



RAPPORTI ISTISAN 23|3

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

**Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol
sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione
delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute
e del Piano Nazionale della Prevenzione**

Rapporto 2023

E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, A. Matone, M. Vichi,
e il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Epidemiologia e monitoraggio
alcol-correlato in Italia e nelle Regioni**

**Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol
sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione
delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute
e del Piano Nazionale della Prevenzione**

Rapporto 2023

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin,
Alice Matone, Monica Vichi e il Gruppo di Lavoro CSDA
(Centro Servizi Documentazione Alcol)

Centro Nazionale Dipendenze e Doping

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

Rapporti ISTISAN
23/3

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2023.

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Monica Vichi e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2023, viii, 91 p. Rapporti ISTISAN 23/3

Il consumo di alcol è un importante problema di salute pubblica, classificato in Europa come terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura dopo il fumo e l'ipertensione arteriosa. L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale e alle attività del "Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato - SISMA" previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 e dal recente accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "SISMA GD" (Sistema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne). L'ONA è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e WHO per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale. Il presente rapporto si riferisce al 2021, e quindi al periodo che ha fatto seguito al *lockdown* e alla pandemia da COVID-19.

Parole chiave: Alcol; Monitoraggio; Epidemiologia; Sanità pubblica

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy and in the Regions. Evaluation of the National Observatory on Alcohol on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan and of the National Prevention Plan. Report 2023.

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Monica Vichi and the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2023, viii, 91 p. Rapporti ISTISAN 23/3 (in Italian)

The alcohol consumption is an important public health problem, classified in Europe as a third risk factor for disease and premature death after smoking and arterial hypertension. The National Observatory on Alcohol (ONA) evaluates and analyses every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and in accordance with the National Statistical Plan and the activities of the "Alcohol monitoring system - SISMA" envisaged by the Decree of the President of the Council of Ministers of 3 March 2017 and the recent contract of collaboration with the Ministry of Health "SISMA GD" (Alcohol monitoring system for young people and women). The ONA is the independent technical and scientific advisory body for the Ministries, the first Minister Office, the European Commission and the WHO. This report refers to 2021, the year after the end of the lockdown and the COVID-19 pandemic.

Key words: Alcohol; Monitoring; Epidemiology; Public health

Per informazioni su questo documento scrivere a: silvia.ghirini@iss.it e claudia.gandin@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2023.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Il rapporto è stato realizzato dal Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) in collaborazione con:

Società Italiana di Alcologia (SIA)
Centro Alcologico Regionale della Toscana, Regione Toscana
Centro Alcologico Regionale della Liguria, Regione Liguria
Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali (CAT)
Eurocare Italia

Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA

Emanuele SCAFATO (*Coordinatore*)

Antonella BACOSI
Pierfrancesco BARBARIOL
Fabio CAPUTO
Marina CIANTI
Tiziana CODENOTTI
Simonetta DI CARLO
Tiziana FANUCCHI
Chiara FRAIOLI
Claudia GANDIN
Silvia GHIRINI
Laura MARTUCCI
Alice MATONE
Valentino PATUSSI
Andrea QUARTINI
Rosaria RUSSO
Riccardo SCIPIONE
Gianni TESTINO
Monica VICHI

Un contributo originale di elaborazione e analisi dei dati riportati nel rapporto è stato fornito e acquisito nella Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001 (legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati).

I dati del rapporto contribuiscono allo standard di monitoraggio formale del SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato), in ottemperanza al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 sulle sorveglianze trasferite dal Ministero della salute all'Istituto Superiore di Sanità, definito dalle passate azioni centrali del Ministero della Salute attraverso il progetto SIAS-SISTIMAL "International Sistema e Azione di Supporto a SISTIMAL: Sistema di indicatori per il monitoraggio dell'impatto alcol-correlato in relazione alla partecipazione al monitoraggio in ambito internazionale"(Accordo di collaborazione ISS – Ministero Salute, CCM - Azione Centrale) realizzato con il supporto tecnico e finanziario del Ministero della Salute –Direzione Generale della prevenzione sanitaria.

I dati contribuiscono al Piano Statistico Nazionale come statistica formale derivata SDE (Codice PSN: ISS-00034) "Monitoraggio dell'Impatto del consumo di Alcol sulla salute in Italia in supporto all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute".

INDICE

Prefazione	vi
-------------------------	----

PARTE 1

Attività di monitoraggio dell'ONA-ISS

Politiche sull'alcol in Europa	3
Consumo medio pro capite	3
Consumo di alcol negli ultimi 12 mesi	5
Consumo dannoso di alcol	6
Consumi nella popolazione italiana generale	7
Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi	7
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici	10
Comportamenti a rischio.....	12
Consumatori abituali eccedentari.....	13
Consumatori fuori pasto.....	15
Consumatori binge drinking	16
Consumatori a rischio (criterio ISS)	18
Consumatori giornalieri	20
Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol.....	21
Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni	23
Italia nord-occidentale	23
Piemonte.....	26
Valle d'Aosta.....	26
Lombardia	26
Liguria	27
Italia nord-orientale.....	27
Provincia Autonoma di Bolzano	27
Provincia Autonoma di Trento	28
Veneto	28
Friuli Venezia Giulia.....	28
Emilia-Romagna.....	29
Italia centrale	29
Toscana	29
Umbria.....	30
Marche.....	30
Lazio.....	30
Italia meridionale.....	30
Abruzzo	31
Molise.....	31
Campania.....	31
Puglia.....	32
Basilicata	32
Calabria	32
Italia insulare	33
Sicilia.....	33
Sardegna.....	33

Consumo di alcol per target di popolazione	34
Consumo di alcol tra i giovani	34
Consumatori di 11-17 anni	35
Consumatori di 18-20 anni	36
Consumatori di 21-25 anni	37
Consumo di alcol tra gli anziani	38
Consumatori giovani anziani (65-74 anni)	40
Consumatori anziani (75-84 anni)	40
Consumatori grandi anziani (≥ 85 anni)	41
Consumo di alcol tra le donne	42
Consumatrici minorenni (età 11-17 anni)	43
Consumatrici adulte (età 18-49 anni)	44
Consumatrici adulte (età 50-69 anni)	44
Consumatrici anziane (età ≥70 anni)	45

PARTE 2

Altre attività dell'ONA-ISS

Progetto europeo FAR-SEAS sui danni del consumo di alcol in gravidanza	49
Donna, alcol e gravidanza	49
Workshop conclusivo del progetto	51
<i>Take home message</i> del workshop	52
Seconda Conferenza Nazionale Alcol 2022 e il Libro Bianco sull'alcol	55
Attività europee e internazionali su prevenzione e politiche alcoliche	58
Contributo al <i>WHO Global alcohol action plan 2022-2030</i>	58
Collaborazione e consulenza con la <i>Less Alcohol Unit</i> della WHO	59
Organizzazione del webinar mondiale della WHO su bevande zero alcol e a bassa gradazione alcolica	65
Diffusione e aggiornamento periodico di documenti e partecipazione a eventi della WHO	66
Monitoraggio internazionale ed europeo	68
<i>Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours</i> della WHO	68
Progetti con la Commissione Europea	69
Settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati 2022	69
Progetto internazionale WHO per lo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici su <i>gaming</i> e <i>gambling</i>	70
Partecipazione a altri network internazionali	71

Implicazioni di salute pubblica per una <i>road map</i> di riduzione dell'impatto dell'alcol sulla salute in Italia	73
--	----

Bibliografia	85
---------------------------	----

PREFAZIONE

Analizzare nel 2023 l'impatto dell'alcol a livello di popolazione italiana è un esercizio la cui complessità ha raggiunto livelli estremamente rilevanti tanto per la dimensione del fenomeno nei target più vulnerabili della società, quanto per un esacerbato scontro culturale che vede contrapposti interessi economici e doverose politiche di tutela della salute che nell'era post-COVID-19 sono impegnate in un *day after* richiedente interventi di sostegno tanto relativamente al mercato quanto alla prevenzione, faticando a trovare un equilibrio in grado di render maggiormente compatibile un approccio capace di ricomprendere le differenti esigenze e fare sintesi delle opportunità proposte per rinnovate e più efficienti *alcohol policies*.

L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) partecipa formalmente ai processi europei e internazionali e aggiorna con regolarità la comunità scientifica e sanitaria nel merito dello stato di avanzamento dei provvedimenti che sono resi via, via disponibili, anche attraverso una comunicazione istituzionale di contrasto alle *fake news* al fine di poter garantire un allineamento e un coordinamento delle politiche di prevenzione e di salute pubblica sull'alcol come principale fattore di rischio per la salute. La trasversalità delle implicazioni che il rischio e il danno alcol-correlato esercitano sull'individuo e sulla società, la riduzione del consumo di alcol, di quello dannoso e il relativo carico di malattie, disabilità e mortalità sono alcune delle maggiori sfide sanitarie, economiche e sociali già affrontate e da affrontare meglio in Italia, in Europa e nel mondo.

A livello globale, la Regione europea ha il più alto livello di consumo *pro capite* di alcol, pari a circa il doppio della media mondiale e con la più alta percentuale di bevitori. Ogni anno 1 decesso su 10 nella cornice della dimensione europea è causato dall'alcol, per un totale di quasi 1 milione di morti evitabili, 3 milioni nel mondo, con molti di questi decessi tra i giovani per i quali rappresenta la prima causa di mortalità prematura, disabilità e malattia di lunga durata a partire dalla più tenera età se si considera, oltre all'incidentalità stradale causata dall'alcol alla guida, anche la sindrome fetoalcolica.

L'alcol è un riconosciuto fattore causale di oltre 200 malattie, molecola tossica e sicuramente cancerogena per l'uomo – gruppo 1 secondo la IARC (*International Agency for Research on Cancer*) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization, WHO*) –; il consumo, anche moderato, di qualunque bevanda alcolica è causalmente collegato ad un incrementato rischio di sette tipi di cancro con particolare vulnerabilità per il sesso femminile.

Come verificato per il COVID-19, i danni causati dall'alcol esacerbano le disuguaglianze sanitarie esistenti; a parità di consumo di alcol l'impatto più dannoso sulla salute viene registrato tra gli individui più indigenti e le loro famiglie, rispetto ai bevitori più ricchi, e ciò anche in funzione di una sostanziale differenza che non è esclusivamente culturale, ma anche legata alla capacità economica di poter far fronte alla cura della persona tramite il ricorso alla sanità privata attraverso una sempre più crescente incidenza dell'*out-of-pocket* individuale e familiare.

I danni causati dal consumo di alcol, uso non abuso, risultano ovunque, in Italia, in Europa, nel mondo, causa rilevante di costi sociali e sanitari oltre che di pressione per i sistemi e le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) già in forte affanno per l'impatto che ha esacerbato la crisi conseguente al COVID-19. Oltre sette milioni di consumatori a rischio in Italia richiedono oggi intercettazione precoce e intervento motivazionale rivolto al rientro dei consumi a maggior rischio, eccedentari su base quotidiana o d'intossicazione occasionale, entro le linee guida nazionali che hanno il compito di accompagnare chi sceglie di consumare, anche moderatamente alcolici, in una cornice di più basso rischio che suggerisce ai giovani di non consumare alcolici, alla donna e all'ultrasessantacinquenne di non superare mai il bicchiere al

giorno, e al maschio adulto e sano di contenersi entro i due bicchieri. Indicazioni, non raccomandazioni, perché l'alcol, che si tratti di vino o birra o superalcolici, non può essere oggetto di raccomandazioni, né può essere usato/raccomandato per la prevenzione o esaltato, come da sentenza dell'Alta Corte di Giustizia dell'Unione Europea, per proprietà salutistiche insussistenti, perché al netto di tutte le evidenze dei modesti vantaggi nell'incidenza di cardiopatia ischemica o diabete, anche quantità moderate sono responsabili di incrementato rischio per il cancro e altre centinaia di condizioni patologiche evitabili e di sicuro pregiudizio alla salute.

Le persone con disturbi da consumo di alcol, non necessariamente alcolodipendenti, ma con livelli di consumo dannosi per l'organismo (oltre i 60 g di alcol al giorno per il sesso maschile, oltre 40 g per il sesso femminile), hanno sperimentato in fase pandemica e continuano a sperimentare lo stigma di una condizione di marginalità/esclusione dal sistema di diagnosi e cura legata alla sostanziale incapacità d'intercettazione da parte delle strutture e degli operatori e professionisti dell'SSN che hanno in carico solo il 7% circa di tutti coloro (circa settecentocinquantamila consumatori dannosi ogni anno). Questi ultimi, avrebbero il diritto e la necessità di accesso a un trattamento idoneo a garantire un recupero ad una vita lavorativa, sociale, familiare non pregiudicata dalle conseguenze delle abitudini di consumo alcolico, che vedono una vasta e sostanziale normalizzazione nella società in funzione di una cultura fortemente influenzata ai giorni nostri, secondo la WHO, da una vastissima disinformazione diffusa attraverso i media e i *social* da alcuni settori della produzione di alcolici, attraverso la promozione delle bevande alcoliche, l'aumento della disponibilità delle bevande alcoliche, la riduzione dei prezzi, il marketing digitale e tradizionale, la sponsorizzazione di eventi musicali, sportivi, culturali anche giovanili, il *product-placement* nelle *fiction* e la scarsa azione di prevenzione da parte del settore di salute pubblica che negli ultimi anni ha subito, secondo la WHO e le Nazioni Unite, una pesante interferenza da parte dell'industria, che ha ostacolato il raggiungimento degli Obiettivi specifici di sviluppo e di salute sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG) dell'Agenda 2030.

Al fine di accelerare l'implementazione di politiche e azioni sull'alcol, in coerenza con l'impegno espresso da ogni Stato Membro nel corso dell'adozione della strategia mondiale sull'alcol, la WHO ha aggiornato la solida base di evidenze scientifiche a sostegno di selezionate misure vantaggiose da adottare per ridurre il consumo di alcol e i danni; un'ampia gamma di strumenti potenti, già previsti nella precedente strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol (2010) e nel Piano d'azione europeo contro il consumo dannoso di alcol 2012–2020, risultati purtroppo sottoutilizzati nel corso del trascorso decennio.

Anni di consultazioni e di ricerca hanno consentito il rinnovamento e l'integrazione di elementi utili per l'aggiornamento e la ridefinizione di nuove aree prioritarie, azioni, interventi che, nati nel 2022, anno dello svolgimento della II Conferenza Nazionale Alcol, organizzata a Roma dal Ministero della Salute, richiedono integrazioni in rinnovate programmazioni sanitarie e di salute esigendo l'aggiornamento del Piano Nazionale di Prevenzione e dei piani regionali da ispirare agli obiettivi tracciati e non ancora ricompresi negli obiettivi di salute correnti.

L'ultima analisi economica intrapresa dalla WHO, sotto gli auspici delle Nazioni Unite, ha rivalorizzato gli alti ritorni degli investimenti in salute e prevenzione nel merito dei cosiddetti *best buys*, i migliori acquisti, quelli connotati da una congrua valutazione di efficacia degli interventi nel controllo dell'alcol, quelli caratterizzati dal più elevato rapporto costo-beneficio e prodotto uno strumento di gestione denominato "SAFER" mirato alle principali priorità di prevenzione alcol-correlata.

