

Consumi di alcol e impatto alcol correlato

(Sintesi dell'intervento di E. Scafato per la 1ª Conferenza Nazionale Alcol, Roma 20 e 21 ottobre 2008)

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Sonia Martire, Rosaria Russo, Riccardo Scipione, Egidio Chessa, Monica di Rosa, Nicola Parisi, Claudia Gandin.

Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Istituto Superiore di Sanità, Centro OMS Ricerca Alcol

Ogni anno nel mondo almeno 2,3 milioni di persone muoiono per una causa alcolcorrelata; in Europa 55 milioni di persone sono consumatori a rischio e 23 milioni gli alcolodipendenti. 195.000 persone muoiono in EU per una delle 60 cause di morte alcolcorrelate; il 25 % dei decessi tra i maschi di età 15-29 e il 10 % dei decessi registrati tra le giovani donne è causato dal consumo rischioso di alcol. L'alcol, in connessione con l'incidentalità stradale, è la prima causa di morte tra i giovani europei ed in Italia.

Ogni anno l'alcol genera costi sociali e sanitari pari a 125 miliardi di euro; i costi non tangibili che si riferiscono al dolore, alla sofferenza e alla perdita della vita a causa dei danni sociali, sanitari e quelli legati ad atti criminosi dovuti all'alcol sono stimati per l'anno 2003 in 270 miliardi di euro.

In Italia il 3 % del PIL è attribuibile agli effetti negativi dell'alcol, responsabili di almeno 24.000 decessi l'anno con un carico di malattia e di disabilità che rappresenta il 6 % circa dell'intero carico di malattia nella popolazione. Il quadro delineato dalle stime riportate è emblematico degli effetti di un comportamento che nel corso degli ultimi anni ha determinato l'attivazione da parte dell'Organizzazione Mondiale della Sanità di un Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, di una Strategia Comunitaria per contrastare gli effetti dannosi e rischiosi dell'alcol lanciata attraverso una Risoluzione del Parlamento volta ad affiancare gli Stati Membri in un articolata serie di interventi mirati a contrastare in particolare il fenomeno dell'uso e dell'abuso di alcol attraverso il perseguimento di priorità di tutela della salute e della sicurezza delle popolazioni più vulnerabili: il nascituro, i minori, gli adolescenti, le donne, gli anziani.

Il quadro epidemiologico italiano da anni fa registrare tendenze che hanno sollecitato l'adozione di un Piano Nazionale Alcol e Salute e l'inclusione dell'alcol nelle strategie di prevenzione e promozione della salute delineate dal Programma "Guadagnare Salute". Ciò nonostante, le rapide modificazioni nei modelli e nelle culture del bere, in particolare dei giovani, delle donne e degli anziani, hanno determinato un innalzamento della numerosità degli individui che consumano le bevande alcoliche secondo modalità considerate a maggior rischio e un impressionante incremento negli effetti di tale comportamento, tra cui il *binge drinking*, il bere per ubriacarsi rilevabile attraverso la rilevazione dei 108.000 ricoveri totalmente alcol attribuibili e dall'incremento del 187 % in 10 anni del numero di alcolodipendenti in carico ai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Nel 2006, 61.656 alcolodipendenti, 48.324 maschi e 13.332 femmine, risultano seguiti dagli oltre 400 gruppi di lavoro distribuiti sul territorio nazionale con una quota annuale di circa 5000 nuovi alcolodipendenti all'anno. Il fenomeno della diffusione dell'abuso al target giovanile è connotato dalla rilevante percentuale di giovani alcolodipendenti in costante aumento nel corso degli anni tempo rispetto al totale dell'utenza. Nel 2004 i minori di 20 anni rappresentano lo 0,6% dell'utenza dei servizi alcolologici (contro lo 0,5% del 2003) e i giovani fra i 20 e i 29 anni ne rappresentano il 9,8%, contro il 9,1% del 2003. Complessivamente il 15 % degli alcolodipendenti in carico ha oggi un'età inferiore ai 30 anni. La tendenza all'aumento appare ancora più evidente con riferimento ai soli nuovi utenti di 20-29 anni, che passano dal 10,7% del 1998 al 14% del 2004; in questa fascia di età si rileva, rispetto alle altre fasce di età, la crescita maggiore nel tempo, a partire dal 1996.

