allora Ministero della Sanità, che stabilisce una razione giornaliera raccomandabile di vino in 500 ml di per l'uomo e 300 per la donna. Colpisce alla luce delle conoscenze e delle indicazioni attuali la presenza di una razione di vino di 300 ml per la gestante e la nutrice, ma è chiara indicazione del pensiero scientifico del tempo. Già dieci anni dopo, nella seconda revisione (1987) del documento nazionale per la definizione delle assunzioni raccomandate di nutrienti ed energia (LARN), si poneva l'attenzione sul pericolo del consumo di qualsiasi quantità di bevande alcoliche per la donna durante la gravidanza e per i giovani al di sotto dei 18 anni di età, ma l'alcol era ancora considerato un **nutriente**. E, trattandosi di un nutriente ad alto valore energetico, il documento riportava espressamente che: "la soluzione più ragionevole per identificare la quantità accettabile di alcol per ciascun individuo è quella di collegarla all'entità del fabbisogno energetico".

Per tale motivo, i LARN 1987 definivano l'accettabilità entro il limite del 10% del fabbisogno energetico dell'individuo, generalizzabili nella tabella 3.

I limiti erano quindi stabiliti non sulla base delle differenze metaboliche e di composizione corporea tra i due generi e nell'anziano, ma semplicemente delle differenze energetiche tra i due sessi e nelle diverse età. Dopo trasformazione dei valori in grammi, in Unità Alcoliche (UA) questa raccomandazione corrisponde, a 3.6 U.A. per l'uomo, 2,5 nella donna e circa 2 nell'anziano.

Considerare l'accettabilità del consumo di alcolici sul fabbisogno energetico porta con sé l'errore che fabbisogni energetici superiori consentano un consumo di alcol superiore, benché fosse difficile supporre fabbisogni superiori alle 3000 kcal al giorno quand'anche si considerasse il più intenso lavoro manuale di un tempo, rispetto ai tempi attuali.

Tuttavia l'alcol non può essere definito un nutriente - e ciò è stato riportato nel "Glossario di alimentazione e nutrizione umana" edito della Federazione delle Società Italiane di Nutrizione (2010) - perché apporta sì calorie, ma inutili, in quanto non *"ha un ruolo definito nei processi fisiologici e nel metabolismo dell'organismo umano. Sono nutrienti: acqua, proteine - peptidi - aminoacidi, carboidrati, grassi, minerali e vitamine"*. Fibra alimentare ed alcol sono sostanze non nutrienti di interesse nutrizionale.

Le prime linee guida vere e proprie per una sana popolazione italiana, seconde alla prima edizione dell'omologo statunitense, portano la data 1986 definiscono la quantità accettabile di bevande alcoliche come 1 grammo per ogni peso di chilo corporeo al giorno (Tabella 3) quindi circa 450-600 ml di vino per l'uomo e 250-350 ml per la femmina, a seconda dell'età e del peso. La seconda edizione (1997), non cambia sostanzialmente la raccomandazioni, ma abbassa un pochino la quantità di vino per l'uomo prendendo il limite più basso (450 ml), mentre rimane di 350 ml il limite per la donna e comincia ad apparire il fatto che tali differenze rendono ragione non già di differenze nei fabbisogni energetici ma di differenze nel peso corporeo e nelle capacità metaboliche. Tali valori sono il risultato del recepimento degli appena usciti LARN 1996 che indicavano in 40 grammi per l'uomo e 30 per la donna, la quantità ammissibile di alcol, indicando ancora che tali quantità sono un valore limite che comunque deve rimanere all'interno del 10% del fabbisogno energetico complessivo. L'accenno fatto nei LARN 1987 alla curva a J della mortalità e al fatto che i bevitori moderati avessero migliore salute degli

astemi, viene ribadito nei LARN 1996 e nelle Linee Guida 1997 si accenna al vino come bevanda alcolica da preferire per le sue proprietà “benefiche”. Non viene detto apertamente ma lasciato intuire con una frase secondo la quale oltre ad una certa quantità di consumo “gli effetti negativi dell’alcol cominciano a prevalere sui possibili effetti benefici del vino”.

Comincia a delinearsi l’idea, suffragata dalla letteratura scientifica del tempo, dell’effetto protettivo delle molecole fenoliche contenute nel vino e ciò in un certo senso non solo “sopporta” il consumo di moderate quantità di vino, ma in un certo senso lo incoraggia, benché il titolo rimanga: **bevande alcoliche: se si con moderazione**.

Anche nella versione successiva, del 2003, benché sia finalmente un’edizione con diverse modifiche sostanziali rispetto alle bevande alcoliche, permane l’impressione di una certa benevolenza riguardo al vino tra le varie bevande alcoliche. Indubbiamente però le novità rispetto al passato sono significative e tra tutte l’introduzione del concetto di Unità Alcolica corrispondente 12 g di alcol, l’avvertenza del pericolo di consumo di bevande alcoliche e interazione con i farmaci, la riduzione del consumo di alcol per l’anziano in virtù dei diminuiti sistemi metabolici. E’ l’inizio di una graduale tendenza all’abbassamento delle indicazioni precedenti verso le indicazioni dei documenti scientifici di consenso: 2 unità alcoliche per l’uomo e 1 per la donna.