La situazione europea verificata nel 2022 ha determinato l'esigenza urgente di ricorrere a consultazioni pubbliche con gli Stati Membri aderenti alla WHO, includendo anche le organizzazioni della società civile. In queste consultazioni, gli Stati Membri hanno riferito che gli ostacoli all'attuazione delle politiche più efficaci e ad alto impatto in termini di costi, includevano un'opposizione significativa e sostenuta da parte degli operatori economici nella produzione e nel

commercio di alcolici. Un evento collaterale alla 71^a sessione del Comitato regionale per l'Europa della WHO (EUR/RC71/SE/2) ha chiarito la necessità di un'azione concertata e di un maggiore impegno politico da parte degli Stati Membri, insieme a un maggiore impegno delle Organizzazioni Non Governative orientate alla salute pubblica (ONG), associazioni professionali e gruppi della società civile, per garantire un'efficace protezione delle popolazioni dai danni dell'alcol.

È nata così l'esigenza di poter disporre di nuove strategie europee che hanno riposto nello *European Framework for action on alcohol*, il quadro d'azione europea sull'alcol 2022-2025, le più aggiornate ed efficaci iniziative di prevenzione, che mira, anche attraverso la strategia internazionale di lotta alle malattie croniche, alla realizzazione di contesti più salutarci per una Regione europea con migliori risultati sanitari e sociali per gli individui, le famiglie e le comunità e con una significativa riduzione della morbilità e della mortalità dovute al consumo di alcol e alle conseguenti conseguenze sociali. L'ambizione strategica a lungo termine è la realizzazione di una Regione europea più sicura (SAFER), libera dai danni causati dall'alcol. Questa visione è allineata e contribuirà all'attuazione del piano d'azione globale (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, che l'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2022 ha adottato con un consenso raggiunto negli obiettivi strategici a partire da principi condivisi che mirano a:

- realizzare strategie di genere e impegnarsi a ridurre le disuguaglianze sanitarie;
- definire le priorità degli interessi di salute pubblica, basate sull'evidenza, senza interferenze da parte degli operatori economici della produzione e del commercio di alcolici;
- proteggere i minori nell'ambito del diritto alla salute dei minori come definito nella Convenzione sui diritti dell'infanzia delle Nazioni Unite; e
- non lasciare indietro nessuno, in linea con i principi guida del Programma di lavoro europeo 2020-2025 – “Un'azione unitaria per una salute migliore in Europa” (*European Programme of Work, EPW*) – e sostenere gli obiettivi di sviluppo sostenibile.

Il quadro d'azione europea sull'alcol 2022–2025 si basa sulle più recenti analisi di valutazione dei danni attribuibili all'alcol e sulle migliori evidenze scientifiche per ridurre tali danni; riflette in maniera esaustiva il contesto in cui si trovano gli Stati Membri, compresa la gestione degli impatti della pandemia di COVID-19, e mette in evidenza le aree d'azione prioritarie su cui intervenire in continuità con l'attuazione del programma di lavoro europeo 2020-2025, mirando al raggiungimento dell'obiettivo di una riduzione relativa del 10% del consumo *pro capite* di alcol entro il 2025 (da una linea di base del 2010), della frequenza dei consumatori dannosi e al raggiungimento degli obiettivi 3.4 e 3.5 degli SDG.

Queste azioni prioritarie, che apriranno anche la strada all'attuazione del piano d'azione globale (2022-2030) per implementare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, non potranno non trovare riflesso nelle politiche e nelle programmazioni di prevenzione e di salute pubblica nazionale e regionali, nelle strategie di comunicazione e in quelle di valorizzazione dell'autorevolezza dell'evidenza scientifica al servizio della persona e della collettività.

La sfida immediata per l'Italia è di riaggiornare il Piano Nazionale di Prevenzione ora mancante di una serie di azioni e d'interventi basati su evidenze aggiornate e individuate come sicuramente efficaci, progettare, un nuovo Piano Alcol e Salute da approvare di concerto con la Conferenza Stato-Regioni, finalizzato a promuovere in maniera coordinata in Italia e in tutte le Regioni le attività di prevenzione e presa in carico dei problemi alcol-correlati, contestualizzando le indicazioni contenute nel Libro Bianco sull'Alcol “Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana” pubblicato dal Ministero della Salute, valorizzando la consulenza tecnico-scientifica derivante dal mondo della ricerca di settore di cui l'ONA-ISS mantiene, in coordinamento con il Ministero della Salute, anche a livello europeo e

internazionale, un ruolo di riconosciuta leadership di cui giovarsi per contribuire al raggiungimento degli SDG che impegnano l'Italia a ridurre entro due anni del 10% i consumi dannosi di alcol e contribuire alla riduzione dell'impatto dell'alcol sulla mortalità e sulla morbilità nella popolazione. Tutti hanno un ruolo da giocare per rendere più sostenibile la salute, più tangibile l'investimento in un benessere derivante da contesti in cui l'alcol non giunga a rappresentare un costo insostenibile per la società.

Prof. Emanuele SCAFATO

*Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol
Vice Presidente EUFAS
Federazione Europea delle Società Scientifiche sulle Dipendenze
già Presidente SIA, Società Italiana di Alcologia*

PARTE 1
Attività di monitoraggio dell'ONA-ISS

POLITICHE SULL'ALCOL IN EUROPA

I modelli di consumo di bevande alcoliche tra i diversi Paesi sono influenzati da tendenze tradizionali nel consumo di uno o più alcolici, dalla disponibilità delle bevande alcoliche, dalla cultura del bere, dallo stato economico, dall'alfabetizzazione e il grado di istruzione oltre che dalle modalità e le norme di promozione, commercializzazione e controllo delle bevande alcoliche, che dall'effettiva implementazione delle politiche alcolologiche nei singoli Paesi.

Il consumo eccessivo di alcol a livello globale è responsabile di circa 3 milioni di morti (pari al 5,3% di tutti i decessi), più dell'ipertensione e del diabete messi insieme. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization*, WHO) stima inoltre che il 5,1% del carico globale di malattie e lesioni, equivalente a 132,6 milioni di anni di vita aggiustati per la disabilità (*Disability-Adjusted Life Year*, DALY), è stato causato dal consumo di alcol (1). Nel 2020 circa il 4% dei tumori registrati nel mondo è stato causato dal consumo di alcol, pari a oltre 740.000 casi con un impatto diverso a seconda del livello di assunzione dell'alcol ma anche un consumo moderato di alcol, equivalente a una o due bevande alcoliche al giorno, è associato ad un rischio di insorgenza di tumore stimato nel 2020 ad oltre 100.000 casi di cancro (2). Un recente studio ha mostrato come la prevalenza del consumo di alcol e dei Disturbi da Uso di Alcol (DUA) varino tra i diversi Paesi, le Regioni della WHO e tra i Paesi a basso, medio e alto reddito e come le differenze risultano più consistenti se si considerano i soli consumatori degli ultimi 12 mesi (3). Nel 2016, la WHO ha stimato che il 29% dei decessi correlati all'alcol è avvenuto per malattie oncologiche, il 20% per cirrosi epatica, il 19% per malattie cardiovascolari e il 18% per incidenti e che, nello stesso anno, sono stati 7,6 milioni di anni in totale, perso prematuramente a causa del consumo di alcol (4, 5).

Il consumo di alcol incide su 13 dei 17 Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG), inseriti nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, un programma d'azione per le persone, il pianeta e la prosperità sottoscritto nel settembre 2015 dai governi dei 193 Paesi membri dell'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) (6-8); l'alcol incide infatti su una serie di indicatori relativi alla salute, come la salute dei bambini, le malattie infettive e gli incidenti stradali, nonché una gamma molto più ampia di indicatori relativi agli aspetti dello sviluppo economico e sociale, dell'ambiente e dell'uguaglianza tra le persone. L'inclusione negli SDG dell'obiettivo 3.5 specifico sull'uso dannoso di alcol: "rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol" ha sottolineato il ruolo chiave della prevenzione dei danni da alcol nell'agenda di sviluppo globale. Per il monitoraggio del raggiungimento di questo obiettivo sono stati identificati dalla WHO tre indicatori specifici: Il consumo medio *pro capite* di alcol (9, 10), il consumo di alcol negli ultimi 12 mesi (11) e il consumo dannoso di alcol (12).

Consumo medio pro capite

A livello nazionale, la necessità di un sistema formalizzato di monitoraggio dei consumi e delle patologie alcol-correlate si è consolidata a partire dall'approvazione della Legge 125/2001, "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" che richiamava la necessità di provvedere annualmente alla produzione di una relazione annuale del Ministro della Salute sullo stato di avanzamento delle attività previste dalla stessa Legge per il contrasto al fenomeno dell'alcoldipendenza in Italia. Numerose leggi e piani di indirizzo (Legge 125/2001, Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS, Piani Nazionali Prevenzione-PNP) nel corso degli anni hanno

sottolineato l'esigenza centrale di flussi informativi specifici particolarmente sentita da tutte le Regioni e Provincie Autonome (PA) italiane (13-17).

A livello europeo, negli ultimi dieci anni, numerose sono state le iniziative sull'alcol quali la "EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harms" (18) e la "WHO European Alcohol Action Plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020" (19), supportate a livello globale dalla "Global strategy to reduce the harmful use of alcohol" (20) e dalla "Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Disease 2008-2013" (21). Tali iniziative, alle quali l'Italia ha aderito nell'ambito di numerose attività progettuali europee, hanno ripetutamente sottolineato e rafforzato nel tempo, l'importanza di sviluppare e sostenere un sistema locale di monitoraggio alcol-correlato in grado di garantire da un lato, una valutazione dell'impatto socio-sanitario del consumo di alcol nella popolazione, dall'altro, di fornire informazioni puntuali sullo stato di avanzamento delle iniziative di contrasto adottate ed eventualmente riadattate sulla base di bisogni socio-sanitari emergenti,

L'indicatore attualmente utilizzato a livello europeo e internazionale per monitorare il consumo dannoso di alcol è il consumo nazionale di Alcol Pro Capite (APC) negli adulti di età superiore a 15 anni, espresso in litri di alcol puro (22). L'APC è un indicatore fortemente correlato con il consumo dannoso di alcol e la possibilità di avere dati disponibili per quasi tutti i Paesi su base annuale hanno permesso di considerarlo il miglior indicatore disponibile per il monitoraggio del Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 e per il monitoraggio degli Obiettivi di sviluppo sostenibile.

Nei Paesi della Unione Europea (UE), tra il 1970 e la fine degli anni '90 a fronte di un iniziale incremento annuo dell'APC si è osservata una prolungata diminuzione (che in Italia si è rivelata più costante e cospicua), seguita nuovamente da un lieve aumento (Figura 1).

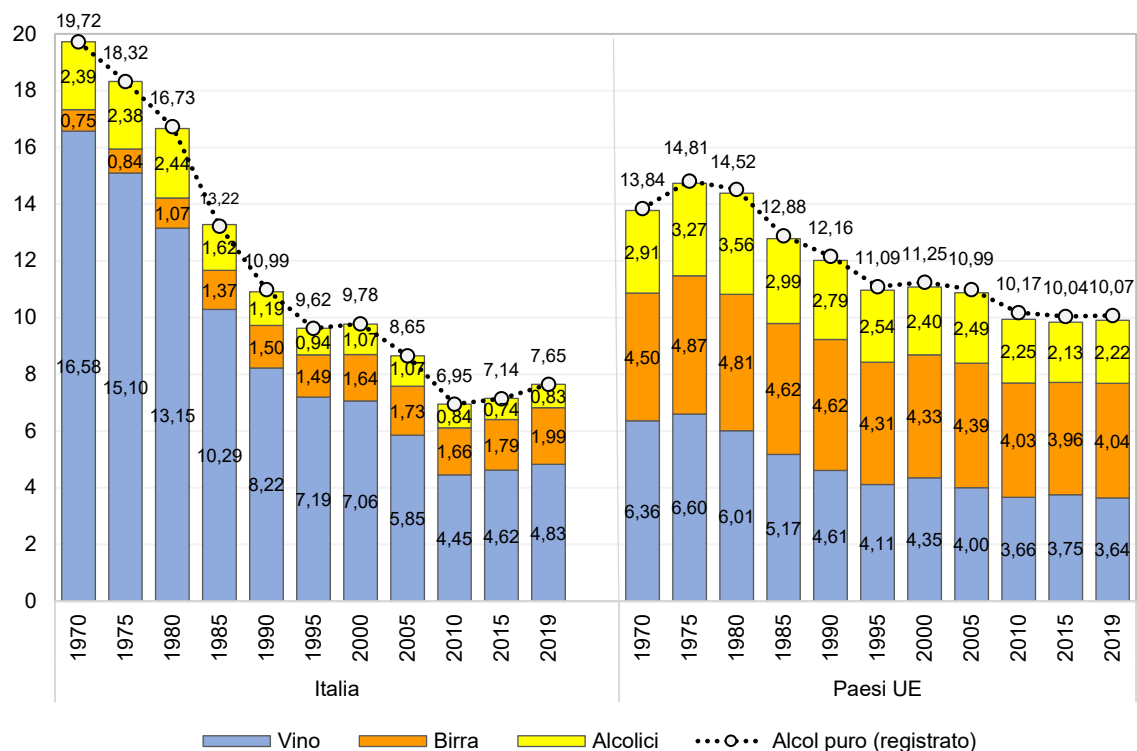


Figura 1. Consumo di alcol puro pro capite (APC) negli adulti di età superiore a 15 anni per tipologia di bevanda in Italia e nei Paesi europei (anni 1970, 1980, 1990, 2000, 2010, 2018, 2019).
Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati WHO

Tra il 2000 e il 2019, l'APC a livello europeo è diminuito costantemente mentre in Italia, a fronte di una diminuzione rilevata tra il 2002 e il 2010 il dato ha subito delle oscillazioni raggiungendo nel 2019 il valore di 7,65 litri *pro capite*. Il consumo di APC per tipologia di bevanda mostra che in Italia, contrariamente a quanto osservato mediamente nei Paesi UE, la quota prevalente dei litri di alcol puro è attribuibile al consumo di vino, seguito dalla birra e in ultimo da liquori con andamenti nel tempo sostanzialmente differenti. Il consumo medio *pro capite* di vino è diminuito passando da 16,58 nel 1970 a 4,45 nel 2010 ma nel corso degli ultimi anni il valore è nuovamente aumentato (4,83 nel 2019); l'andamento del consumo medio *pro capite* di birra ha avuto un andamento molto diverso rispetto a quello del vino e tra il 1970 e il 2019 si è assistito ad una costante crescita (0,75 nel 1970 vs. 1,99 nel 2019). Il consumo medio degli altri alcolici (superalcolici, amari, cocktail, ecc.) è infine diminuito (0,94 nel 1995), subendo successivamente delle oscillazioni e attestandosi nel 2019 a 0,83 litri.

Consumo di alcol negli ultimi 12 mesi

I dati dell'indagine europea sulla salute *European Health Interview Survey* (EHIS) dell'Eurostat (23), condotta in tutti gli Stati Membri dell'UE nel periodo 2018-2020 rileva i consumi di alcol nei Paesi dell'UE nella popolazione di età pari o superiore a 15 anni che vive in nuclei familiari residenti nel territorio nazionale e permette di confrontare quindi le abitudini di consumo dei diversi Stati Membri. I dati raccolti riguardano non solo le bevande alcoliche come ad esempio birra, vino, liquori, cocktail, ma anche gli alcolici fatti in casa. L'analisi condotta sui dati della 3ª raccolta dell'indagine EHIS mostrano che nel 2019, l'8,4% della popolazione UE di età pari o superiore a 15 anni ha dichiarato di bere alcolici ogni giorno, rispetto al 28,8% dei consumatori settimanali di alcol e al 22,8% dei consumatori mensili di alcol (Figura 2).