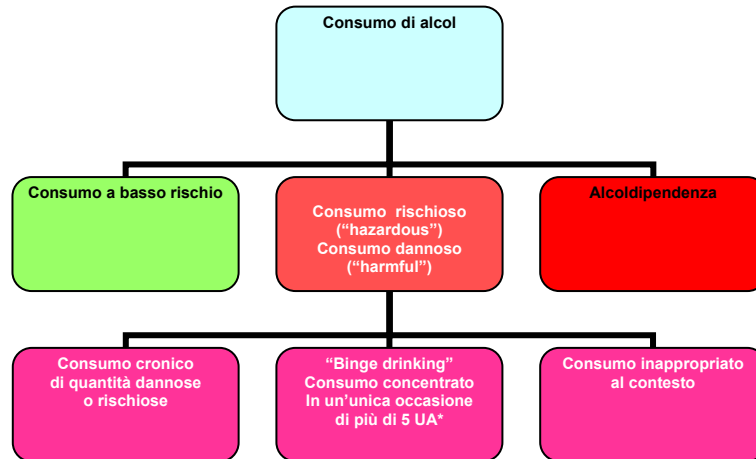
Se da un lato si registrano incrementi costanti nel numero degli alcolodipendenti, dall'altro, indicatori di più ampio respiro (consumo tra i minori, dati sulla sicurezza stradale, episodi di violenza, di criminalità, ecc.) testimoniano che, in funzione dei trend registrati, non potrà risultare efficiente un'azione di prevenzione basata sulla competenza esclusiva del settore di cura dell'alcolodipendenza, principalmente dei SERT e dei Dipartimenti delle Dipendenze, evidentemente in sofferenza e impossibilitati a rispondere adeguatamente ad una domanda che cresce esponenzialmente in assenza di paralleli adeguamenti delle risorse di personale addetto.

E' pertanto indispensabile nei modelli organizzativi regionali e aziendali valorizzare, integrandola, l'attività autonoma e le specifiche competenze dei gruppi/equipe di lavoro esperti già attivi nella prevenzione e nella capacità di intercettazione precoce delle PPAC nella loro più ampia accezione specializzandoli sui target più vulnerabili: i GIOVANI e gli ANZIANI. Capacità che deve poter consentire l'accesso alla diagnosi precoce e all'intervento specifico ai circa 9 milioni di individui stimati a rischio dall'ISS che non sono alcolodipendenti e che non appare razionale o opportuno curare in un contesto, anche logistico, come attualmente il SERT, destinato o dedicato all'alcolodipendente e da cui dovrebbe essere sempre invece distinto per agevolare l'accesso e la fruizione delle prestazioni.

I consumatori a rischio in Italia nel 2007

Definizioni

Per valutare i consumi a rischio è indispensabile categorizzare le varie modalità di consumo alcolico e definire esattamente i livelli o le modalità che possono nuocere alla salute. Lo schema proposto cerca di sintetizzare tali concetti.



Fonte: Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS , WHO CC Research on Alcohol, 2008

La sobrietà o astensione è l'attuazione, secondo le proprie convinzioni e capacità, di un comportamento dettato dall'analisi e autovalutazione delle circostanze che potenzialmente espongono a rischio nella piena consapevolezza dei propri limiti e nel rispetto dell'esigenza individuale e collettiva di tutela di salute e sicurezza; la sobrietà, al pari della scelta del bere, è una libera scelta e non è attuata come rassegnazione di una moderazione e/o astinenza forzata.