A ribadire questa tendenza al ribasso la IV edizione dei LARN, pubblicata nel 2014 e che costituirà il riferimento per le prossime Linee Guida non parla più di consumi moderati, ma di consumi a basso rischio, definendo il basso rischio entro le 2 unità alcoliche per l’uomo e 1 per la donna.

LARN 2014 – da consumo raccomandabile a consumo a basso rischio

Il 2014 segna l’anno del cambiamento, per la prima volta nei LARN l’etanolo viene descritto come una sostanza tossica, cancerogena e potente sostanza psicoattiva, per la quale non è possibile individuare quantità “raccomandabili” ma nemmeno “ammissibili” o sicure per la salute, per cui le modalità di consumo vengono classificate a seconda del rischio e del danno.

- **consumo a basso rischio**: è quello inferiore a 10 g/die – circa una unità alcolica (alcohol unit, UA) – per le donne adulte e a 20 g/die per gli uomini adulti;
- **consumo a rischio (hazardous)**: è quel livello di consumo o modalità di bere che supera le quantità a basso rischio (20-40 g/die per le donne e 40-60 g/die per i maschi) e che può determinare un rischio nel caso di persistenza di tali abitudini;
- **consumo dannoso (harmful)**: modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale (oltre i 40 g/die per le donne e 60 g/die per i maschi). A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto;
- **alcol-dipendenza**: insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l’uso di alcol riveste per l’individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

Ovviamente questo cambia completamente lo scenario epidemiologico perché non esiste più un consumo ritenuto privo di rischio ma solo un consumo che ha un più basso rischio. Nel corso degli anni la comune considerazione dell’alcol come sostanza nutriente, alla stessa stregua e nobiltà degli altri macronutrienti, prevalente negli anni ’70 anche in documenti internazionali OMS è evoluta alla luce delle crescenti evidenze scientifiche, verso la considerazione dell’alcol come sostanza tossica.

Tabella 3. Evoluzione delle raccomandazioni sul consumo di alcol

	Indic Nut. 1979[1]	LARN 1986[2]	Linee Guida 1986[4]	LARN 1996[6]	Linee Guida 1997[5]	Linee Guida 2003[7]	LARN 2014[10]
	Vino (ml)	Alcol (g)	Vino (ml)	Alcol (g)	Vino (ml)	Alcol (U.A.)	Alcol (U.A.)
Maschi	500	43.5- 41.4g	646-437	40 g	450 ml	2-3	2
Femmine	300	30,7 g	371--270	30 g	350 ml	1-2	1
Anziani	220	28,5 g	311	30 g		1	-
Anziane	180	24,2 g	194	25 g		1	-
Gestanti	300	0	-	0		0	0
Nutrici	300	-	-			0	0

Fonti di etanolo nella dieta e consumi della popolazione italiana

Dai dati dello studio INRAN-SCAI 2005-2006 emerge che l'etanolo assunto deriva per l'84% dal "Vino e sostituti", per il 9% dalla "Birra, sidro e sostituti" e per il 7% dalle altre bevande alcoliche "Vino dolce, spumanti, aperitivi e liquori".

La maggior parte dei bevitori di bevande alcoliche con più di 11 anni consuma vino (53%), cui segue il consumo di birra (45%) e di aperitivi alcolici, amari e superalcolici (44%). Tra i maschi c'è una percentuale maggiore di bevitori (67%) rispetto alle femmine (41%). Considerando i valori medi utilizzati per la definizione di UA è possibile stimare che il 6% dei maschi e l'1% delle femmine consuma oltre 50 g/die di etanolo mediante il consumo più di 500 mL di vino. Il 31% dei maschi e il 13% delle femmine consuma dai 12 ai 25 g/die di etanolo sotto forma di 1-2 bicchieri di vino. Nell'ambito dell'indagine INRAN-SCAI 2005-06 il 47% della popolazione ha riportato il consumo di bevande alcoliche come tali (non come ingredienti di ricette) con una percentuale di consumatori maggiore nei maschi (59%) che nelle femmine (37%) ed un consumo medio tra i consumatori di 194 mL/die.

Per quanto riguarda gli adulti consumatori di vino, è risultato un apporto medio di etanolo di 19 g/die (circa un bicchiere e mezzo di vino) per i maschi e 10 g/die (circa un bicchiere di vino) per le femmine. Per gli anziani consumatori di vino è risultato un apporto medio di etanolo di 23 g/die (circa due bicchieri di vino) e di 14 g/die (poco più di un bicchiere di vino) rispettivamente per i maschi e per le femmine.

Dai dati dell'ISTAT emerge una percentuale non trascurabile di adolescenti di 11-15 anni che dichiarano di consumare vino (5%) e birra (8%) nonostante siano al di sotto dell'età legale per il consumo di bevande alcoliche.