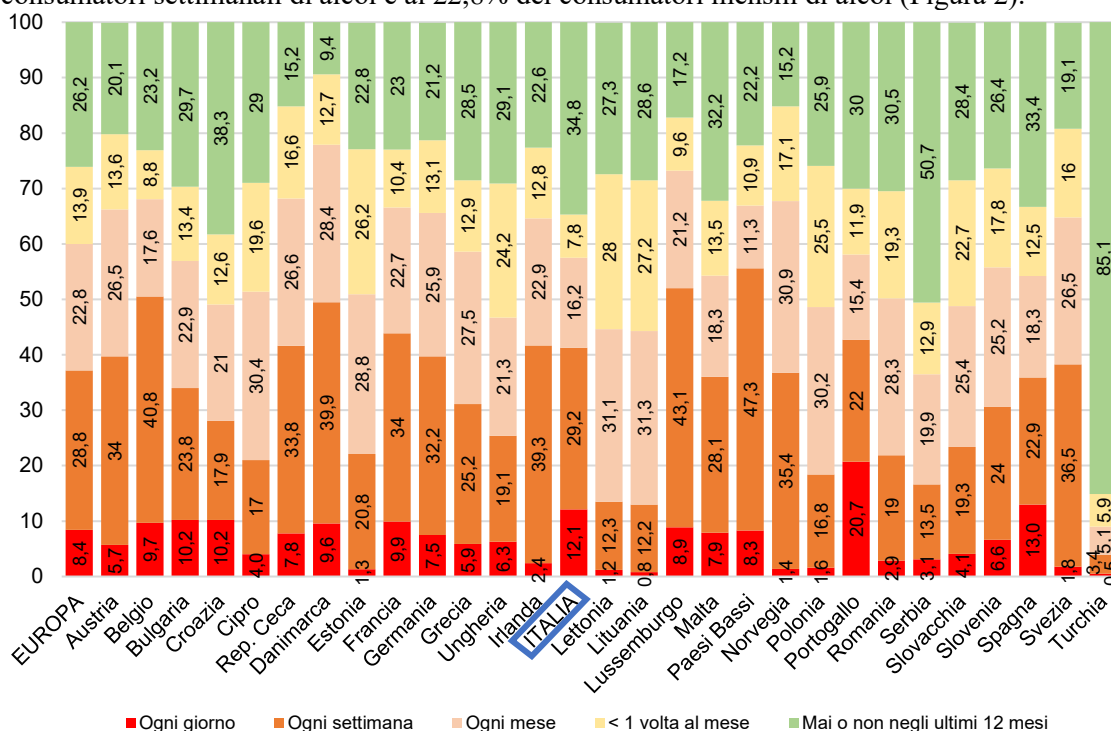


Figura 2. Distribuzione (%) delle persone di età pari o superiore a 15 anni in base alla frequenza del consumo di alcol, 2019. Elaborazione ONA-ISS su dati Eurostat

Al contrario, poco più di un quarto degli europei (26,2%) non ha consumato alcolici nei dodici mesi precedenti l'indagine o non ha mai bevuto alcolici di alcun tipo. In Italia e Spagna si rileva una quota di soggetti con consumo quotidiano che ha superato il 12% della popolazione di riferimento, preceduta in Europa solo dal Portogallo (20,7%). All'estremo opposto, in Lituania, Lettonia, Estonia, Polonia, Svezia, Irlanda, Romania, Norvegia e Turchia, la percentuale della popolazione che beve alcolici su base giornaliera era meno del 3%. Le percentuali più alte di persone che non consumano bevande alcoliche si registrano in Croazia (38,3%) e Italia (34,8%), mentre le quote più basse in Danimarca (9,4%), Repubblica Ceca (15,2%) e Lussemburgo (17,2%); la percentuale più alta di persone che non consumano alcolici è stata riscontrata in Turchia (85,1%) (24).

Consumo dannoso di alcol

La prevalenza di DUA negli ultimi 12 mesi varia in base alla regione della WHO, con valori più elevati nella Regione europea (66,2 milioni di persone di età superiore ai 15 anni, che rappresentano l'8,8% della popolazione di quella fascia di età) e nella regione delle Americhe (63,3 milioni, che rappresentano l'8,2% della popolazione di età pari o superiore a 15 anni); al contrario, la prevalenza di DUA è la più bassa nella regione del Mediterraneo orientale (3,4 milioni, che rappresenta lo 0,8% della popolazione di età pari o superiore a 15 anni) (9, 11, 12).

Tra i Paesi europei, la prevalenza di DUA negli ultimi 12 mesi è superiore tra gli uomini rispetto le donne. Per i primi, il dato è massimo in Ungheria e superiore al 20% in Estonia, Lettonia, Polonia, Slovacchia e Slovenia; per le donne i valori più elevati si registrano in Svezia, Ungheria e Austria. L'Italia presenta invece una prevalenza di DUA tra le più basse sia per gli uomini (1,7%) che per le donne (1,0%) insieme a Spagna, Paesi Bassi e Romania (Figura 3).

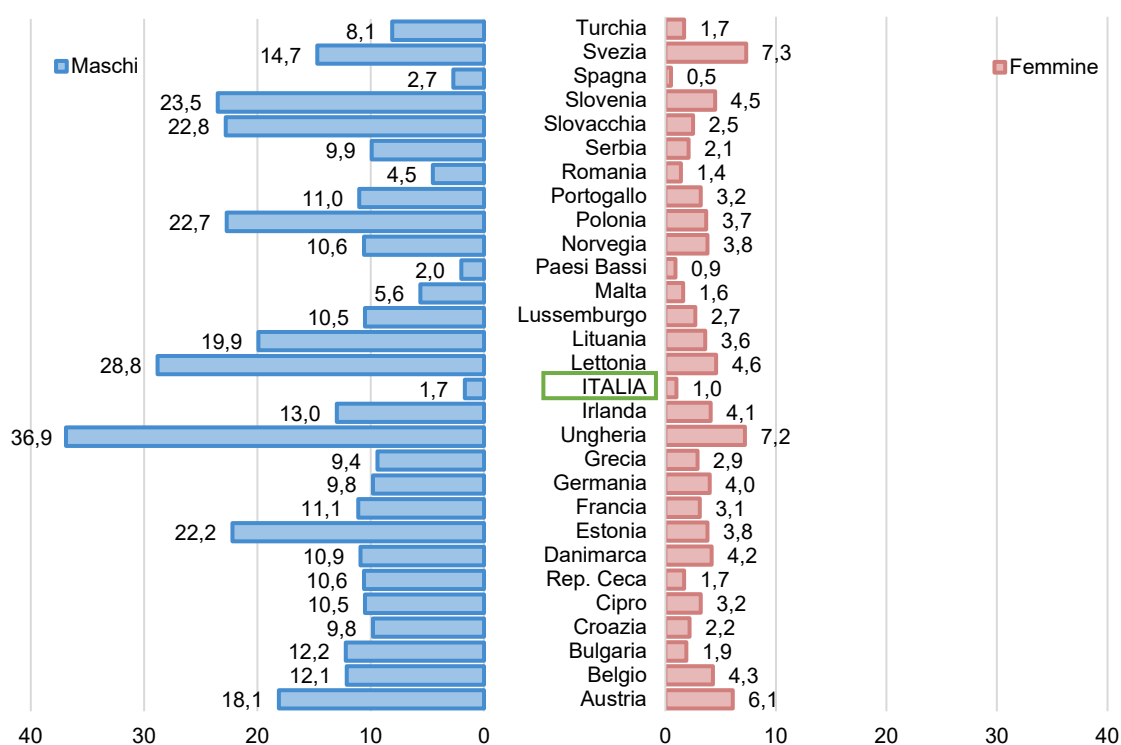


Figura 3. Prevalenza (%) DUA in soggetti di età pari o superiore a 15 anni, 2016
Elaborazione ONA-ISS su dati *Global Health Observatory- WHO*

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) ha analizzato i dati relativi all'anno 2021 dell'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana” condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) come previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA (SISTema di Monitoraggio Alcol-correlato) previste dal DPCM del 3 marzo 2017 (25) e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022 (26) e dall'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute “SISMA GD (SISTema di Monitoraggio Alcol) tra i Giovani e le Donne”. L'ONA si è avvalso delle competenze e delle metodologie riconosciute a livello europeo e internazionale, e ha fornito anche per l'anno 2021 il quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di sanità pubblica.

Le analisi condotte dall'ONA integrano le tavole di dati sul consumo di alcol in Italia prodotte dall'ISTAT (27) relative all'anno 2021, al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione e alla salvaguardia della salute dei cittadini, oltre che alla stesura della relazione al parlamento prevista ai sensi della Legge 125 del 30 marzo 2001 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati” (13).

I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”. L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. I dati presentati si riferiscono alle abitudini di consumo rilevate nella popolazione italiana e regionale nell'anno successivo all'epidemia da Coronavirus e sono state pertanto valutate le variazioni sia rispetto all'anno della pandemia, sia rispetto all'anno precedente al fine di valutare correttamente l'evoluzione dello scenario epidemiologico nel corso del 2021.

Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi

L'indicatore relativo alla prevalenza di astemi nella popolazione è da anni inserito tra gli indicatori del *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH) (28); esso è un indicatore fondamentale della WHO per valutare e monitorare la situazione sanitaria e gli andamenti relativi al consumo di alcol, ai danni correlati all'alcol e alle risposte politiche nei diversi Stati. In Italia, attraverso i dati raccolti con l'“Indagine multiscopo delle famiglie-Aspetti della vita quotidiana” dell'ISTAT (<https://www.istat.it/it/archivio/217037>), è possibile stimare ogni anno sia la prevalenza degli astemi, ossia coloro che non hanno mai consumato bevande alcoliche nel corso della loro vita, sia quella degli astinenti, ossia coloro che nel corso degli ultimi dodici mesi non hanno consumato bevande alcoliche, pur avendone consumate prima.

La prevalenza degli astemi è stata pari al 18,8% tra gli uomini e 37,5% tra le donne e non si registrano variazioni significative ne rispetto alla precedente rilevazione, ne rispetto all'anno 2019; analizzando quindi l'andamento dell'indicatore nel corso degli ultimi 10 anni si conferma il trend in crescita riscontrato per gli uomini e delle oscillazioni per le donne (Figura 4). L'analisi per classi di età mostra, per entrambi i sessi, un andamento simile con valori più elevati tra i giovani (M=76,8%; F=79,3%), seguiti dagli anziani (M=13,8%; F=41,6%) e dai 18-64enni (M=13,9%; F=31,2).

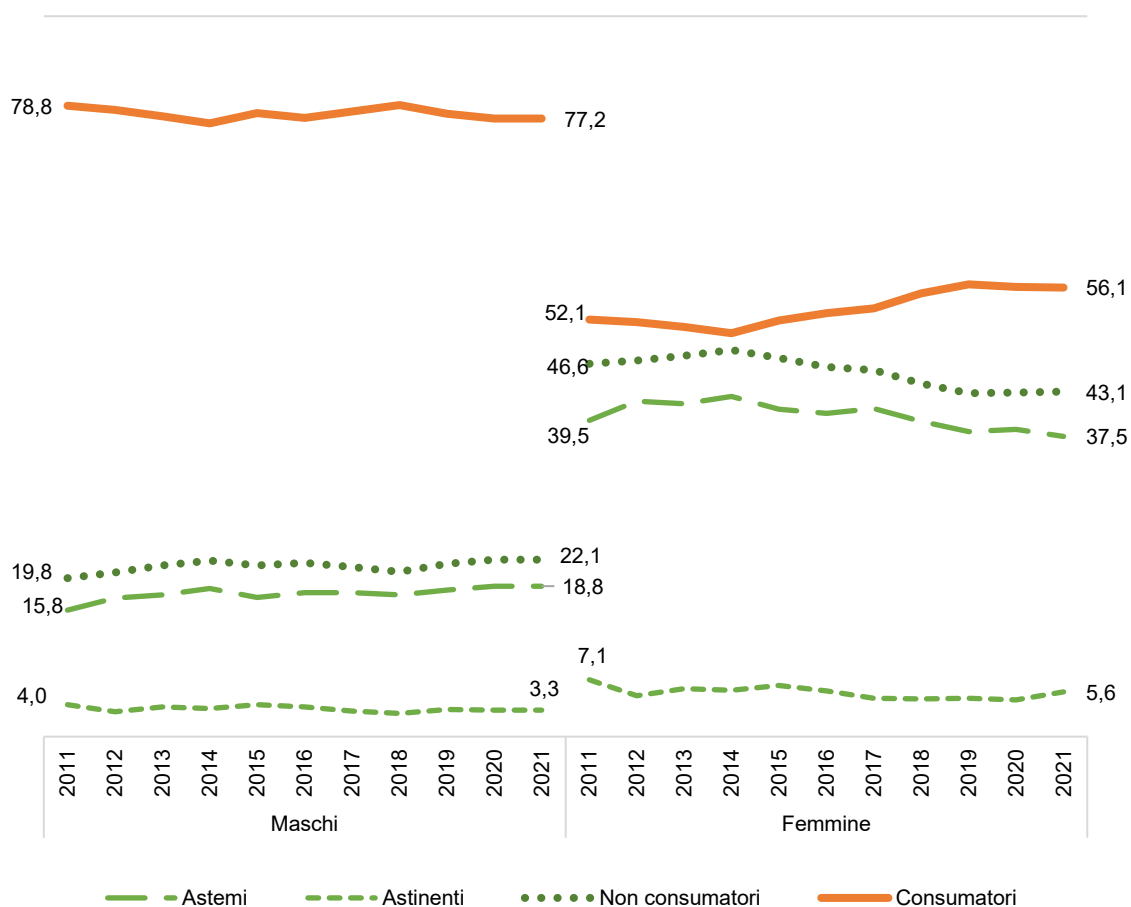


Figura 4. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per genere (anni 2011-2021)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Nella popolazione adulta e anziana la prevalenza delle donne si conferma più elevata rispetto a quella degli uomini (Figura 5).

La prevalenza degli astinenti nel 2021 è stata del 3,3% tra gli uomini e del 5,6% tra le donne, e non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione; rispetto al 2011 la prevalenza delle astinenti è diminuita per le donne del 21,1% e del 17,5% tra gli uomini (vedi Figura 4).

L'analisi per classi di età mostra che nel 2021 la prevalenza è stata più elevata tra le donne nella classe di età adulta e anziana, mentre la differenza registrata in età adolescenziale non risulta statisticamente significativa. Rispetto alla precedente rilevazione non si osservano variazioni significative tra gli uomini mentre tra le donne si rileva un incremento significativo delle astinenti sia rispetto alla precedente rilevazione che rispetto al 2019 (Figura 5).

Nel 2021 si stima che le persone che non hanno consumato bevande alcoliche (astemi + astinenti) sono state il 22,1% degli uomini e il 43,1% delle donne (vedi Figura 4), pari a quasi 18 milioni di persone e, complessivamente, rispetto agli ultimi anni non si rilevano variazioni statisticamente significative né tra gli uomini né tra le donne.