La quantificazione dei consumatori a basso rischio (moderati) di alcol si basa, intuitivamente, sull'identificazione dei consumatori che NON eccedono le quantità che gli Organismi di tutela della salute indicano come "limite massimo" da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni completamente o parzialmente evitabili a fronte di bassi consumi o, per contesti o condizioni definiti (*alcohol free*) dell'astensione nel consumo (guida, gravidanza, luoghi di lavoro, infanzia e adolescenza, assunzione di farmaci).

La Framework for Alcohol Policies in the European Region del WHO (2005) dedica un intero paragrafo alle "alcohol free situations", alle circostanze o occasioni o periodi della vita in cui è appropriato evitare completamente l'uso di alcol. Tra le situazioni elencate quelle relative:

- alla sicurezza stradale
- alla sicurezza nei luoghi di lavoro
- alla gravidanza
- all'età infantile ed adolescenziale
- ai luoghi deputati allo sport, agli eventi musicali o comunque di aggregazione giovanile

sono quelle per cui esistono evidenze di priorità di intervento ai fini della sicurezza e della salute.

Il WHO ha anche formulato una classificazione (ICD10) relativa ai differenti livelli di rischio alcol correlato così sintetizzabile.

- **CONSUMO RISCHIOSO ("hazardous")** : un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio nel caso di **persistenza** di tali abitudini.
- **CONSUMO DANNOSO ("harmful")**: una modalità di consumo alcolico che causa danno alla salute, a livello fisico o mentale. A differenza del consumo a rischio, la diagnosi di consumo dannoso può essere posta solo in presenza di un danno alla salute del soggetto.
- **ALCOLDIPENDENZA**: insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui l'uso di alcol riveste per l'individuo una priorità sempre maggiore rispetto ad abitudini che in precedenza avevano ruoli più importanti. La caratteristica predominante è il continuo desiderio di bere. Ricominciare a bere dopo un periodo di astinenza si associa spesso alla rapida ricomparsa delle caratteristiche della sindrome.

L'elaborazione e l'analisi statistica delle variabili della Multiscopo ISTAT quantificano gli individui a rischio riportando SEPARATAMENTE le stime per:

- eccedenza dei limiti quotidiani
- binge drinking.

Nella definizione "a rischio" (attualmente esclusivamente riferita a coloro che eccedono i limiti) non trova adeguata stima e rappresentazione la quantificazione puntuale del numero reale di individui che evidentemente occorre identificare come "a rischio" ANCHE sulla base del binge drinking. Ciò condurrebbe ad una stima più utile in termini di valutazione ed intervento. In buona sostanza, secondo le stime correnti, un "binge drinkers" è correttamente identificato come tale ma non viene considerato nella stima delle prevalenze dei "consumatori a rischio" oggi identificati attraverso l'eccedenza dei limiti quotidiani. Viceversa un consumatore moderato che non eccede i limiti quotidiani non è considerato nella stima delle prevalenze dei "consumatori a rischio" anche se dichiara di comportarsi come "binge drinkers".

Per giungere a valutare adeguatamente la numerosità degli individui a rischio alcolcorrelato in Italia ed in coerenza con tutte le condizioni di rischio verificabili nella popolazione, l'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol hanno delineato un indicatore di sintesi così definito.

Sono da considerarsi a maggior rischio tutti gli individui che soddisfino uno dei seguenti criteri specifici:

- a) le donne che eccedono i consumi di 20 grammi di alcol al giorno (1-2 Unità Alcoliche, UA definite dallo standard ISTAT);
- b) gli uomini che eccedono i 40 grammi di alcol al giorno (2-3 UA);
- c) tutti i giovani di età inferiore ai 15 anni che assumono una qualsiasi quantità di bevande alcoliche;
- d) i giovani tra i 16 ed i 18 anni che consumano più di 1 UA al giorno;
- f) gli ultra 65enni, che eccedono il consumo di 1 UA al giorno.
- g) Sono da considerarsi parimenti a rischio g) gli individui che concentrano in un'unica occasione di consumo l'assunzione di oltre 6 UA di una qualsiasi bevanda (binge drinking) .**

Validità e limiti.