Consumo di alcol e effetti sulla salute

I classici studi sui rapporti tra bevande alcoliche e salute mettono in evidenza una tipica curva a J o a U (Farchi et al., 1992; Gronbaek, 2002; Keil et al., 1997) nella quale i bevitori di basse quantità di bevande alcoliche sono un gruppo a più bassa mortalità sia rispetto ai bevitori a rischio sia rispetto ai non bevitori. Ciò è stato interpretato come indicazione di un effetto protettivo (Marmot et al., 1981) esercitato dal basso consumo di bevande alcoliche, con un rischio ridotto per alcune importanti patologie come cardiopatia ischemica, ictus ischemico, osteoporosi e diabete (Beulens et al., 2012; Rehm et al., 2010); un consumo dannoso aumenta

invece il rischio di varie tipologie di cancro, di pancreatite cronica, d'ipertensione, di epatopatie croniche (cirrosi epatica), di neuropatie degenerative, di incidenti ecc. (Anderson et al., 2005). Bisogna tuttavia essere molto prudenti nell'interpretazione di questo fenomeno, sia perché l'associazione di per sé, in assenza di chiare evidenze dei meccanismi coinvolti, non conferisce necessariamente all'etanolo un valore protettivo, sia e soprattutto perché, se pure si dimostrasse un nesso causale tra consumo a basso rischio di etanolo e malattie cardiovascolari, non può essere trascurato il pericolo di aumento di rischio di cancro anche per consumi molto modesti di alcol. Diversi studi, alcuni molto recenti, infatti, hanno infatti riportato un aumento del rischio, se pure limitato, anche con una quantità di etanolo che rientra nel cosiddetto consumo a basso rischio, cioè pari a 10 g/die, corrispondenti a un bicchiere di vino (Levi et al., 2005; Tramacere et al., 2010).

Tanto è vero che l'OMS nel 2014 ha inserito nel codice di prevenzione del cancro la astensione dall'alcol, da qualunque fonte esso provenga.

Anche le associazioni tra consumo di vino e minore rischio di mortalità vanno riviste nel merito dei nessi causali; infatti il merito non va ascritto tanto al tipo di bevanda o alle quantità assunte, quanto ad una serie di fattori correlati e di cui quelle tipologie di consumo rappresentano un semplice marcatore (Hansel et al., 2010). Tali fattori (maggiore consapevolezza, alto stato socio-economico, migliore stile di vita, migliore stato di salute ecc.) svolgono un ruolo protettivo nei consumatori di vino, effetto che spesso viene erroneamente attribuito alle sostanze fenoliche in esso contenute; tali sostanze presenti nel vino in bassissima concentrazione, sono peraltro diffuse, e in grande quantità, in tutti gli alimenti vegetali, prodotti che per tipica abitudine il consumatore di vino maggiormente predilige sia rispetto a chi non beve sia rispetto ai bevitori di altre bevande alcoliche (Tjonneland et al., 1999).

L'alcol è causa di moltissime e differenti disfunzioni e patologie che possono riguardare tutti gli organi ed apparati dell'organismo. Tra lesioni, disordini psichici e comportamentali, patologie gastrointestinali, immunologiche, infertilità e problemi prenatali, tumori ecc., se ne contano più di 60 (Anderson et al., 2005). Per questo anche la WHO conclude che l'impatto su mortalità, morbidità e disabilità in tutte le realtà mondiali è comunque negativo se espresso correttamente al netto dei possibili scarsi effetti benefici riportati in letteratura (WHO, 2009).

Le ultime evidenze di letteratura mostrano che per molte di queste patologie, tra cui il cancro, non si può definire un livello di consumo privo di rischio, una specie di "dose-soglia" sotto la quale non si corrano rischi per la salute, poiché il rischio sale in maniera proporzionale alla dose di alcol ingerita e indipendentemente dalla fonte di alcol (Cleophas, 1999; Park et al., 2009; Rehm et al., 2010), rispettando la sola regola che quanto maggiore è la quantità ingerita, tanto più alto il rischio. Per i tumori il rischio è molto basso per consumi inferiori ai 20-25 g/die di etanolo (Corrao et al., 2004), ossia sotto le due UA/die; tuttavia bisogna considerare che almeno per il cancro della mammella, anche quantità inferiori (10 g/die, corrispondenti a meno di 1 UA/die) comportano un aumento di rischio, valutabile attorno al 4-5% dei casi (Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002; Seitz et al., 2012; WCRF/AICR 2007). Per quantità di consumo ≥ 3 UA/die il rischio arriva al 40-50% (Seitz et al., 2012).

Tenendo dunque conto dei rischi di cancro da una parte e degli effetti sulle malattie cardiovascolari dall'altra, si può dire che il livello di consumo di alcol con il più basso rischio di mortalità per gli uomini è pari a 0 g/die sotto il 35° anno di età, mentre è intorno ai 5 g/die per gli uomini di mezza età ed è meno di 10 g/die oltre i 65 anni. Per le donne è invece molto prossimo a 0 g/die per un'età inferiore ai 65 anni, e a meno di 5 g/die oltre i 65 anni (Anderson et al., 2005). Infatti il sesso femminile ha una minore tolleranza all'alcol rispetto al sesso maschile e raggiunge concentrazioni più elevate di alcol nel sangue dopo aver bevuto quantità equivalenti, anche dopo correzione per il peso corporeo.

Altro gruppo vulnerabile di popolazione sono gli anziani che sembrano divenire più sensibili agli effetti dell'alcol non solo per la minore efficienza dei meccanismi di detossicazione e per l'eventuale uso di farmaci, ma anche in relazione ai cambiamenti nella composizione corporea (riduzione dell'acqua corporea e aumento della massa adiposa).