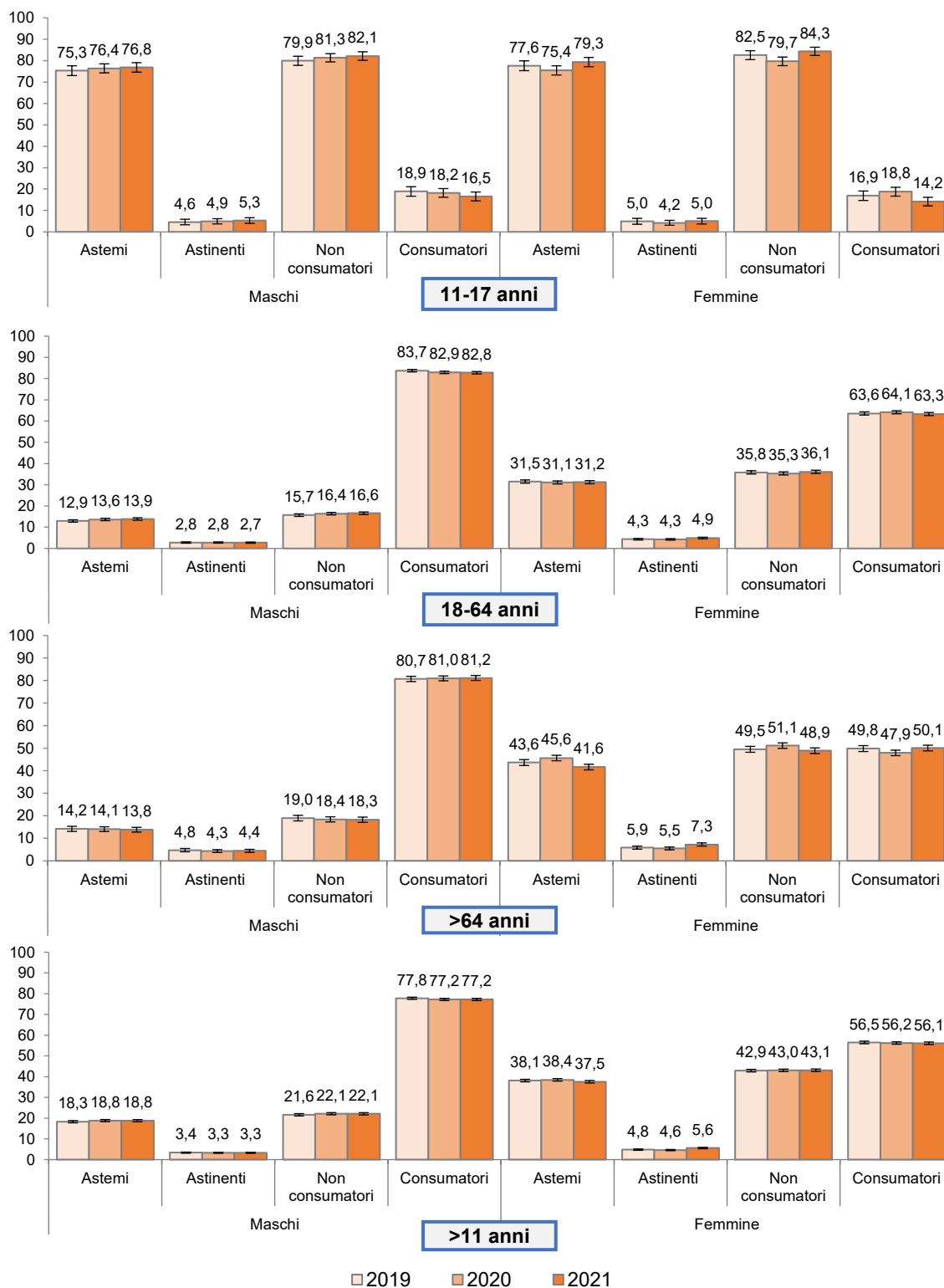


Figura 5. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per genere (2019-2021)

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Infine, nel corso del 2021, i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 66,4% degli italiani sopra gli 11 anni, ovvero circa 36 milioni di persone. La prevalenza maggiore si registra, come sempre, tra gli uomini, di cui è consumatore il 77,2% rispetto al 56,1% delle donne. Rispetto ai due anni precedenti, le prevalenze sono rimaste pressoché invariate (vedi Figura 4) (29).

Per ogni classe di età, i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati più elevati tra gli uomini rispetto alle coetanee; per entrambi i sessi le percentuali di consumatori più elevate sono nella classe di età 18-64 anni, mentre i valori più bassi si rilevano per i minorenni. Per questi ultimi la differenza fra maschi e femmine è la più ridotta rispetto alle altre classi di età, ovvero i consumatori fra i ragazzi di 11-17 anni sono il 16,5% mentre fra le ragazze il 14,2% (vedi Figura 5).

Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici

Nel 2021 il 65,7% degli uomini e il 43,7% delle donne ha consumato vino (Figura 6), che corrispondono a quasi 29 milioni e mezzo di persone, e per tutte le classi di età considerate non si registrano senza variazioni di rilievo né rispetto al 2019 né rispetto al 2020 (Figura 7).

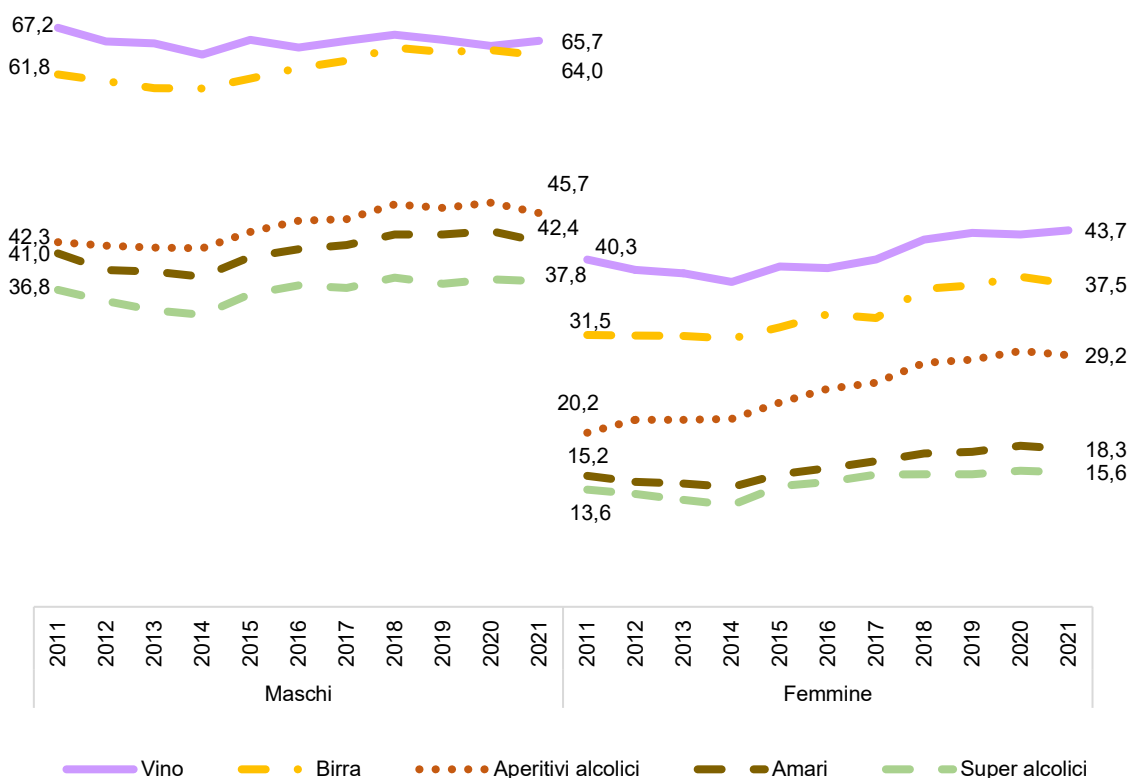


Figura 6. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere (anni 2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

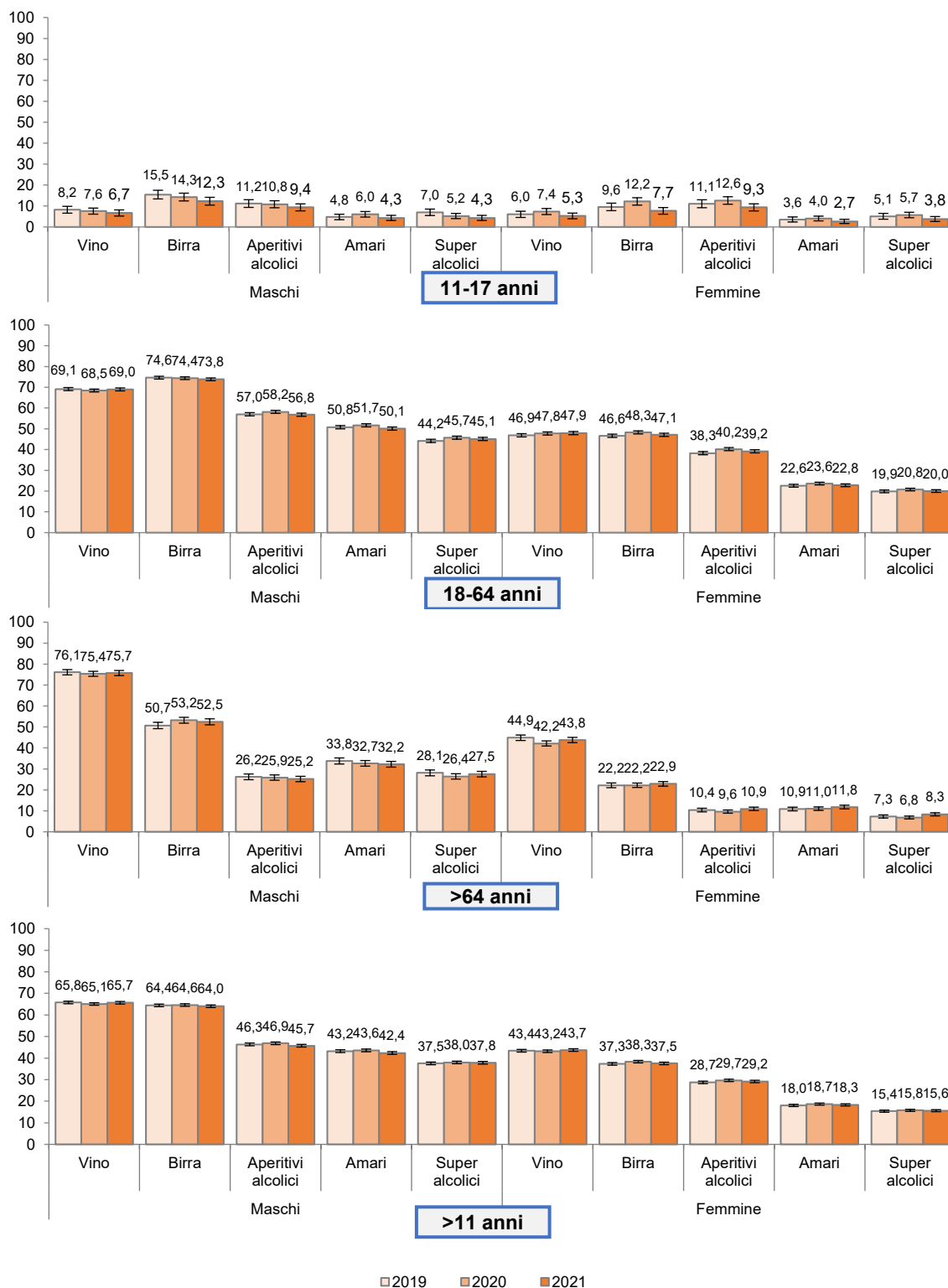


Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per genere e classe d'età (2019-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La prevalenza dei consumatori di vino fra i maschi è superiore a quella delle consumatrici in tutte le classi di età.

Quasi ventisette milioni e trecentomila persone di età superiore a undici anni hanno riferito di aver consumato birra nel corso del 2021, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile quasi doppia rispetto a quella femminile (64,0% e 37,5% rispettivamente), come nella precedente rilevazione (vedi Figura 6). Rispetto al 2019 e al 2020 non ci sono state variazioni di rilievo se si considera il totale della popolazione sopra gli 11 anni, ma si è registrato un calo del 37% nel consumo di birra rispetto al 2020 fra le giovani ragazze (11-17 anni), che sono passate dal 12,2% al 7,7% (vedi Figura 7).

Gli aperitivi alcolici sono stati consumati, nel 2021, da oltre 20 milioni e centomila persone di età superiore a 11 anni e la prevalenza tra gli uomini (45,7%) è superiore a quella tra le donne (29,2%) (vedi Figura 6). Non si registrano variazioni significative rispetto al 2020 o al 2019 (M: +2,0%; F: 5,1%) (vedi Figura 7).

Gli amari sono stati consumati, nel 2020, da oltre 16 milioni e duecentomila persone di età superiore a 11 anni, e anche in questo caso la prevalenza tra gli uomini risulta essere oltre il doppio di quella delle donne (M: 42,4%; F: 18,3%) (vedi Figura 7). Fra i maschi nella fascia di età 18-64 anni si registra un calo del 3% rispetto al 2020, passati dal 51,7% al 50,1% (vedi Figura 6).

I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2021 da quasi 14 milioni e trecentomila persone di età superiore a 11 anni, pari al 37,8% degli uomini e al 15,6% delle donne, e, globalmente, non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto al 2019 o al 2020 (vedi Figura 6). L'analisi per classi di età mostra che rispetto all'anno 2020 si registra un incremento statisticamente significativo nelle consumatrici femmine sopra ai 64 anni (+22,4%) (vedi Figura 6).

Comportamenti a rischio

Nella Regione europea della WHO si registrano sia la più alta percentuale di consumatori di alcol che il consumo più elevato di alcol al mondo. Il consumo di alcol può causare morte prematura e oltre 200 malattie tra cui sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e diverse malattie infettive, ed è un fattore di rischio totalmente prevenibile (1).

L'alcol provoca quasi 1 milione di morti l'anno nella sola Regione europea della WHO, contribuendo in modo significativo a lesioni sia involontarie che intenzionali: è responsabile di 1 decesso su 4 nella fascia di età tra i 20 e i 24 anni, influenzando così le tendenze demografiche, oltre che essere una delle principali cause di anni di vita lavorativa persi e quindi di perdite nello sviluppo economico e nella produttività. Il danno correlato all'alcol inizia presto nel corso della vita: l'esposizione prenatale all'alcol, infatti, può portare a disturbi dello spettro alcolico fetale (*Fetal Alcohol Spectrum Disorders*, FASD), termine che include un vasto insieme di difetti alla nascita fra cui disabilità fisiche, mentali, comportamentali e di apprendimento, con possibili implicazioni per tutta la vita e che, a differenza di molte altre disabilità, sono prevenibili al 100% (1, 4, 7).

Sono almeno 40 le malattie e le condizioni, riportate nella Classificazione Internazionale delle Malattie, 10ª revisione (*International Classification of Diseases 10th revision*, ICD-10) (30) totalmente alcol-attribuibili, mentre oltre 200 sono parzialmente alcol-attribuibili. Fra le conseguenze del consumo di alcol vi sono sia le malattie croniche non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*, NCD) inclusi molti tipi di cancro, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica, diverse disfunzioni metaboliche, la violenza auto ed etero diretta (tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali) (1, 31-36). Il consumo di alcol può avere un impatto devastante su intere

famiglie, con effetti che si ripercuotono per generazioni: può distruggere le relazioni, creare seri problemi economici, causare litigi, e compromettere la salute e la felicità dell'intero nucleo. Col tempo, i membri della famiglia possono sviluppare sintomi di co-dipendenza, e i bambini hanno un elevato rischio di avere problemi emotivi, oltre a una probabilità quattro volte maggiore rispetto ad altri bambini di avere a loro volta problemi con l'alcol nella propria vita. Inoltre, la maggior parte dei figli di alcolodipendenti ha subito qualche forma di abbandono o abuso in casa (37-39).

