



WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Health Problems
Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi alcol-correlati

Sintesi della presentazione di Emanuele Scafato in occasione dell'Alcohol Prevention Day 2005.

Roma , 21 Aprile, Istituto Superiore di Sanità.

L'impatto sociale e sanitario dell'alcol.
E. Scafato

Come ogni anno l'Osservatorio Nazionale Alcol – CNESPS OssFAD ha elaborato i dati relativi al consumo di alcol e alle statistiche alcol-correlate nell'intento di contribuire alla produzione di evidenze che possono essere di orientamento alla creazione di strategie preventive e di promozione della salute atte a diminuire l'impatto sociale, sanitario e di salute di uno dei più importanti determinanti dell'insorgenza di patologie e problemi individuali, evitabili a fronte di un uso responsabile, consapevole ed informato delle bevande alcoliche.

L'analisi condotta ha seguito lo standard di monitoraggio della salute recentemente individuato dall'European Community Health Indicators – ECHI in sede comunitaria e preso in considerazione le indicazioni derivate dalle Linee Guida per una sana Alimentazione 2003 (INRAN- Ministero delle Politiche Agricole e Forestali) condivise dalla Società Italiana di Alcolologia, dall'Istituto Superiore di Sanità e richiamate dal Piano Sanitario Nazionale del Ministero della Salute.

Nonostante la diminuzione dei consumi medi-pro capite osservati in Italia nel trascorso ventennio e che hanno raggiunto da ormai quattro anni un plateau di 7,4 litri per anno, la nostra nazione presenta indicatori che consentono l'individuazione di una consistente fascia di popolazione a rischio di consumi eccedenti i limiti massimi indicati in 1-2 Unità Alcolica per le donne e 2-3 per i maschi (una U.A. contiene 12 grammi circa di alcol). La elaborazione dell'Indagine Multiscopo ISTAT 2002 "Stili di vita e condizioni di salute" effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità stima in circa 36 milioni i consumatori di bevande alcoliche in Italia, 20.500.000 maschi e 15.500.000 femmine; di questi il 14,2 % (7.136.000 circa) dichiara consumi alcolici eccedenti i limiti massimi indicati dalle Linee Guida per una sana alimentazione in maniera prevalente tra le consumatrici (19,1 %) rispetto ai maschi (9,2 %).

Direttore

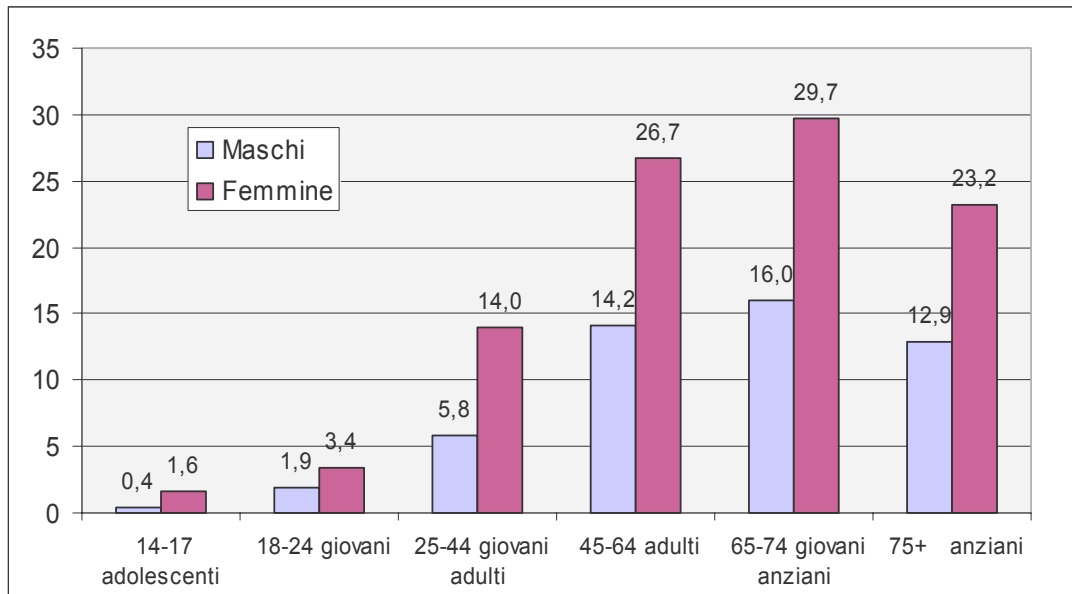
Emanuele SCAFATO

Via Giano della Bella 34 00161 Roma , ITALIA

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

Tel (+39) 06 4990 4194 Fax (+39) 06 4990 4193 Cell. (+39) 348 7832045 e-mail : scafato@iss.it

Le classi di età considerate (dai 14 anni in su) consentono di evidenziare la massima prevalenza e numerosità dei consumatori non moderati nella fascia di età 45-64 e 65-74 per entrambi i sessi (grafico e tabella di seguito riportate).