Particolare attenzione al consumo di bevande alcoliche deve essere posta durante la gravidanza e l'allattamento. Vi è comune accordo nella comunità scientifica che il consumo (anche in piccole quantità) di bevande alcoliche durante la gravidanza aumenti il rischio di alterazioni di sviluppo e turbe neurologiche nel nascituro (Kaiser e Allen, 2008); nonostante questo c'è da notare che una percentuale estremamente ridotta di donne rinuncia all'assunzione di alcol una volta accertato lo stato di gravidanza. Sarebbe opportuna la astensione dal consumo di bevande alcoliche anche durante l'allattamento anche se visti i vantaggi della somministrazione di latte materno si suggerisce, in caso di bevute occasionali, di non interrompere l'allattamento al seno ma di allattare il bambino interponendo un tempo tra bevuta e somministrazione di latte che permetta la metabolizzazione dell'etanolo assunto.

In conclusione è bene ricordare che alcune situazioni fisiologiche o patologiche impongono l'astensione totale dal consumo di bevande alcoliche di qualunque tipo: gravidanza e allattamento, età <18 anni, epatopatie, patologie digestive e comunque condizioni che richiedano l'assunzione di farmaci, intenzione di accingersi alla guida di veicoli o macchinari pericolosi per sé o per gli altri, pregressa storia di alcolismo o altra dipendenza.

La valutazione e l'analisi delle evidenze scientifiche disponibili non consentono di poter sostenere o promuovere il consumo pur moderato di bevande alcoliche.

In conseguenza della costante e crescente produzione di nuove conoscenze sulle relazioni tra etanolo e salute, appare dunque adeguato adottare a livello di popolazione e di tutela della salute pubblica il principio di precauzione, che è l'unico che consente di ridurre l'adozione di comportamenti potenzialmente nocivi o pericolosi per l'individuo.

A tale riguardo gioca un ruolo fondamentale una comunicazione istituzionale corretta.

1.2 LA MORBILITA' E LA MORTALITA' ALCOL CORRELATE

La Comunità Scientifica Internazionale ha dimostrato ampiamente che sia il consumo regolare e continuativo di alcol che quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) possono causare problemi di salute o aggravarli ed accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone. L'uso continuativo di alcol in quantità eccessive produce inoltre effetti simili a quelli di altre sostanze psicotrope illegali, con induzione di dipendenza fisica e psichica, assuefazione, *craving*, compulsività ed altri disturbi del comportamento, provocando danni particolarmente rilevanti anche a livello sociale.

L'alcol è la causa principale di molte malattie considerate totalmente alcol correlate, fra cui in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma anche causa concomitante di varie altre patologie vascolari, gastroenterologiche, neuropsichiatriche, immunologiche e dell'apparato scheletrico, di infertilità e problemi prenatali, di cancro, ivi compreso il cancro della mammella; nonché di altri gravi eventi quali incidenti stradali, omicidi, suicidi, incidenti vari.

Come ribadito nella Global Strategy dell'OMS, l'uso dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dal livello generale di consumo alcolico della popolazione, dai modelli del bere e dai contesti locali. Livelli e modelli di consumo alcolico sono tra loro interconnessi: l'aumento del consumo complessivo di alcol in una determinata popolazione si associa ad un aumento della prevalenza di disturbi da uso di alcol e di modelli di consumo dannosi; mentre, d'altra parte, la riduzione della prevalenza dei forti bevitori in una data popolazione si correla a una riduzione del consumo di alcol complessivo.

Il "Global status report on alcohol and health" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, pubblicato il 12 maggio 2014, riporta che nel 2012 l'uso di alcol ha causato nel mondo 3,3 milioni di morti ovvero il 5,9% di tutti i decessi, di questi il 7,6% sono uomini ed il 4,0% sono donne. Inoltre il rapporto dell'OMS stima il 5,1% degli anni di vita persi a causa di disabilità (Disability Adjusted Life Years, DALYs) attribuibili all'alcol.

La Regione Europea dell'OMS continua a presentare la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol, ciò non sorprende se consideriamo che è anche la Regione dell'OMS con i consumi di alcol più elevati. Tuttavia occorre specificare che i valori più elevati sia per i consumi di alcol che per i decessi attribuiti all'alcol si registrano soprattutto nei Paesi dell'Europa Orientale, mentre tra i Paesi della Regione europea aderenti all'OMS l'Italia occupa una delle posizioni più basse nella graduatoria delle percentuali di mortalità alcol correlata rispetto alla mortalità totale.

Il Report rileva inoltre che nel mondo le percentuali più elevate di morti attribuite all'alcol sono causate da patologie cardiovascolari, seguite da infortuni, patologie gastrointestinali (soprattutto cirrosi epatica) e tumori.

In Europa l'alcol è il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura, dopo il fumo e l'ipertensione.