Molti Paesi europei, al fine di promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato nel corso degli anni le linee guida per un consumo a basso rischio standardizzate e condivise a livello europeo, che sono state pubblicate nel rapporto *Good practice principles for low risk drinking guidelines* nell'ambito delle attività della Joint Action della Commissione Europea RARHA (*Joint Action on Reducing Alcohol Related HArm*) (40-42).

In Italia, le linee guida per il consumo a basso rischio sono state inserite nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione (43), curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA), ribadendo che non esistono livelli sicuri di consumo di alcolici e che non bere è la scelta migliore per la prevenzione del cancro, escludendo qualità "benefiche" del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrol, xantumolo) presenti in quantità assolutamente inefficaci a determinare un qualunque effetto, se non a fronte di ingestione letale di litri di bevanda alcolica incompatibili con lo stato in vita.

Il monitoraggio di tutti i comportamenti legati al consumo di alcol è uno strumento fondamentale per la messa a punto e l'implementazione delle strategie politiche e sanitarie necessarie per garantire la promozione della salute pubblica. Oltre al consumo abituale eccedentario, è importante monitorare anche tutti quei comportamenti considerati occasionali, che hanno comunque un impatto immediato sulla salute, come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* – assunzione, in un'unica occasione di consumo, di elevate quantità di alcol, ovvero 60 g o più di alcol, equivalenti 5-6 Unità Alcoliche (UA); una UA equivale a 12 g di alcol puro (44).

Ogni anno l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana" condotta dall'ISTAT raccoglie dati sul consumo di alcol nella popolazione italiana che vengono elaborati dall'ONA-ISS. Tale attività di monitoraggio rientra nell'ambito del programma SIAS-SISTIMAL International ed è stabilita dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale 2020-2022 ad integrazione delle elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati "Il consumo di alcol in Italia" dell'ISTAT (25-27).

Consumatori abituali eccedentari

Si definisce "consumo abituale eccedentario" una modalità di consumo di bevande alcoliche che eccede, sia in termini di frequenze che in termini di quantità, i limiti di consumo di bevande alcoliche stabiliti in relazione al genere e all'età della persona, oltre il quale si può incorrere in rischi per la salute. I limiti stabiliti per questa modalità di consumo sono descritti nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione, curato dal CREA (44), e da ormai molti anni sono stati acquisiti dal Ministero della Salute, dall'ISTAT e dall'ISS per monitorare le abitudini di consumo della popolazione (45, 46).

Le raccomandazioni riportate nei sistemi di monitoraggio istituzionali per non eccedere il consumo stabiliscono che, al di sotto dei 18 anni, qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le due UA al giorno,

indipendentemente dal tipo di bevanda consumata. È importante infine precisare che per i ragazzi minorenni, qualsiasi tipo di consumo, anche occasionale, è da considerare a rischio poiché il sistema enzimatico in questa fascia di età non è ancora in grado di metabolizzare l'alcol: è per questo motivo che in questa fascia di popolazione è vietata la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2021 il 12,7% degli uomini e il 6,1% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.000.000 persone. Tra gli adolescenti di 16-17 anni si osserva la percentuale più elevata di consumatori abituali eccedentari (M=35,4%; F=29,0%) seguita dagli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa si registra invece nella fascia di età 18-24 anni (M=2,3%; F=1,8%). Nella popolazione adulta (superiore a 25 anni) la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile è superiore a quella delle consumatrici di sesso femminile (Figura 8). L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari per genere in soggetti di età superiore a 11 anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita rispetto al 2011 del 29,8% tra gli uomini e del 22,8% tra le donne (Figura 9).

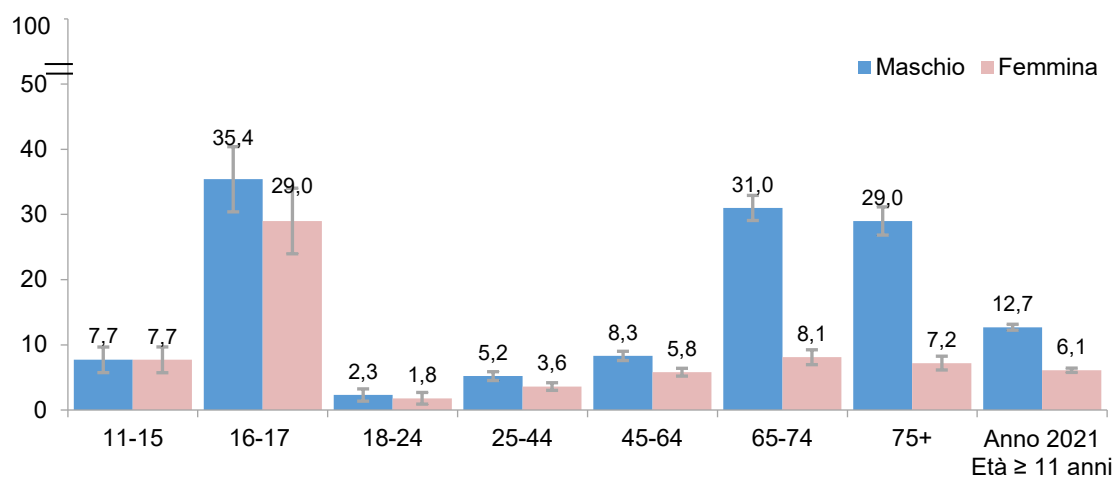


Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per sesso ed età (2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

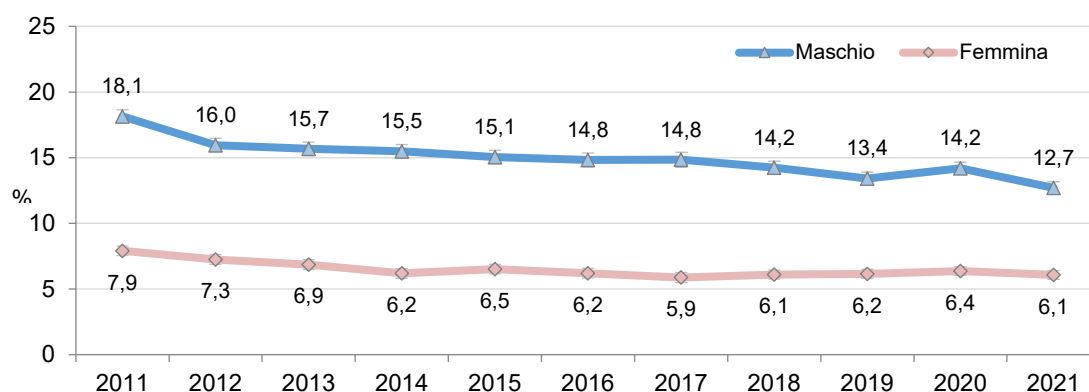


Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori (≥ 11 anni) abituali eccedentari per genere (2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Rispetto all'anno precedente si registra una diminuzione di 10,5% tra gli uomini e l'analisi per classi di età mostra che nel 2021 la diminuzione risulta statisticamente significativa per gli uomini nella classe di età 45-64 anni e per le donne tra le adolescenti di 16-17 anni (dati non mostrati).

Consumatori fuori pasto

Sebbene il consumo di un bicchiere di bevande alcoliche contestualmente ai pasti, e in particolare del vino, sia nel nostro Paese generalmente considerato parte integrante dell'alimentazione e della vita sociale, negli ultimi anni si è assistito a un cambiamento delle abitudini di consumo alcolico che ha portato alla diffusione di comportamenti a rischio come il bere a stomaco vuoto. I consumatori di vino o alcolici fuori pasto sono stati nel 2021 il 40,2% degli uomini e il 21,7% delle donne, pari a circa sedici milioni di persone di età superiore a 11 anni (Figura 10).

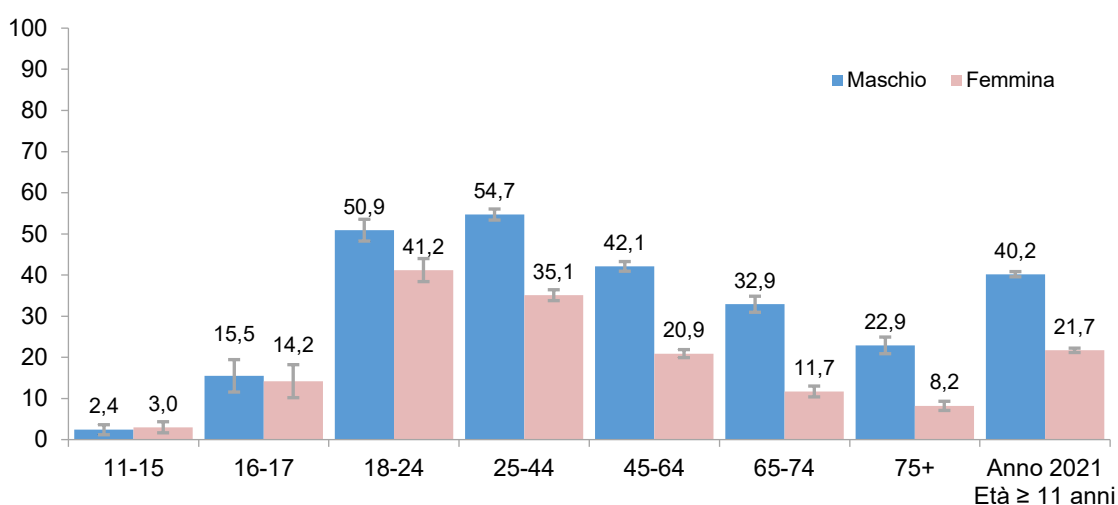


Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per genere ed età (2021)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni (M=2,4%; F=3,0%) fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 25-44 anni, con oltre la metà delle persone che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (M=54,7%) e tra le donne nella fascia di età 18-24 anni con il 41,2%; oltre tali età per entrambi i sessi le percentuali diminuiscono nuovamente arrivando tra gli ultra 75enni a 22,9% tra gli uomini e a 8,2% tra le donne. Tra i giovani e giovanissimi non si osservano differenze di genere statisticamente significative mentre la prevalenza dei consumatori è maggiore di quella delle consumatrici per gli individui di età superiore a 18 anni (vedi Figura 10).

L'analisi dell'andamento dell'indicatore relativo ai consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che, sebbene, nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza è aumentata sia per le donne che per gli uomini, per questi ultimi nel corso dell'ultimo anno si registra per la prima volta una diminuzione statisticamente significativa del 3,4% (Figura 11); l'analisi per classi di età mostra inoltre che al 2021 la diminuzione rispetto all'anno precedente risulta statisticamente significativa per gli uomini nella classe di età 45-64 anni e per le donne adolescenti di 18-24 anni (dati non mostrati).

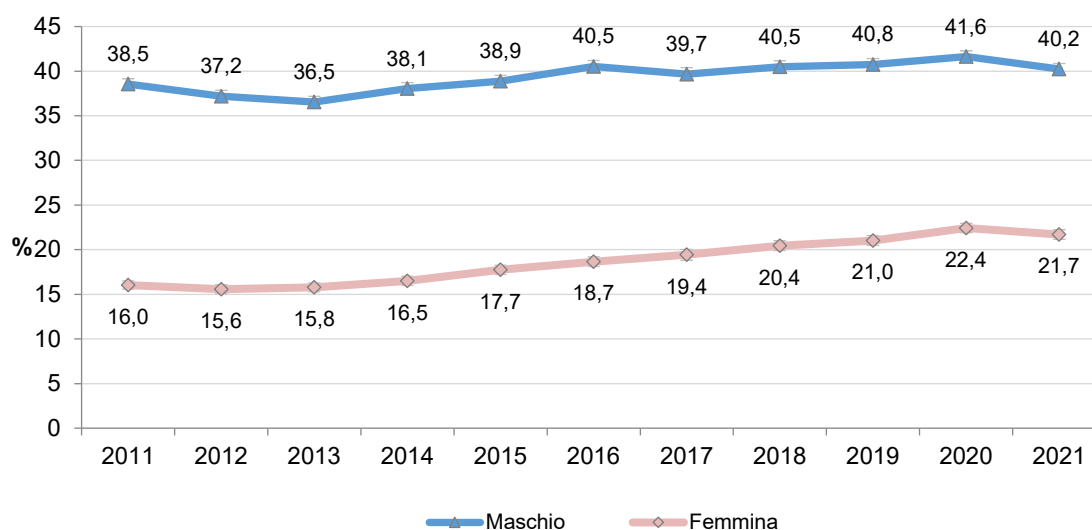


Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto (2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori *binge drinking*

Il *binge drinking*, ovvero “bere per ubriacarsi”, definito in Italia come “consumo episodico eccessivo”, è un modello di consumo di alcol che porta la concentrazione di etanolo nel sangue a salire molto rapidamente con gravi conseguenze per la salute. In Italia viene definito come il consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad 1 UA contenente 12 g di alcol puro) in un'unica occasione (43, 44), e viene rilevato annualmente tramite l'“Indagine multiscopo sulle famiglie” dell'ISTAT. Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nel Nord Europa (47), ed è particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile.

Il superamento della soglia del *binge drinking* aumenta il rischio di danni acuti, come il *blackout* e l'intossicazione alcolica, oltre ad aumentare, soprattutto nei giovani, la probabilità di comportamenti sessuali non sicuri, il rischio di infezioni trasmesse sessualmente e di gravidanze involontarie, così come la probabilità di conseguenze potenzialmente mortali, tra cui cadute, ustioni, annegamenti e incidenti automobilistici. Inoltre, l'alcol colpisce praticamente tutti i tessuti del corpo, e anche un solo episodio di *binge drinking* può compromettere l'organismo, mentre episodi ripetuti contribuiscono a danneggiare il fegato e allo sviluppo di malattie croniche, oltre all'aumento del rischio di diversi tipi di cancro (47, 48).

Per quanto riguarda gli adolescenti, il cui sviluppo del cervello entra in una fase molto importante proprio negli anni dell'adolescenza, la ricerca mostra che ripetuti episodi di *binge drinking* possono alterarne lo sviluppo e causare disturbi persistenti nelle funzioni sociali, di attenzione, nella memoria e altre funzioni cognitive (48).

La diffusione in tutti i Paesi europei dell'area mediterranea della pratica del *binge drinking*, ha portato gli stati membri dell'UE, rappresentati dal CNAPA (*Committee on National Alcohol Policy and Action*) ad approvare la strategia comunitaria *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)* (49, 50) con l'obiettivo di sostenere gli Stati Membri nella riduzione dei danni alcol-correlati in questa fascia vulnerabile di popolazione (49).

Il suddetto piano, prorogato al 2020, attualmente in fase di aggiornamento da parte degli Stati Membri, identificava sei aree su cui intervenire per contrastare il consumo episodico eccessivo di bevande alcoliche tra i giovani. Per le principali attività sostenute nell'implementazione del piano nel periodo 2014-2016 è disponibile un rapporto della WHO (51).

La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nel 2021 è stata pari al 9,5% tra gli uomini e 3,6% tra le donne di età superiore a 11 anni pari a 3 milioni e mezzo *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età (Figura 12).