Le prevalenze dei consumatori a rischio (*hazardous* secondo la classificazione internazionale OMS e dei *binge drinkers* identificano due diverse modalità di consumo a rischio, la prima più diffusa tra gli anziani e la seconda tra i giovani. La disaggregazione del campione per sesso, ripartizione territoriale e classi di età, comprensivo di tutte le modalità riscontrabili nella pratica quotidiana fornisce una soluzione ottimale attraverso un originale indicatore di sintesi delle due tipologie di consumo a rischio, utile nell'ottica di una programmazione sanitaria per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione a livello regionale.

La mappa del rischio in Italia

Sono oltre 9 milioni gli individui di età superiore agli 11 anni che consumano secondo modalità a maggior rischio; 6.719.665 maschi, 2.117.182 femmine pari al 26,4 % e al 7,8 %, rispettivamente, della popolazione italiana di più di 11 anni.

Rilevanti e significative differenze si riscontrano a livello regionale dove si registra una più elevata prevalenza al Nord (Trentino Alto Adige, Friuli V. G. , Piemonte le regioni con le più alte prevalenze per entrambi i sessi) e 15 regioni per i maschi e 7 per le femmine con prevalenze di consumatori a rischio superiori alle medie nazionali per sesso.

Le criticità maggiori sono ascrivibili ai giovanissimi.

Oltre 740 mila MINORI sono consumatori a RISCHIO. Tra i ragazzi 11-15enni e quindi al di sotto dell'età minima legale, 1 ragazzo su 5 è un consumatore a rischio; tra i 16-17enni 14 minorenni su 100 bevono secondo modalità rischiose. Inoltre la quota delle ragazzine a rischio 11-15enni al di sotto dell'età legale (16,8 %) supera il valore della media nazionale delle consumatrici a rischio (7,8 %).

Oltre 700.000 18-24enni risultano a RISCHIO. Tutti i comportamenti a rischio considerati sono più diffusi tra i maschi.

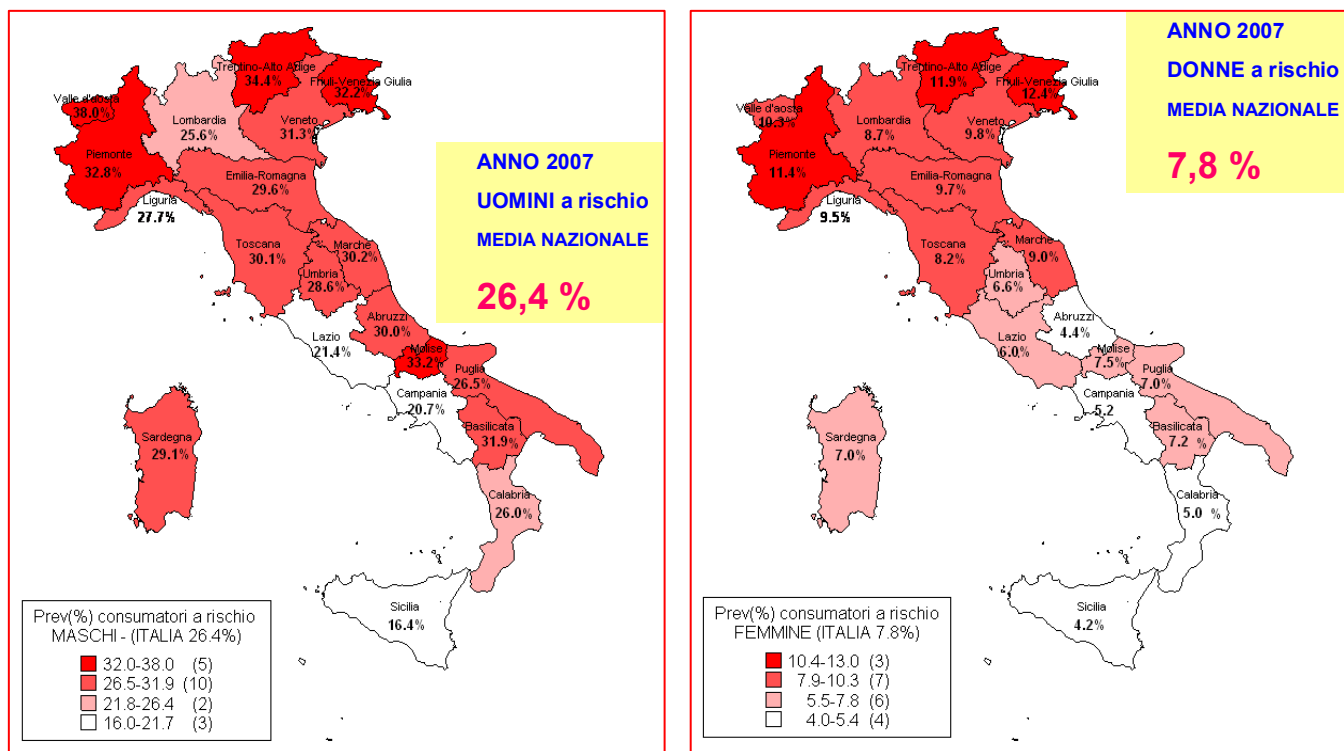
Tra gli anziani si registrano in assoluto le più elevate quote di consumatori a rischio.