	MASCHI		FEMMINE	
	(%)	stima	(%)	stima
14-17 adolescenti	0,4	4.478	1,6	18.177
18-24 giovani	1,9	42.694	3,4	78.543
25-44 giovani adulti	5,8	518.644	14,0	1.238.310
45-64 adulti	14,2	1.006.554	26,7	1.963.016
65-74 giovani anziani	16,0	426.494	29,7	967.983
75+ anziani	12,9	213.314	23,2	660.064
TOTALE	9,2	2.212.178	19,1	4.926.093

La distribuzione regionale degli individui che non si attengono alle indicazioni delle Linee Guida mostrano 10 Regioni per i maschi e 9 Regioni per le femmine al di sopra della media nazionale con un evidente trend Nord-Sud (Tabella allegata di seguito).

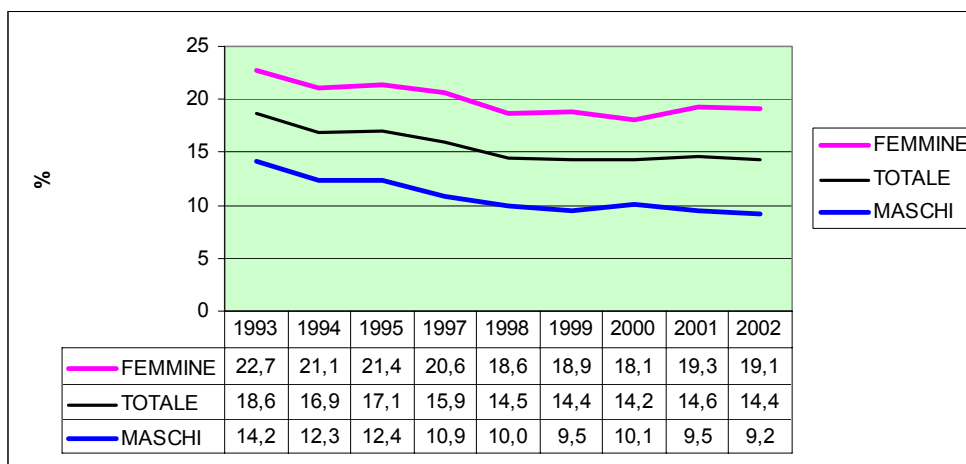
Prevalenze per sesso dei consumatori di bevande alcoliche che non si attengono alle Linee Guida per una Sana Alimentazione. Anno 2002 .

MASCHI			FEMMINE		
		%			%
1	Toscana	12,7	1	Toscana	26,8
2	Marche	12,7	2	Emilia Romagna	24,8
3	Umbria	12,6	3	Liguria	24,5
4	Molise	12,2	4	Veneto	23,3
5	Liguria	11,3	5	Marche	23,0
6	Emilia Romagna	11,2	6	Piemonte	21,9
7	Lombardia	10,1	7	Umbria	21,6
8	Puglia	9,8	8	Lombardia	21,1
9	Piemonte	9,6	9	Puglia	19,6
10	Veneto	9,5		ITALIA	19,1
	ITALIA	9,2	10	Basilicata	18,1
11	Sardegna	8,9	11	Friuli V.G.	17,9
12	Abruzzo	8,8	12	Molise	16,4
13	Campania	8,5	13	Lazio	16,3
14	Basilicata	8,0	14	Abruzzo	16,0
15	Lazio	7,7	14	Campania	15,0
16	Friuli V.G.	7,0	16	Trentino A.A.	14,6
17	Trentino A.A.	6,6	17	Calabria	12,4
18	Calabria	6,2	18	Sardegna	11,3
19	Sicilia	4,8	19	Sicilia	10,1

* Nell'anno 2002, l'ISTAT ha accorpato la rilevazione del Piemonte e della Valle d'Aosta

Fonte dei dati e anni di riferimento: Indagine multiscopo sulle famiglie ISTAT Anno 2002

L'analisi retrospettiva degli indicatori utilizzati, che ha preso in considerazione il periodo 1993-2002, mostra un trend in lenta discesa nel corso degli anni.



Relativamente ai consumatori al di sotto dell'età legale (16 anni) si osserva nel 2002 una diminuzione dei giovani che dichiarano di consumare bevande alcoliche (-3,6 %) che sono stimati nel 2002 essere pari a 723.500 circa (451.000 maschi, 272.000 femmine); il calo appare maggiormente sostenuto dalla diminuzione del numero delle teen-agers.