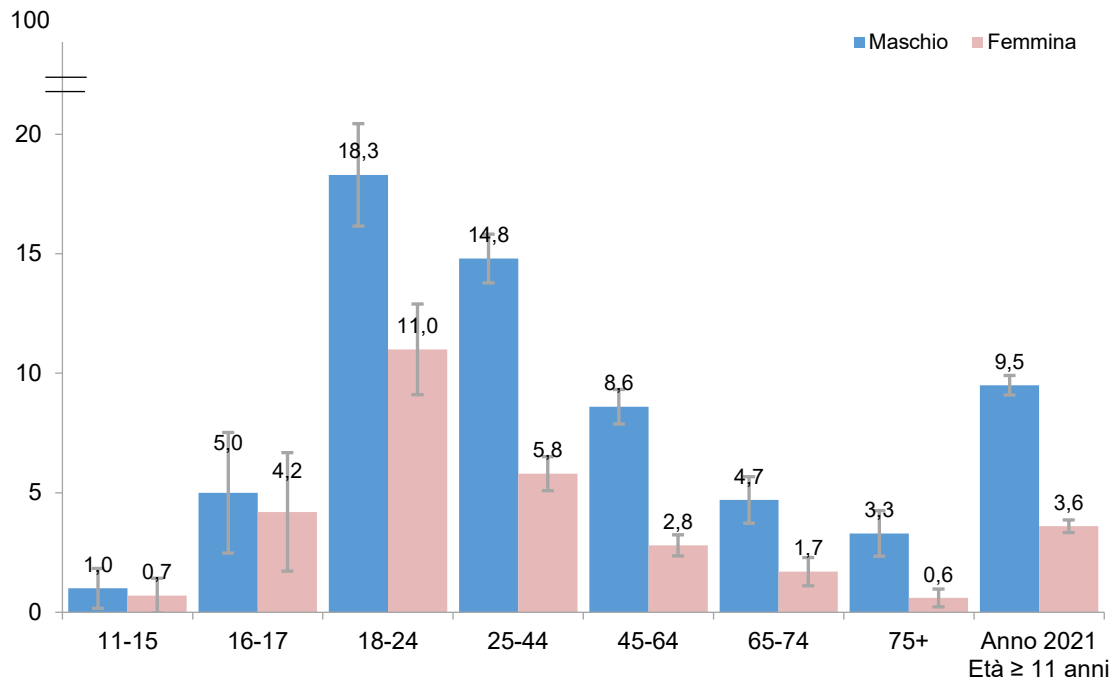


Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere e classe di età (2021)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=18,3%; F=11,0%) per poi diminuire nuovamente nelle età più anziane raggiungendo tra gli ultra 75enni il valore di 3,3% tra gli uomini e 0,6% tra le donne. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età a eccezione dei giovani di età inferiore a 18 anni, ossia quell'età per la quale la percentuale dovrebbe essere zero a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche.

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* di età superiore a 11 anni mostra che tra il 2011 e il 2014 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita per entrambi i generi mentre è aumentata in maniera pressoché costante tra il 2014 e il 2020. Nel corso dell'ultimo anno si registra una diminuzione dei *binge drinker* di sesso maschile pari a 16,7%, e la diminuzione è significativa anche nella classe di età 25-44 anni e 45-64 anni (dati non mostrati). Per il genere femminile invece non si osservano variazioni statisticamente significative (Figura 13).

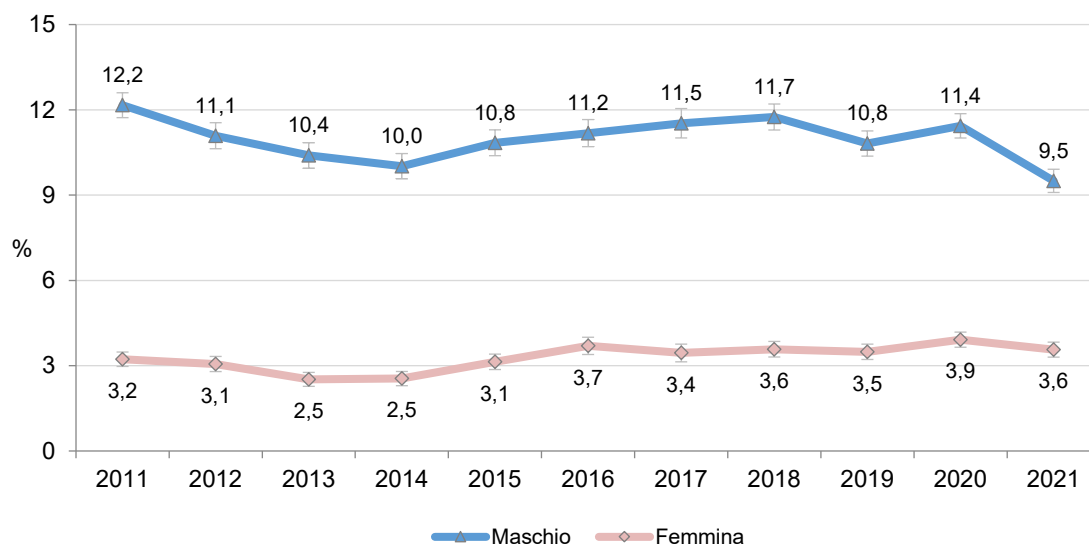


Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per genere (2011-2021)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori a rischio (criterio ISS)

Non esiste un livello di consumo di alcol sicuro per la salute: anche piccole quantità di alcol aumentano la possibilità di sviluppo di tumori (52), danni cerebrali (53) e numerose altre patologie (1, 4, 5). Questo è stato dimostrato ormai da tempo da molti e diversi studi scientifici nei quali si evidenzia come, partendo da un'assunzione di alcol pari a zero, ovvero l'unica sicura per la salute, i rischi aumentano all'aumentare del consumo. Anche altri fattori incidono sui rischi alcol-correlati, come la quantità di alcol assunta nel corso della vita, la frequenza del consumo, le quantità ingerite per singola occasione, il contesto (se si beve a stomaco vuoto o assunto insieme a farmaci o a altre sostanze), oltre che la suscettibilità individuale (es. al sesso o all'età).

Al fine del monitoraggio dei consumi, è stato utile e necessario mettere a punto un indicatore di sintesi per definire i consumatori a rischio: tenendo conto delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN), l'ONA-ISS ha costruito un indicatore che esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking* (43, 44, 54). L'indicatore è stato validato da esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore utilizzandolo a livello formale nei sistemi di monitoraggio nazionale (25-27, 55). Secondo il criterio ISS sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo una bevanda alcolica, i maggiorenni di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA standard al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni), le donne che ne hanno consumata più di una, e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2021 del 20,0% per uomini e dell'8,7% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 7.700.000 individui (M=5.250.000, F=2.450.000) che nel 2021 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (Figura 14).

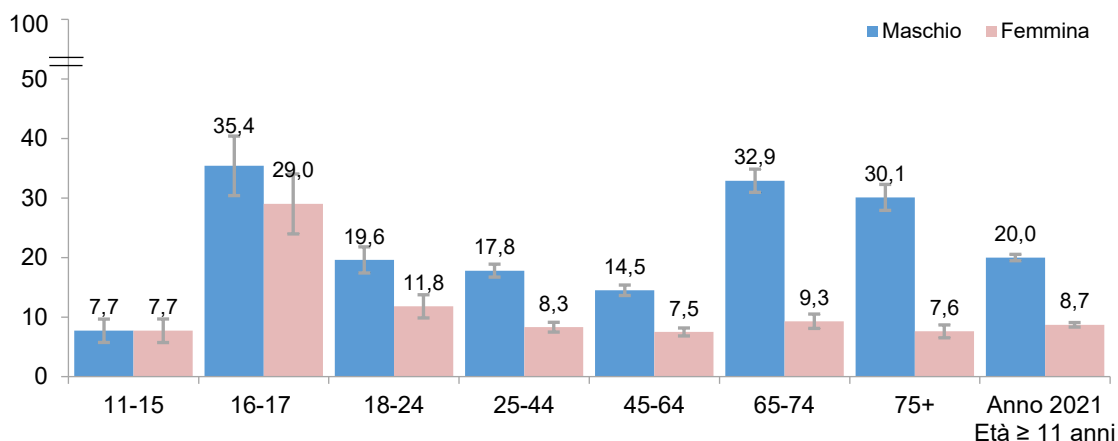


Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classi di età (2021)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per classi di età mostra che per gli uomini la fascia di popolazione più a rischio è quella dei 16-17enni (M=35,4%) e dagli anziani ultra 65enni; per le femmine la prevalenza più elevata si registra come per i coetanei nella fascia di età delle 16-17enni (29,0%) seguita dalle 18-24enni (11,8%); la prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età a eccezione dei minorenni (vedi Figura 14). I target di popolazione sensibili verso i quali la WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica sono quindi quantificati in circa 620.000 minorenni e 2.600.000 ultra sessantacinquenni, individui da considerare a rischio verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol può causare alla loro salute.

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita del 24,8% per gli uomini, del 17,1% per le donne. Nel corso dell'ultimo anno, a fronte dell'incremento rilevato tra il 2019 e il 2020 (25-27), il valore è nuovamente diminuito sia tra gli uomini (-12,7%) che tra le donne (-7,4%). Analizzando l'ultimo anno, le diminuzioni risultano statisticamente significative per gli uomini nelle classi di età 25-44 e 45-64 (come rilevato anche per la prevalenza dei consumatori *binge drinking*) e per le donne tra le adolescenti di 16-17 anni (dati non mostrati) (Figura 15).

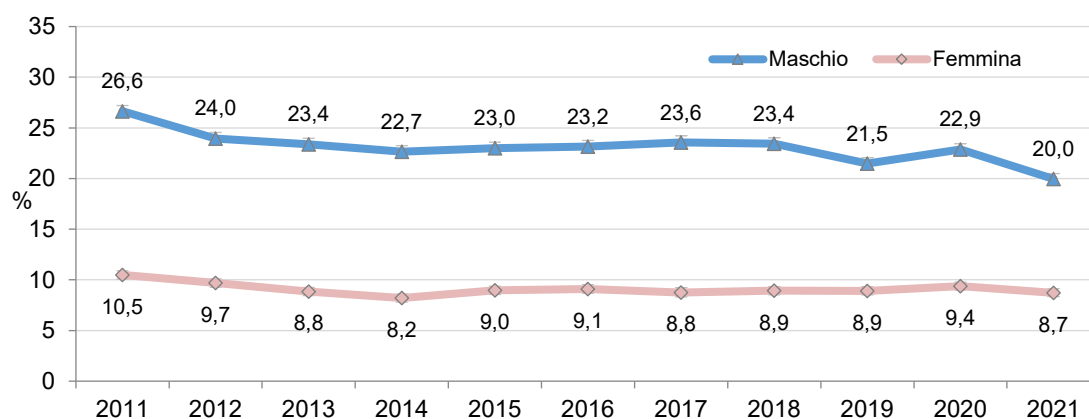


Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere (2011-2021)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori giornalieri

La prevalenza dei consumatori giornalieri di età superiore a 18 anni è nel 2021 del 30,7% per gli uomini, 11,9% per le donne, per un totale di oltre 10 milioni e centomila individui (M=7.400.000, F=3.100.000) che hanno consumato giornalmente almeno una bevanda alcolica (Figura 16). L'analisi per classi di età mostra che per entrambe i generi la prevalenza è minima nella classe più giovane (M=10,2%; F=3,6%), aumenta con l'età con i valori più elevati negli anziani dove quasi 1 uomo su 2 e 1 donna su 6 adottano questa tipologia di consumo; la prevalenza di consumatori giornalieri di sesso maschile è superiore per tutte le classi di età.

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori giornalieri è diminuita del 26,7% per gli uomini e del 19,0% per le donne. Nel corso dell'ultimo anno in particolare, si rileva una diminuzione della prevalenza dei consumatori giornalieri di sesso maschile dell'8,9% e la diminuzione risulta significativa in particolare nelle classi di età 25-44 e 45-64 (come rilevato anche per la prevalenza dei consumatori *binge drinking* e dei consumatori a rischio) (dati non mostrati) (Figura 17).

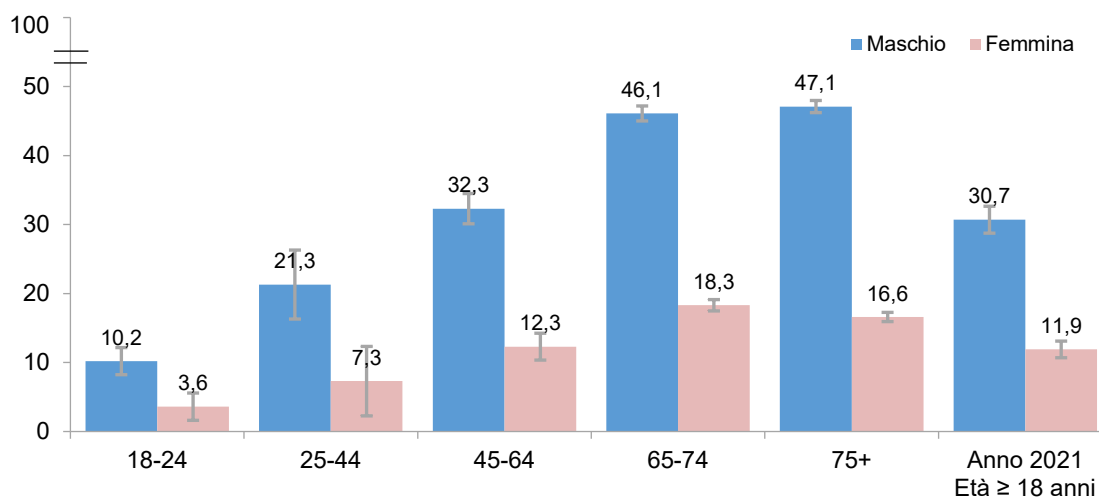


Figura 16. Prevalenza(%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per genere e classi di età (2021)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

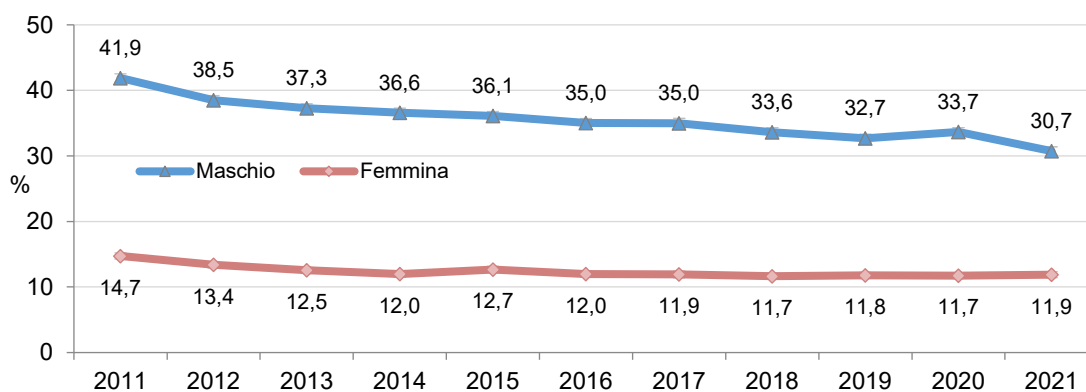


Figura 17. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per genere (2011-2021)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol

In Italia il consumo dannoso corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute a livello fisico e mentale, e nel sistema di monitoraggio italiano viene rilevata attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 g di alcol per le donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 g di alcol per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA) (43-44).

La definizione di disturbo da uso di alcol (DUA) riportata nel manuale DSM-5 (56) è una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale o sanitario (57, 58). Il rischio che una persona sviluppi un disturbo da uso di alcol può essere identificato sia utilizzando uno strumento di screening appositamente progettato a tale scopo, che misurando il consumo stesso.