Oltre 3.120.000 ultra65enni sono consumatori a RISCHIO; tra i maschi ultra65enni, 1 anziano su 2 è a rischio, tra le donne la proporzione è circa di 1 su 10.

Consumatori a rischio in Italia. Anno 2007

Sesso	Classi di età	Consumatori A RISCHIO (Criterio ISS)	Consumatori A RISCHIO (Numerosità)
MASCHI	11-15 (al di sotto età legale)	22,8	342.398
	16-17 (giovani minorenni)	20,9	129.991
	18-24 (giovani)	25,1	523.351
	25-44 (giovani adulti)	21,0	1.882.104
	45-64 (adulti)	20,3	1.496.607
	65-74 (giovani anziani)	51,4	1.478.083
	>75 (anziani)	43,6	867.131
	Popolazione 11+	26,4	6.719.665
FEMMINE	11-15 (al di sotto età legale)	16,8	233.377
	16-17 (giovani minorenni)	6,3	36.795
	18-24 (giovani)	10,2	214.087
	25-44 (giovani adulti)	5,5	483.177
	45-64 (adulti)	4,8	368.262
	65-74 (giovani anziani)	13,0	451.056
	>75 (anziani)	10,3	330.428
	Popolazione 11+	7,8	2.117.182

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007. 1^o Conf. Naz. Alcol Roma 2008



Fonte dei dati ed anno di riferimento: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat Indagine Multiscopo sulle Famiglie-Aspetti della vita Quotidiana. Anno 2007

Considerazioni e proposte

Le evidenze disponibili mostrano che la frequenza del bere a rischio in Italia è un fenomeno SOTTOVALUTATO. Esiste oggi in Italia una consistente fascia di popolazione che segue modelli e stili di consumo a rischio che richiedono di essere intercettati e prevenuti attraverso adeguate strategie GLOBALI.

Un numero consistente di individui consuma in Italia bevande alcoliche secondo modalità e in quantità tali da risultare a maggior rischio. L'individuazione precoce dei cosiddetti bevitori "problematici" e le relative strategie di prevenzione rappresentano gli obiettivi prioritari per prevenire le problematiche alcol-correlate. In particolare, nelle realtà in cui le modifiche registrate negli stili di vita e di consumo alcolico hanno determinato un incremento tangibile del rischio specifico con ripercussioni sulla salute e sulla sicurezza (incidenti stradali, atti di violenza o criminosi alcolcorrelati), la prevenzione è la strategia chiave per assicurare il risparmio degli elevati costi (evitabili) sanitari e sociali ed un concreto investimento per la collettività. Nell'ambito delle esperienze del Progetto EIBI (Early Identification and Brief Intervention) dell'OMS, l'ISS, attraverso il gruppo di lavoro IPIB-PHEPA, ha attivato corsi accreditati ECM per la formazione degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria atta a favorire e supportare le motivazioni al cambiamento del bevitore problematico. Ma molto dovrà essere fatto per ridurre la pressione mediatica, sociale, pubblicitaria e spesso familiare al bere che più di altri fattori incide sulla cultura del bere, sulle scelte degli individui e per rafforzare politiche che perseguano con maggiore convinzione la tutela particolare dei minori, dei giovani, degli anziani.