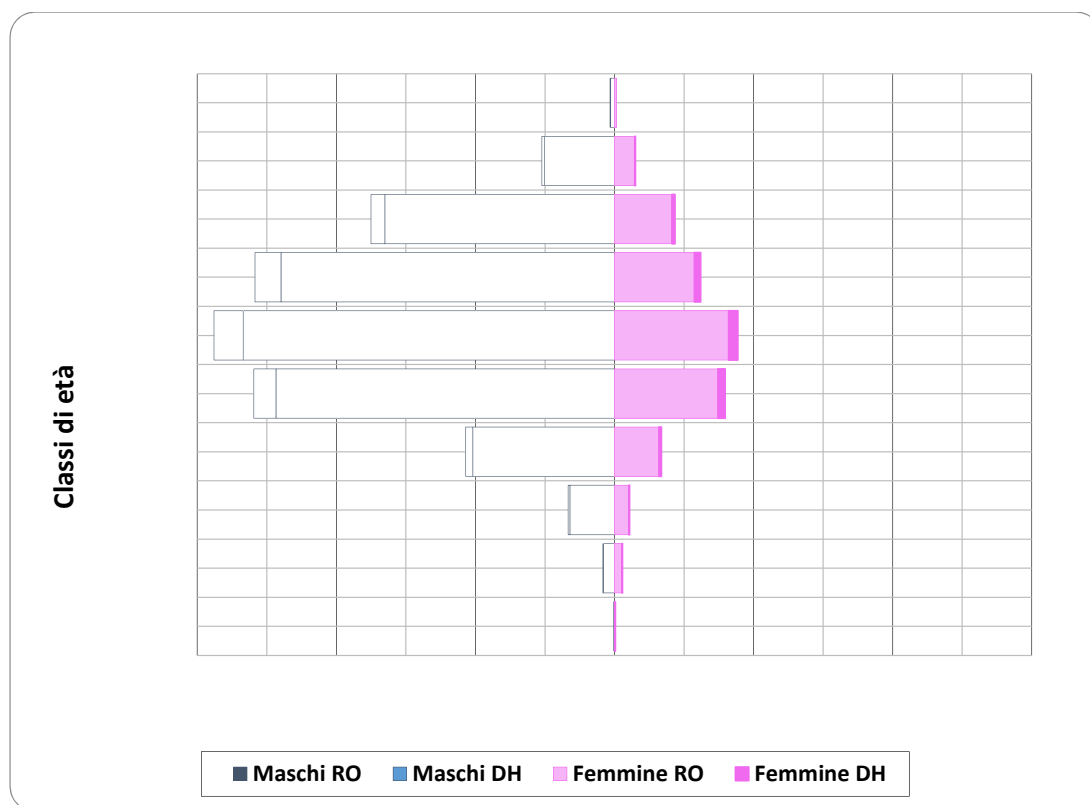
Il Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili avviato dall'OMS per gli anni 2013-2020 conferma la necessità di ridurre l'impatto delle malattie alcol attribuibili, che costituiscono una priorità di sanità pubblica a livello globale.

DIMISSIONI OSPEDALIERE CON DIAGNOSI DI PATOLOGIE TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI

Nel corso del 2014 si sono avuti complessivamente 61.043 dimissioni a seguito di ricovero ospedaliero (94% in regime ordinario e 6% in regime diurno), di pazienti cui sono state diagnosticate patologie alcol attribuibili. Nel caso dei ricoveri in regime ordinario si sono avuti mediamente 11,7 giorni di degenza e per i ricoveri diurni il numero medio di accessi è stato di 8,1.

Il **Grafico.2** rappresenta la distribuzione del numero assoluto delle suddette dimissioni per genere e classi di età (decennali) dei pazienti, tenendo anche conto della composizione delle dimissioni in base al regime di ricovero: ordinario (RO) e diurno (DH).

Grafico.2 – PIRAMIDE PER CLASSI DI ETÀ DECENNALI E PER GENERE DEI DIMESSI CON DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI - ANNO 2014



Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Questa rappresentazione grafica fornisce una immediata indicazione sulla prevalenza dei ricoveri dei maschi affetti da patologie alcol attribuibili rispetto alle femmine.

La prevalenza del genere maschile caratterizza sia i ricoveri ordinari che quelli diurni.

Inoltre si osserva che la numerosità dei ricoveri caratterizzati da queste patologie cresce all'aumentare dell'età, con valore massimo nella fascia 50-59 anni, sia per i maschi che per le femmine.

Le patologie diagnosticate alcol attribuibili costituiscono, nel 42% dei casi, la condizione clinica principalmente responsabile del ricovero, mentre per il restante 58%, queste rappresentano patologie secondarie che coesistono al momento del ricovero.

Si precisa a tal riguardo che la fonte informativa relativa alla Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) rileva fino a cinque diagnosi secondarie.

In generale si rileva che il numero complessivo delle dimissioni con queste patologie presenta un andamento temporale progressivamente decrescente: 61.043 nel 2014, 63.666 nel 2013, 67.273 nel 2012 e 70.959 nel 2011.

La **Tab.4** riporta la distribuzione assoluta e percentuale delle diagnosi totalmente alcol attribuibili che caratterizzano le suddette dimissioni ospedaliere, prescindendo dal regime di ricovero. Il codice premesso a ciascuna diagnosi è quello della classificazione ICD-9-CM (vers. 2007), classificazione attualmente utilizzata nel flusso informativo (SDO).

La patologia prevalente per entrambi i generi è la **cirrosi epatica alcolica** (40,5 % nel 2014; 39,6% nel 2013; 39,0% nel 2012, e 38,6% del 2011), seguita dalla **sindrome di dipendenza da alcol** (26,3% nel 2014; 26,8% nel 2013; 26,6 % nel 2012; 26,9 % del 2011) e da **abuso di alcol** (12,8% nel 2014; 12,5% nel 2013; 12,2% nel 2012; 11,8% nel 2011).