Esistono numerosi test per valutare se un soggetto è affetto da DUA: quello attualmente più utilizzato è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (59). A livello nazionale non esistono studi ad hoc che utilizzano questi strumenti per stimare e monitorare la prevalenza di disturbi da uso di alcol nella popolazione.

I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti da considerarsi “in need for treatment” ai sensi del DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) e assimilati clinicamente all'alcol dipendente e quindi da prendere in carico presso i servizi territoriali, insieme ai 63.490 alcol dipendenti in carico ai servizi (ultimo dato disponibile in corso di pubblicazione a cura del Ministero della salute per il 2021), in ulteriore diminuzione per mancata intercettazione da parte delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rispetto ai 65.387 alcol dipendenti in carico nel 2020 (54), che rappresentano, quindi, solo l'8,5% dei pazienti attesi.

Nel 2021 in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi nella popolazione adulta (età ≥ 18 anni) è stata del 1,88% tra gli uomini e dell'1,16% tra le donne, pari a circa 750.000 persone maggiorenni (M=450.000; F=300.000); l'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta all'aumentare dell'età sebbene la differenza non risulta statisticamente significativa né per gli uomini né per le donne (Figura 18).

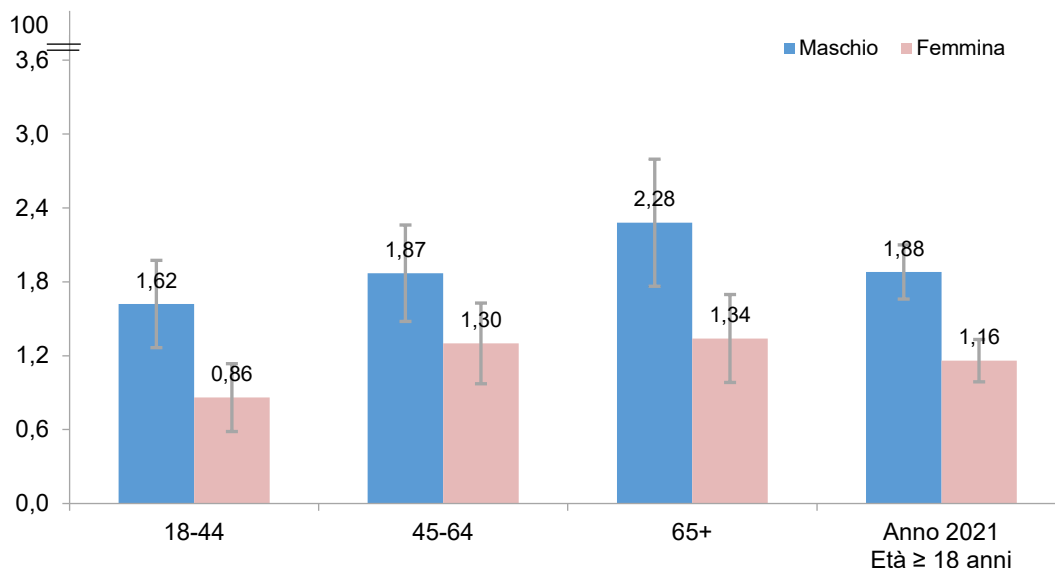


Figura 18. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere e classi di età (2021)
Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Nella Figura 19 è riportato l'andamento della prevalenza dei consumatori per genere registrata nel corso degli ultimi 10 anni.

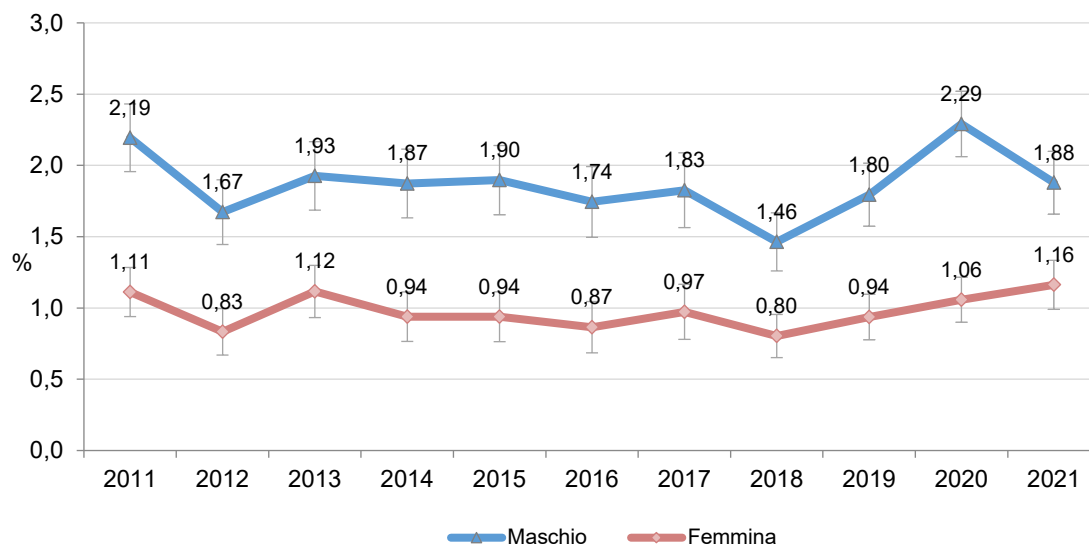


Figura 19. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere (2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tra gli uomini, si registra una diminuzione dei consumatori dannosi tra il 2007 e il 2012; nel periodo successivo l'indicatore si è mantenuto pressoché costante riprendendo ad aumentare nel corso degli ultimi due anni; tra le donne la prevalenza delle consumatrici dannose ha subito delle oscillazioni nel corso degli ultimi anni e non si registrano variazioni statisticamente significative nel periodo indagato. Nell'anno successivo al lockdown seguito alla pandemia da Covid-19 si osserva che tra gli uomini la prevalenza dei consumatori dannosi è diminuita in maniera statisticamente significativa (-17,9%) riallineandosi al dato pre-pandemico (2019); tra le donne invece si conferma il trend in crescita rilevato nel corso degli ultimi 4 anni.

CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

La relazione sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle provincie autonome di Trento e Bolzano è un documento redatto annualmente dall'ONA-ISS per il monitoraggio dei consumi e delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche, come stabilito dalla Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati 125/2001. L'attività di monitoraggio è da anni inserita nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel Piano Statistico Nazionale (PSN) per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione (13-17). Al fine di agevolare le Regioni e le Provincie Autonome nella predisposizione dei Piani Regionali e nella programmazione regionale delle attività di prevenzione, il Ministero della Salute ha incaricato l'Osservatorio Nazionale Alcol di sviluppare un sistema utilizzando un sistema standardizzato di monitoraggio standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) e di pubblicare ogni anno l'aggiornamento dei principali indicatori del sistema di monitoraggio alcol-correlato SISMA (sito www.epicentro.iss.it/alcol). Il sistema SISMA online, che è stato recentemente ristrutturato e che verrà quindi reso disponibile a tutti gli utenti nei prossimi mesi, è quindi lo strumento di riferimento del Ministero per monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le regioni e le provincie autonome, che sono di seguito riportati raggruppate per macro area.

In Italia il 77,2% degli italiani e il 56,1% delle italiane sopra gli 11 anni, pari a circa 36 milioni di abitanti, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2021, e questi dati non hanno subito variazioni rispetto al 2020. Anche per quanto riguarda i diversi tipi di bevande alcoliche consumate non si ci sono state variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione, le bevande alcoliche più consumate si confermano il vino (M=65,7%; F=43,7%) e la birra (M=64,0%, F=37,5%). Troviamo invece variazioni significative in tutte le abitudini di consumo dei soli maschi, sono infatti diminuiti del 10,5% i consumatori eccedentari, del 3,4% i consumatori fuori pasto, del 16,9% i *binge drinker* e del 12,8% i consumatori a rischi secondo il criterio ISS. Non ci sono state invece variazioni significative nei comportamenti delle femmine, anche se per ogni modalità di consumo rischiosa le prevalenze delle femmine rimangono molto inferiori di quelle dei maschi, almeno della metà.

Italia nord-occidentale

Nel 2021 i consumatori di bevande alcoliche in Italia nord-occidentale sono stati il 79,0% degli uomini e il 59,3% delle donne, mantenendosi al di sopra della media nazionale e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori delle singole bevande non ha subito variazioni statisticamente significative rispetto al 2020, e per entrambi i sessi i consumatori di vino (M=67,6%; F=47,8%), di aperitivi alcolici (M=48,6%; F=32,0%), e di super alcolici (M=39,6%; F=17,9%) sono sopra alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di amari per i soli uomini (40,7%), come nelle precedenti rilevazioni, è inferiore alla media nazionale. Per quanto riguarda le abitudini di consumo si registrano in quest'area geografica valori superiori alla media italiana per entrambi i generi nella prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=42,5%; F=24,6%), come l'anno precedente. Per le sole femmine sono superiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici abituali eccedentarie (6,9%) e

delle consumatrici a rischio per il criterio ISS (10,2%). Sono invece in linea con la media nazionale e in calo rispetto al 2020 sia i maschi *binge drinker* (10,5%) che i maschi a rischio secondo il criterio ISS (21,8%) (Tabella 1 e 2).

Tabella 1. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e genere (2021)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia nord-occidentale</i>	67,6	47,8	64,6	36,3	48,6	32,0	40,7	18,6	39,6	17,9
Piemonte	68,8	49,1 ↗	65,0	37,2	46,2	31,0	42,4	20,6	37,6	17,3
Valle d'Aosta	67,2	52,4	68,1	40,9	53,4	34,9	36,4	14,1	36,9	18,3
Lombardia	67,0	47,2	64,1	35,4	49,6	32,5	40,5	18,2	40,2	18,3
Liguria	68,7	47,5	66,5	39,1	48,0	32,2	37,9	16,0	41,3	17,1
<i>Italia nord-orientale</i>	67,7	50,1	65,4	40,2	48,8	33,3	37,1 ↘	17,0	39,1	17,6
PA Bolzano	59,9 ↘	51,5	61,4 ↘	40,2	47,5	39,9	33,3 ↘	19,1 ↘	36,0	19,5
PA Trento	62,3	46,0 ↗	63,9	41,1	48,2	36,5	33,6	17,4	37,5	20,2
Veneto	68,9	49,8	66,6	41,2	52,0	33,0	38,4	17,0	39,9	17,5
Friuli Venezia Giulia	69,8	48,2	69,6	42,3	47,8	33,6	40,5	18,2	39,2	18,4
Emilia-Romagna	67,5	51,3	63,5	38,4	45,8	32,5	35,7	16,4	38,6	16,9
<i>Italia centrale</i>	68,4	49,2	64,2	40,9	46,0	32,0	43,4	18,8	40,2	16,9
Toscana	69,1	49,5	65,5	40,0	45,8	33,5	41,4	18,1	40,1	17,7
Umbria	70,9	52,9	63,4	40,2	43,6	32,3	37,8	15,5	39,2	18,2
Marche	70,3	50,6	65,3	42,5	45,7	30,5	37,2	17,0	38,1	16,9
Lazio	67,0	48,1	63,2	41,2	46,6	31,3	47,2	20,2	41,1	16,2
<i>Italia meridionale</i>	62,5	34,9	63,0	35,4 ↘	42,2	22,5	48,2	19,0	35,4	12,3
Abruzzo	66,9	37,1	68,6	37,5	47,7	27,6	46,9	16,9	42,4 ↗	13,7
Molise	66,7	35,3	69,2	34,1	47,9	28,1	50,1	14,1 ↘	37,1	10,4
Campania	61,4	33,9	60,0	35,0	40,9	21,3	47,0	18,0	31,7	11,8
Puglia	62,2	36,3	64,1	34,4 ↘	41,8	22,1	51,2	20,2	38,2	12,3
Basilicata	63,0 ↘	35,0	63,6 ↘	34,7	42,3	20,4	41,6 ↘	19,7	32,3	11,6
Calabria	62,3 ↘	33,7 ↘	65,0 ↘	37,9 ↘	42,2 ↘	23,0	48,5	21,5	36,5	13,3
<i>Italia insulare</i>	59,0	31,1	62,2	34,0	40,3 ↘	23,6	41,5	17,4	32,1	11,2
Sicilia	57,9	30,5	60,2	34,6	39,8	23,5	42,4	17,8	31,5	10,8
Sardegna	62,0	32,9	68,2	31,9	41,8 ↘	23,8 ↘	38,9	16,2	34,1	12,7
<i>Italia</i>	65,7	43,7	64,0	37,5	45,7	29,2	42,4	18,3	37,8	15,6

↘ diminuito rispetto al 2020
↗ aumentato rispetto al 2020

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tabella 2. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e genere (2021)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Tutte le bevande alcoliche		Abituali eccedentari		Fuori pasto		Binge drinker		A rischio (criterio iss*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia nord-occidentale</i>	79,0	59,3	13,8	6,9	42,5	24,6	10,5 ↘	4,3	21,8 ↘	10,2
Piemonte	79,8	59,2	15,2	7,4	40,3	24,3	10,8	5,5	22,6	12,0
Valle d'Aosta	79,6	62,2	15,7	7,9	55,8	31,2	13,9	6,1	26,1	13,0
Lombardia	78,6	59,0	13,3	6,6	43,3	24,7	10,7	3,7	21,7	9,3
Liguria	79,1	61,8	13,0	7,1	42,1	24,6	8,0	4,7	19,5	10,5
<i>Italia nord-orientale</i>	77,8	60,3	15,1	7,1	47,3	27,9	11,3 ↘	3,9	23,7 ↘	10,2 ↘
PA Bolzano	71,8 ↘	61,7	10,0	4,4	53,4 ↘	39,8	18,0 ↘	8,6	25,9 ↘	11,3
PA Trento	79,2	60,5	15,6	5,3	53,1	33,9	17,0 ↘	6,7	27,8	10,8
Veneto	78,5	59,7	16,1	5,9	48,5	26,6	10,3 ↘	3,3	24,2	8,4
Friuli Venezia Giulia	80,9	59,2	18,4	7,6	52,6 ↘	30,2	14,9	3,5 ↘	28,9	10,4
Emilia-Romagna	76,7 ↘	61,1	13,6 ↘	8,8	43,2	26,6	9,8	3,9	21,0 ↘	11,9
<i>Italia centrale</i>	78,0	60,3	12,6	7,8	38,9	22,2	9,4	3,9	20,2	10,3
Toscana	78,1	60,4	14,0	10,0	39,5	24,3	8,6	4,7	21,2	12,6
Umbria	78,8	61,9	15,0	7,2	39,3	21,8	11,7	4,1	23,7	10,0
Marche	80,4	60,3	14,8	9,1	40,5	22,7	8,5	4,7	21,8	12,1
Lazio	77,2	59,9	10,8	6,2	38,0	20,7	9,9	3,1	18,7	8,4
<i>Italia meridionale</i>	75,8	49,3 ↘	11,0 ↘	4,0 ↘	35,0	15,6	7,6 ↘	2,6	16,6 ↘	6,0 ↘
Abruzzo	79,5	51,0	12,1	4,2	41,2	18,1	11,0	4,2	21,4	8,1
Molise	80,5	50,9	20,1	6,8	51,5	21,0	17,9	3,9	30,2	9,4
Campania	75,3	48,5	10,2	3,7	33,0 ↗	14,4	6,4	2,4	14,8	5,5
Puglia	74,9	49,9 ↘	10,1 ↘	4,5 ↘	33,9	16,5	5,7 ↘	2,1	14,8 ↘	6,1 ↘
Basilicata	77,1 ↘	48,3	13,4	3,5	43,7 ↗	15,7	10,4	3,2	20,0 ↘	6,6
Calabria	75,8 ↘	49,3 ↘	12,1	3,1	34,0 ↘	14,7	10,1	2,7	19,1 ↘	5,0
<i>Italia insulare</i>	73,3	47,6	9,5	3,5	35,5	15,5	8,0	2,6	15,5	5,5
Sicilia	71,8	47,1	8,1	3,2	32,5	14,5	5,6	2,2	12,4	4,9
Sardegna	77,8	48,9	13,4	4,6	44,4	18,5	15,0	3,6	24,5	7,3
<i>Italia</i>	77,2	56,1	12,7 ↘	6,1	40,2 ↘	21,7	9,5 ↘	3,6	20,0 ↘	8,7

↘ diminuito rispetto al 2020
↗ aumentato rispetto al 2020

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Piemonte

Nel 2021 in Piemonte hanno consumato almeno una bevanda alcolica il 79,8% degli uomini e il 59,2% delle donne, senza variazioni significative rispetto al 2020. Per entrambi i sessi i consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono rimasti pressoché stabili e in linea con la media nazionale. Sono invece al di sopra della media nazionale i consumatori di vino sia maschi (68,8%) che femmine (49,1%), queste ultime in aumento del 9,6% rispetto alla precedente rilevazione. Complessivamente il 22,6% degli uomini e il 12,0% delle donne non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica e hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute (criterio ISS), dato al di sopra della media italiana. Per quanto riguarda gli altri comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale anche le prevalenze dei consumatori abituali eccedentari maschi (15,2%) e, tra le femmine, delle consumatrici fuori pasto (24,3%) e delle *binge drinker* (5,5%) (vedi Tabella 1 e 2).