E' stato rilevato, relativamente alle singole età considerate (14,15 e 16 anni) un incremento isolato del numero di 14enni (+ 9.2 % rispetto ai livelli di base del 1998).

Ed è anche nella fasce più giovanili (14-17 anni e 18-24 anni) che si registrano incrementi nel numero di consumatori e consumatrici di bevande alcoliche fuori pasto come di seguito indicato:

Incremento 1998-2000 per 14-17enni: M = +20.5 % F = + 18 %
Incrementi 1998-2000 per 18-24enni: M = + 4.6 % F = + 27.6 %

Sono risultati invece in decremento i consumatori fuori pasto per tutte le altre classi di età (oltre i 18 anni di età).

Riguardo alle statistiche ufficiali (Ministero della Salute) inerenti l'impatto sanitario delle patologie alcolcorrelate nel periodo 2001-2002 si è registrato un incremento del 2,8 nei tassi di ospedalizzazione totalmente alcol-attribuibile (177,1/100.000 abitanti rispetto al 172,2/100.000 del 2001) con riscontro di dimissioni ospedaliere per patologie totalmente attribuibili all'alcol anche per la classe di età 0-14 anni, in tutte le Regioni italiane, con una media di 3,9 dimissioni per 100.000 abitanti per i giovanissimi al di sotto dei 14 anni di età e di 1,8 per 100.000 abitanti per le giovanissime.

Dalle informazioni relative alla Rilevazione 2002 dei dati di attività dei Servizi per la cura delle alcoldipendenze (Ministero della Salute) si rileva nel periodo 1996-2002 un incremento del 109 % nel numero degli alcoldipendenti di sesso maschile (dai 16.361 del 1996 ai 34.191 del 2002) e del 100 % per le alcoldipendenti (dai 5.148 ai 10.299) con un abbassamento dell'età media, registrabile in particolare per gli utenti più giovani. Contestualmente si registra un incremento nel numero dei Servizi dai 280 del 1996 ai 423 del 2002 (+51,1 %) con un incremento consistente nel periodo 2001-2002 (99 Servizi in più) a testimonianza dell'attivazione regionale nei confronti di una domanda crescente.

Riguardo la mortalità alcol-correlata e la valutazione dell'effetto della diminuzione del consumo medio pro-capite sulle cause specifiche di morte, i trend dimostrano un trend decrescente a partire dagli anni 80 costante e progressivo per le patologie croniche (cirrosi epatica, cancro dell'esofago e cardiopatia ischemica), trend meno evidente per le patologie acute (incidenti stradali e domestici, intossicazione etilica, cadute accidentali) che sembrano essere poco influenzate dalla riduzione complessiva dei consumi.

L'analisi delle recenti evidenze scientifiche internazionali mette in risalto la riduzione della mortalità per la cardiopatia ischemica a livello di popolazione conseguente al consumo di quantità limitate di alcol (tra i 10 e i 15 grammi, variabile in funzione del sesso) con vantaggi per la salute che comunque non si verificano al di sotto dei 35-45 anni di età. Anche il calcolo della mortalità evitabile e della disabilità alcol-attribuibile mette in evidenza che nell'Europa a 25 Stati Membri il carico di malattia correlato all'alcol è tra i più elevati nel mondo e pari al 6,8 % - 7,4 % in funzione delle diverse fonti disponibili.

I decessi e le disabilità alcol-attribuibili, come sopra stimati, sono calcolati al netto (e quindi già comprensivi) del vantaggio derivante dai guadagni in termini di anni di vita guadagnati riferiti alla categoria delle patologie cardiovascolari.

In termini di salute pubblica ciò significa che non appare opportuno scoraggiare la moderazione e che la popolazione va opportunamente informata sui rischi derivanti dal consumo di medesime quantità di alcol, pur moderate, che hanno da un lato ripercussioni negative su decine di patologie (60 stimate dall'OMS), dall'altro un effetto positivo in termini di riduzione del rischio cardio-coronarico (ma mai nei giovani), come peraltro ribadito nelle Linee Guida per una sana alimentazione, da quelle della Società Italiana di Alcolologia, dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS e dalla stessa OMS.

Alla luce della presente sintesi è possibile concludere che a livello di popolazione appare indispensabile una più ampia diffusione delle indicazioni che possono consentire scelte individuali informate, consapevoli e responsabili in grado di rinforzare le capacità della persona (e in particolare dei giovani, degli anziani e delle donne) di contribuire attivamente al processo individuale di salutogenesi che riconosce la centralità dell'individuo e il ruolo chiave della collettività nell'agire come risorse per il raggiungimento di stili di vita ispirati, nello specifico, alla moderazione nei consumi e alla interpretazione matura e solidale di una libertà di scelta che sappia riconoscere limiti e rischi potenzialmente evitabili.

Roma 21 aprile 2005