Tab. 4 - DISTRIBUZIONE DELLE DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI PER GENERE - ANNO 2014

Diagnosi di dimissione		Valore assoluto			Valore percentuale		Valori % delle diagnosi i alcol attrib.
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	2.519	686	3.205	78,6%	21,4%	4,7%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	13.109	4.707	17.816	73,6%	26,4%	26,3%
305.0	Abuso di alcol	6.159	2.531	8.690	70,9%	29,1%	12,8%
357.5	Polineuropatia alcolica	808	218	1.026	78,8%	21,2%	1,5%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	294	33	327	89,9%	10,1%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	268	137	405	66,2%	33,8%	0,6%
571.0	Steatosi epatica alcolica	3.486	942	4.428	78,7%	21,3%	6,5%
571.1	Epatite acuta alcolica	1.301	328	1.629	79,9%	20,1%	2,4%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	22.503	4.980	27.483	81,9%	18,1%	40,5%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	2.051	436	2.487	82,5%	17,5%	3,7%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	8	5	13	61,5%	38,5%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	237	98	335	70,7%	29,3%	0,5%
Totale		52.743	15.101	67.844	77,7%	22,3%	100%

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie per ciascun ricovero ospedaliero

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Ciascuna patologia prevalentemente attribuibile all'alcol presenta una spiccata prevalenza dei maschi rispetto alle femmine.

Il tasso di ospedalizzazione complessivo per diagnosi totalmente alcol attribuibili è pari a 100,4 per 100.000 abitanti nel 2014; continua pertanto il trend discendente del fenomeno, in atto a livello nazionale a partire dall'anno 2002, che trova riscontro, sebbene con andamenti meno lineari, anche a livello delle singole Regioni (Tab.5).

Nel 2014, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni e P.A. con più alto tasso di ospedalizzazione sono Valle D'Aosta e P.A. di Bolzano; seguono Sardegna e Friuli Venezia

Giulia, P.A. di Trento e Liguria. I tassi di ospedalizzazione più bassi continuano a riscontrarsi in Sicilia e Campania, seguite da Calabria, Umbria e Puglia.

Resta ancora molto alta la differenza del tasso di ospedalizzazione tra le Regioni con i valori massimi e quelle con i valori minimi.

Tab.5 - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI - ANNI 2003-2014 (Dimessi per 100.00 ab.)

Regioni di dimissione	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Piemonte	168,2	169,5	168,5	171,4	174,1	162,6	157,8	159,4	150,9	137,7	130,9	127,8
Valle d'Aosta	459,8	514,6	444,4	366,2	413,4	378,6	369,9	314,4	290,1	349,1	330,9	257,4
Lombardia	204,6	193,4	179	169,3	156	138,5	130,3	122,1	116,0	108,6	98,9	92,7
P. A. Bolzano	420,9	510,8	493,4	467,8	487,6	461	389,9	344	316,7	307,5	270,0	255,2
P. A. Trento	349	331,9	308,7	302,3	278,7	261,8	253,2	189,8	205,3	186,3	179,9	167,5
Veneto	244,8	232,2	212,0	188,0	170,3	167,3	150,7	141,1	132,3	125,6	122,8	120,6
Friuli V.G.	264	255,6	268,0	256,0	248,1	228,5	220,8	215,8	209,3	206,2	202,4	176,2
Liguria	250,6	241,7	237,6	228,1	223,6	213,4	202,8	182,9	175,7	171,2	164,3	155,1
Emilia Rom.	176,9	179,5	177,5	167,9	165,6	162,8	158,6	152,6	149,4	149,3	145,0	136,2
Toscana	138,9	139,7	124,8	112	115,9	108,6	108,9	100,7	97,4	101,2	91,8	91,1
Umbria	125,0	115,9	112,5	113,3	108,1	107,5	98,4	96,0	94,7	94,7	86,4	79,7
Marche	194,7	189,5	189,6	176,0	176,7	167,3	160,2	160,0	143,2	150,0	147,8	142,6
Lazio	143,0	142,7	142,2	148,0	123,8	115,2	107,6	111,0	96,7	96,4	92,1	80,9
Abruzzo	259,6	250,7	235,9	234,4	211,4	163,9	129,3	119,0	121,1	113,4	116,5	106,9
Molise	274,7	242,5	218,4	220,3	229,0	201,7	180,8	163,6	150,4	128,7	152,2	127,7
Campania	82,7	86,9	87,1	93,4	88,8	86,1	81,5	74,2	72,0	70,1	61,6	57,9
Puglia	113,5	111,1	109,6	115,6	111,5	105,3	100,5	99,8	89,8	90,5	87,3	80,5
Basilicata	153,1	159,0	146,5	146,3	130,7	137,6	129,7	135,2	126,0	106,8	96,0	94,6
Calabria	144,8	138,5	132,3	134,7	123,5	114,8	106,6	99,4	93,2	88,4	70,4	68,6
Sicilia	84,5	86,0	79,0	83,4	77,4	69,0	68,8	67,0	62,4	56,5	51,6	47,4
Sardegna	195,2	198,0	210,3	202,8	207,4	188,4	171,2	179,0	181,6	187,0	179,4	180,7
Italia	167,9	165,5	159	154,9	147,0	137,0	129,1	123,6	117,0	113,3	106,7	100,4

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie per ciascun ricovero ospedaliero.