In Italia è oggettivamente incrementata l'attenzione delle politiche sanitarie e sociali riguardanti l'alcol. Ciò non significa, tuttavia, che tali politiche siano adeguatamente rigorose. Numerose ricerche volte a valutare l'impatto delle politiche sull'alcol nell'UE e nel mondo classificano l'Italia al 23° posto (su 30 Nazioni esaminate) e tra le Nazioni con politiche di controllo sull'alcol definite "low level" in funzione della scarsa rigorosità delle stesse.

E' nei fatti da rilevare che, almeno nella esperienza degli ultimi decenni, esiste una differenza sostanziale da quanto delineato a livello legislativo dalle misure adottate a livello governativo e la reale attuazione ed implementazione di quanto disposto che, per alcuni casi richiede anni, per altri resta ancora oggi una chimera. Alla luce dei dati e delle tendenze, delle strategie già delineate, dei pareri e delle proposte già avanzate da anni dalla Consulta Nazionale Alcol sulla base dell'analisi dei gaps tuttora esistenti appare opportuno e indispensabile procedere al perseguimento di iniziative e azioni rivolte alle seguenti inderogabili priorità:

- 1. Riconsiderare i livelli attuali di alcolemia consentiti alla guida (Bac) e valutare l'opportunità di introdurre livelli più bassi (introduzione di livelli progressivamente decrescenti in maniera progressiva nel tempo)**
- 2. Valutare l'opportunità di introdurre livelli di alcolemia consentiti alla guida pari a zero per i più giovani guidatori (sino a 20 anni per esempio) e per quelli con meno di 5 anni di patente**
- 3. Aumentare l'età minima legale dai 16 ai 18 anni**
- 4. Introdurre il divieto di vendita accanto a quello di somministrazione ai minori di anni 18**
- 5. Regolamentare ulteriormente la pubblicità sui media (sull'esempio della Loi Evin in Francia)**
- 6. Favorire l'attuazione di campagne di sensibilizzazione che incrementino la consapevolezza coinvolgendo l'ambito scolastico in stretta connessione con quello familiare**
- 7. Finanziare la ricerca sui fattori che possono contribuire a diminuire l'impatto sulla salute e sulla sicurezza di comportamenti di abuso alcolico. Allo stato attuale l'Italia non spende praticamente nulla nella ricerca sull'alcol.**

E' un obiettivo di civiltà, sociale ed etico, impedire che nuovi individui cadano vittima di rischi per definizione evitabili. Occorre un impegno collettivo per favorire livelli più elevati di salute e sicurezza e di protezione rispetto agli effetti negativi dell'alcol.

La mera logica delle convenienze, economiche e di mercato, che spesso influenza la mancata adozione di misure e di politiche di controllo e di prevenzione deve essere affiancata da una più adeguata cultura individuale, collettiva, istituzionale supportata da una maggiore consapevolezza del rispetto del valore del benessere dell'individuo come risorsa per una società più sana e più tutelata dai danni e dai rischi alla salute causati dall'alcol.

Ringraziamenti: Si ringraziano la Dott.ssa Rosaria Russo e Gianluca Di Rosa per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi e alla redazione dei risultati connessi alle attività di ricerca oggetto della presente pubblicazione e attuate dal Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problematiche Alcolcorrelate dell'Istituto Superiore di Sanità