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Osservando la distribuzione percentuale delle diagnosi alcol correlate per classi di età dei pazienti (Tab. 6), si rileva la prevalenza della classe 45-64 anni per quasi tutte le diagnosi.

Fa eccezione la diagnosi *avvelenamento da antagonisti dell'alcol*, prevalente nella classe 18-44 anni e gli *effetti tossici dell'alcol* si equi ripartiscono percentualmente nelle classi 18-44 e 45-64.

**Tab.6 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*)
SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO – ANNO 2014**

Diagnosi di dimissione (*)		< = 17 anni	18 - 44 anni	45 - 64 anni	65 - 74 anni	> 75 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	0,5	26,4	51,5	12,7	8,9	100
303	Sindrome di dipendenza da alcol	0,7	36,0	50,8	8,8	3,8	100
305.0	Abuso di alcol	2,6	43,2	44,0	6,5	3,6	100
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	15,5	53,1	21,9	9,5	100
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,3	12,5	53,5	23,9	9,8	100
535.3	Gastrite alcolica	1,0	15,3	52,6	19,3	11,9	100
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,3	21,1	47,1	17,9	13,6	100
571.1	Epatite acuta alcolica	0,2	27,6	50,3	14,8	7,1	100
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	7,0	49,9	27,1	16,0	100
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	0,1	19,1	49,8	17,9	13,1	100
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,0	61,5	30,8	0,0	7,7	100
980	Effetti tossici dell'alcol	9,6	36,4	36,4	11,3	6,3	100
Totale		0,6	22,4	49,3	17,5	10,2	100

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Con riferimento alla prima classe di età, ossia quella dei pazienti con età inferiore a 18 anni, prevale la diagnosi *effetti tossici dell'alcol*, seguita da *abuso di alcol*.

Per la classe di età 18-44 le diagnosi maggiormente segnalate, oltre ad *avvelenamento da antagonisti dell'alcol*, sono *Abuso di alcol*, *Effetti tossici dell'alcol* e *Sindrome di dipendenza da alcol*.

Per la classe di età 65-74 le diagnosi prevalenti sono, in ordine decrescente *Cirrosi epatica alcolica*, *Cardiomiopatia alcolica* e *Polineuropatia alcolica*.

Infine le diagnosi maggiormente segnalate per gli ultra settantacinquenni sono nell'ordine *Cirrosi epatica alcolica*, *Steatosi epatica alcolica* e *Danno epatico da alcol, non specificato*. Negli anni esaminati la distribuzione percentuale delle diagnosi ospedaliere totalmente alcol attribuibili (Tab.7) evidenzia la prevalenza dei pazienti maschi, con un rapporto di circa 3:1 rispetto alle femmine.

Tab. 7 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI (*) SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNI 2003- 2014

ANNI	Maschi	Femmine	Totale
2003	78,5%	21,5%	100%
2004	77,6%	22,4%	100%
2005	77,4%	22,6%	100%
2006	77,5%	22,5%	100%
2007	77,7%	22,3%	100%
2008	77,1%	22,9%	100%
2009	77,6%	22,4%	100%
2010	77,8%	22,2%	100%
2011	78,0%	22,0%	100%
2012	77,4%	22,6%	100%
2013	77,9%	22,1%	100%
2014	77,7%	22,3%	100%

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie
Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

Osservando la variazione nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi ospedaliere totalmente alcol correlate (Tab.8), si evidenzia tra il 2003 e il 2014 il progressivo incremento, in termini percentuali, della *cirrosi epatica alcolica* rispetto al totale delle diagnosi. Questa diagnosi passa infatti dal 30,0 % del 2003 al 40,5 % del 2014, con un incremento complessivo di ben 10 punti percentuali.

Al contempo si rileva la progressiva riduzione percentuale della *sindrome di dipendenza da alcol*, che passa dal 31,4 % del 2003 al 26,3 % del 2014.

Infine si segnala il progressivo incremento in termini percentuali, nel periodo considerato, della diagnosi *abuso di alcol* che dal 2003 al 2014 passa da 9,6% a 12,8%.

Tab. 8 - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI - ANNI 2003-2014

		% DIAGNOSI											
Diagnosi di Dimissione (*)		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,1	5,0	5,0	5,1	5,0	5,0	5,3	5,0	5,2	5,0	4,9	4,7
303.0	Sindrome di dipendenza da alcol	31,5	30,9	30,1	28,7	29,0	28,7	28,0	27,2	26,9	26,6	26,8	26,3
305.0	Abuso di alcol	9,6	10,3	10,6	11,0	11,2	11,0	11,1	11,5	11,8	12,2	12,5	12,8
357.5	Polineuropatia alcolica	2,4	2,1	2,0	2,1	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
535.3	Gastrite alcolica	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
571.0	Steatosi epatica alcolica	9,1	9,2	9,4	9,2	8,8	8,2	7,9	7,6	7,1	6,9	6,4	6,5
571.1	Epatite acuta alcolica	4,2	4,0	3,9	4,0	3,9	3,7	3,4	3,2	2,8	2,8	2,5	2,4
571.2	Cirrosi epatica alcolica	30,1	30,9	31,7	32,9	33,5	35,1	36,3	37,7	38,7	39,1	39,6	40,5
571.3	Danno epatico da alcol non specificato	6,3	5,9	5,6	5,3	5,2	4,9	4,6	4,5	4,3	4,2	4,2	3,7
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
980	Effetti tossici dell'alcol	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5
		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(*)Sono state considerate sia le diagnosi principale che le secondarie

(*) Sono state considerate sia le diagnosi principale che le secondarie

In ultima analisi va peraltro evidenziato che la diagnosi ospedaliera di *cirrosi epatica alcolica* presenta nel tempo in termini assoluti una relativa stabilità, con lievi incrementi rilevabili tra l'anno 2000 e l'anno 2006.

A partire dal 2007 la diagnosi di cirrosi epatica alcolica, segnalata nelle dimissioni ospedaliere presenta valori progressivamente decrescenti, con particolare riguardo agli ultimi anni esaminati (Tab.9).

Tab. 9 - DIAGNOSI PRINCIPALI E SECONDARIE DI CIRROSI EPATICA ALCOLICA IN REGIME DI RICOVERO ORDINARIO E DAY HOSPITAL - ANNI 2003-2013

ANNI	Valori assoluti
2003	32.523
2004	33.406
2005	33.072
2006	33.653
2007	32.886
2008	32.117
2009	31.795
2010	31.614
2011	30.731
2012	29.389
2013	28.231
2014	27.483

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

LE STIME DI MORTALITA' DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Si definiscono “morti totalmente alcol-attribuibili” quei decessi che, in accordo con la *International Classification of Disease* (ICD10), sono causati da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol: *Sindromi psicotiche indotte da alcol* (ICD10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD10: I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD10: K29), *Epatopatie alcoliche* (ICD10: K70), *Effetti tossici dell'alcol* (ICD10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol* (ICD10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD10: K86.0). Nella lista delle *patologie totalmente alcol-attribuibili* sono incluse anche la “*Miopia alcolica* (ICD10: G72.1)” e “*Eccessivo livello ematico di alcol* (ICD10: R78)”, ma queste due patologie non sono incluse nelle analisi di mortalità perché non sono causa di decesso.

Le informazioni qui presentate si basano su dati di fonte ISTAT elaborati dall'ONA-CNESPS e dall'Ufficio di Statistica dell'ISS. Il dato più recente attualmente disponibile si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2012; 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 standard di riferimento la popolazione Italiana al Censimento 2011.

Poiché la mortalità alcol attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni effettuate si riferiscono alla popolazione di 15 anni e più.

Mortalità alcol-attribuibile per età e genere

Nell'anno 2012 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.308, di cui 1.050 (80,3%) uomini e 258 donne (19,7%) (**Tabella 10**); questi numeri se rapportati alla popolazione corrispondono a circa 43 decessi per milione di abitanti tra gli uomini e 1 decesso 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 e sindromi psicotiche indotte da alcol che nel complesso causano oltre il 95% dei decessi alcol-attribuibili.

Per il complesso delle patologie alcol-attribuibili, il tasso standardizzato di mortalità tra la popolazione di 15 anni e più è pari a 4,41 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,95 per le donne.

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata tra le fasce di popolazione di età più avanzata e tra la popolazione di 55 anni e più il tasso di mortalità standardizzato raggiunge il valore di 8,22 per 100.000 abitanti tra gli uomini e di 1,56 tra le donne. (**Tabella 11**).

Negli anni più recenti, dal 2007 al 2012, la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita per entrambi i generi e in tutte le classi di età (**Tabella 11, Figura 13**). Se si confronta l'anno 2012 con il 2007 la riduzione del tasso di mortalità per la popolazione di 15 anni e più è stata di circa l'11% tra gli uomini e del 24% tra le donne.

Tabella 10. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi (M) e Femmine (F). Italia. Anni 2007-2012.

		2007		2008		2009		2010		2011		2012	
		M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>F10</i>	Sindromi psicotiche indotte da alcol	177	39	191	45	179	45	190	35	184	40	178	45
	Degenerazione del												
<i>G31.2</i>	sistema nervoso dovuta all'alcol	23	7	24	5	20	5	21	3	32	4	17	4
<i>G62.1</i>	Polineuropatia alcolica	4	2	10	2	6	1	8	3	8	2	5	4
<i>I42.6</i>	Cardiomiopatia alcolica	15	2	14	1	12	0	11	2	14	3	12	1
<i>K29.2</i>	Gastrite alcolica	4	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0
<i>K70</i>	Epatopatie alcoliche	890	269	960	231	971	217	888	227	889	211	825	202
<i>K86.0</i>	Pancreatite cronica indotta da alcol	8	1	7	0	1	1	1	2	6	0	3	1
<i>T51</i>	Effetti tossici dell'alcol	7	5	10	1	15	4	15	6	12	2	9	1
Totale decessi		1.128	325	1.217	285	1.205	273	1.135	279	1.146	262	1.050	258
Totale tasso grezzo		4,69	1,24	5,02	1,08	4,95	1,03	4,65	1,05	4,69	0,98	4,28	0,97
Totale tasso std		4,96	1,25	5,37	1,08	5,24	1,02	4,87	1,05	4,88	0,97	4,41	0,95