Valle d'Aosta

I consumatori di almeno una bevanda alcolica in Valle d'Aosta nel 2021 sono stati il 79,6% degli uomini e il 62,2% delle donne, e solo per queste ultime il valore è superiore alla media nazionale, come l'anno precedente. I consumatori di aperitivi alcolici sono sopra la media nazionale per entrambi i sessi (M=53,4%; F= 34,9%), mentre quelli di amari sono sotto la media nazionale per entrambi i sessi (M=36,4%; F= 14,1%). Sono sopra la media nazionale anche i maschi consumatori di birra (68,1%) e le femmine consumatrici di vino (52,4%). Per tutte le tipologie di bevande alcoliche non si registrano comunque variazioni significative rispetto al 2020 (vedi Tabella 1 e 2).

Per quanto riguarda le modalità di consumo il 26,1% dei maschi e il 13,0% delle femmine in Valle d'Aosta hanno consumato alcolici in modalità rischiosa per la salute secondo il criterio ISS, dato al di sopra della media nazionale. Sono sopra la media anche i *binge drinker* (M=13,9%; F= 6,1%) e i consumatori di alcolici lontano dai pasti (M=55,8%; F= 31,2%), mentre i consumatori abituali eccedentari sono in linea con la media italiana (M=15,7%; F= 7,9%). Non ci sono variazioni significative rispetto al 2020 nelle prevalenze delle modalità di consumo (vedi Tabella 1 e 2).

Lombardia

Nel 2021 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile e pari al 78,6% tra gli uomini (valore in linea con la media nazionale) e al 59,0% tra le donne (valore superiore alla media nazionale).

La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=49,6%; F=32,5%) è, come gli anni precedenti, superiore alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici di super alcolici per le sole donne (18,3%). Il dato relativo alla prevalenza di consumatori di birra invece è in linea con la media italiana sia per gli uomini che per le donne (M=64,1%; F=35,4%), così come i consumatori di vino di sesso maschile (67,0%) mentre sono al di sopra della media le consumatrici di vino (47,2%). Per tutte le bevande considerate non si osservano variazioni rispetto alla precedente rilevazione.

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2021 pari a 9,3% tra le donne e a 21,7% tra gli uomini, entrambi i valori in linea con la media italiana. Gli indicatori di comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione dei consumatori

fuori pasto che invece risultano superiori al dato medio per entrambi i sessi (M=43,3%; F=24,7%) (vedi Tabella 1 e 2).

Liguria

Nel 2021 la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche è stata dell'79,1% tra uomini e il 61,8% tra le donne e per queste il dato è superiore alla media nazionale sebbene non si registrino incrementi rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di vino (M=68,7%; F=47,5%) è superiore alla media nazionale sia tra gli uomini che tra le donne, così come i consumatori di aperitivi alcolici per le sole donne (32,2%) e dei superalcolici per i soli uomini (41,3%).

Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione della prevalenza delle donne che bevono lontano dai pasti che risultano superiori alla media italiana (24,6%). Nel 2021 il 19,5% degli uomini e il 10,5% delle donne in Liguria hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 1 e 2).

Italia nord-orientale

Il quadro che emerge dalle rilevazioni nelle regioni dell'Italia nord-orientale è ancora una volta molto critico, con le più alte prevalenze di comportamenti dannosi per la salute.

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 77,8% tra gli uomini e al 60,3% tra le donne e per queste il valore è il più elevato rispetto alle altre zone, sebbene non si registrino variazioni rispetto al 2020.

Le prevalenze dei consumatori di vino (M=67,7%; F=50,1%) e di aperitivi alcolici (M=48,8%; F=33,3%) di entrambi i generi risultano più elevate rispetto a quelle registrate a livello nazionale, mentre le sole femmine superano la media per il consumo di birra (40,2%) e superalcolici (17,6%). In controtendenza rispetto agli altri indicatori della zona è la prevalenza di consumatori di amari di sesso maschile, sotto la media nazionale (come già riscontrato negli ultimi sei anni), in particolare la più bassa rispetto alle altre ripartizioni nazionali, e in calo rispetto al 2020.

Come nel 2020, anche nel 2021 le prevalenze dei comportamenti a rischio analizzati sono le più elevate delle ripartizioni territoriali considerate, in particolare i consumatori abituali eccedentari (M=15,1%; F=7,1%) e i consumatori fuori pasto (M=47,3%; F=27,9%) i più elevati di tutte le altre ripartizioni territoriali) per entrambi i generi e *binge drinker* di sesso maschile (11,3%), mentre fanno eccezione le *binge drinker* di sesso femminile (3,9%), questa volta in linea con la media italiana. Nonostante i dati indichino valori molto alti, si osservano, rispetto alla precedente rilevazione, una diminuzione rispetto al 2020 dei *binge drinker* di sesso maschile e, per entrambi i generi, dei consumatori a rischio per il criterio ISS (M=23,7%; F=10,2%) nonostante il dato per i maschi si mantenga il più elevato di tutte le ripartizioni (vedi Tabella 1 e 2).

Provincia Autonoma di Bolzano

Nel 2021 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 71,8% dei maschi, valore inferiore alla media nazionale e in calo del 10,8% rispetto al 2020, e il 61,7% delle femmine, dato invece superiore alla media nazionale e pressoché invariato rispetto alla precedente rilevazione.

Per quanto riguarda il consumo delle diverse bevande alcoliche troviamo in diminuzione significativa rispetto al 2020 il consumo nei maschi sia di vino (in calo dell'11,9%) che di birra (in calo dell'11,4%), le cui prevalenze sono sotto la media nazionale, e nei consumatori di amari di entrambi i generi (M=-18,4%; F=-28,4%), con i soli maschi sotto la media nazionale. Sono invece sopra la media nazionale le femmine consumatrici di vino (49,8%), di aperitivi alcolici (39,9%) e di super alcolici (19,5%).

La prevalenza dei consumatori fuori pasto è per le donne la più elevata di tutte le Regioni e PA italiane (39,8%); risultano inoltre superiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile (53,4%), anche se in calo del 15% rispetto al 2020, i consumatori in modalità *binge drinking* di entrambi i generi (M=18,0%; F=8,6%), anche se il dato maschile è in calo del 28,6% rispetto al 2020, e, per i soli uomini, i consumatori a rischio (criterio ISS) (25,9%), anche se in calo del 26,5% rispetto al 2020. È invece inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile (10,0%) (vedi Tabella 1 e 2).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 79,2% tra gli uomini e del 60,5% tra le donne, queste ultime sopra la media italiana, e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Risultano sopra la media italiana le consumatrici di birra (41,1%), di aperitivi alcolici (36,5%) e di superalcolici (20,2%) e al di sotto della media i consumatori di sesso maschile di amari (33,6%). A eccezione delle consumatrici di vino che sono in aumento del 15,5% rispetto alla precedente rilevazione, tutti i dati sulle tipologie di bevande alcoliche non mostrano variazioni significative rispetto al 2020.

L'analisi delle modalità di consumo a rischio delle bevande evidenzia per entrambi i generi valori superiori alla media italiana della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=53,1%; F=33,9%) e dei *binge drinker* (M=17,0%; F=6,7%), anche se i maschi *binge drinker* sono in calo del 24,7% rispetto all'anno scorso. Sono inoltre sopra la media nazionale i maschi che bevono in modalità rischiosa secondo il criterio ISS (27,8%) (vedi Tabella 1 e 2)

Veneto

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 78,5% tra gli uomini, 59,7% tra le donne; per queste ultime, la prevalenza è superiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di vino (M=68,9%; F=49,8%) e di aperitivi alcolici (M=52,0%; F=33,0%) è superiore alla media nazionale per entrambi i generi, e quello di birra per le consumatrici (41,2%); sotto la media nazionale i consumatori di amari di sesso maschile (38,4%).

Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto si conferma superiore alla media nazionale (M=48,5%; F=26,6%). Per i soli uomini nel 2021 si mantengono superiori alla media italiana anche la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari (16,1%) e dei consumatori a rischio secondo il criterio ISS (24,2%). Sono in calo del 30,2% rispetto al 2020 i *binge drinker* di sesso maschile (vedi Tabella 1 e 2).

Friuli Venezia Giulia

Nel 2021 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile, pari all'80,9% tra gli uomini e del 59,2% tra le donne, e per entrambi il valore è superiore alla media nazionale. Sono al di sopra della media italiana anche le prevalenze dei consumatori

di vino (M=69,8%; F=48,2%) e di birra (M=69,6%; F=42,3%) di entrambi i sessi, mentre superano la media le sole femmine nel consumo di aperitivi alcolici (33,6%) e super alcolici (18,4%). Per nessuna bevanda si evidenziano variazioni significative rispetto al 2020.

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i generi, valori superiori alla media italiana della prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=52,6%; F=30,2%) anche se gli uomini sono in calo del 9,5%. La prevalenza degli uomini della regione è superiore alla media nazionale anche per tutti gli altri comportamenti a rischio: abituali eccedentari (18,4%), *binge drinker* (14,9%) e a rischio secondo il criterio ISS (28,9%). Infine, sono in diminuzione del 46,0% rispetto la precedente rilevazione le femmine *binge drinker* (vedi Tabella 1-2).

Emilia-Romagna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata dell'76,7% per gli uomini, in calo del 4,8% rispetto al 2020, e del 61,1% per le donne, per le quali il valore è superiore alla media nazionale sebbene non si registrino variazioni rispetto alla precedente rilevazione. Per quanto riguarda i consumi delle diverse bevande alcoliche i dati sono sostanzialmente invariati rispetto all'anno scorso e in linea con i dati medi italiani, a eccezione del consumo di vino (51,3%) e di aperitivi alcolici (32,5%) per le sole femmine.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia per le sole femmine valori superiori alla media nazionale delle consumatrici abituali eccedentarie (8,8%), delle consumatrici fuori pasto (26,6%) e delle consumatrici a rischio (criterio ISS) (11,9%). Per i maschi invece si registra un calo significativo rispetto al 2020 sia nei consumatori abituali eccedentari (-23,9%) che nei consumatori a rischio secondo il criterio ISS (-21,7%) (vedi Tabella 1 e 2).

Italia centrale

I consumatori di bevande alcoliche nell'Italia centrale sono stati nel 2021 il 78,0% dei maschi e il 60,3% delle femmine e la prevalenza è rimasta pressoché stabile rispetto al 2020; per le donne il valore si conferma anche nel 2021 superiore alla media nazionale. Sono al di sopra della media nazionale i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=68,4%; F=49,2%), le consumatrici di birra (40,9%) e aperitivi alcolici (32,0%) ed i consumatori di sesso maschile di super alcolici (40,2%).

Rispetto ai comportamenti, tutti gli indicatori sono rimasti pressoché stabili rispetto alla precedente rilevazione e sono al di sopra della media le donne che consumano alcol in modalità abituale eccedentaria (7,8%) e in modalità a rischio per il criterio ISS (10,3%) (vedi Tabella 1 e 2).

Toscana

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 78,1% per gli uomini e il 60,4% per le donne, e per queste il valore è, come lo scorso anno, superiore a quello medio nazionale. Sono sopra la media nazionale anche nel 2021 i consumatori e le consumatrici di vino (M=69,1%; F=49,5%) e le consumatrici di aperitivi alcolici (33,5%).

L'analisi dei comportamenti a rischio rileva valori superiori alla media nazionale per le donne che consumano in modalità abituali eccedentaria (10,0%), fuori pasto (24,3%) ed in modalità a rischio per la loro salute secondo il criterio ISS (12,6%) (vedi Tabella 1 e 2).

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è pari a 78,8% tra gli uomini e a 61,9% tra le donne e per queste, come rilevato lo scorso anno, il dato è superiore alla media italiana; per entrambi i generi non si registrano variazioni rispetto alla precedente rilevazione. L'analisi delle tipologie di bevande consumate evidenzia che, la prevalenza dei consumatori di vino, come nel 2020, è superiore a quella media nazionale per entrambi i generi (M=70,9%; F=52,9%) mentre è inferiore alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile (37,8%).

Per quanto riguarda gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio, nel 2021 tutti gli indicatori sono in linea con la media nazionale ad eccezione del consumo a rischio (criterio ISS) per il solo genere maschile, che risulta superiore al dato medio nazionale (23,7%) (vedi Tabella 1 e 2).

Marche

Nel 2021 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati l'80,4% degli uomini e il 60,3% delle donne e per entrambi i generi il dato è superiore alla media nazionale. Per tutte le bevande alcoliche i dati sono in linea con la media nazionale e per entrambe i generi la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media italiana (M=70,3%; F=50,6%) oltre alla prevalenza delle consumatrici di birra per il solo genere femminile (42,5%); risulta invece inferiore alla media la prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile (37,2%).

Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2020; risultano superiori alla media italiana la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie (9,1%) e la prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) (12,1%) (vedi Tabella 1 e 2).

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2021 pari al 77,2% tra gli uomini e al 59,9% tra le donne; per queste ultime il valore è superiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori maschi di amari (47,2%) e di super alcolici (41,1%) è superiore alla media nazionale così come è la prevalenza tra le consumatrici di vino (48,1%) e birra (41,2%). Per entrambi i generi non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Per le abitudini di consumo a rischio, per entrambi i generi, tutti gli indicatori sono in linea con la media nazionale ad eccezione della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari di sesso maschile (10,8%) che risulta inferiore alla media nazionale. Non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione degli indicatori di rischio (vedi Tabella 1 e 2).

Italia meridionale

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2021 del 75,8% per gli uomini e del 49,3% per le donne e per queste ultime il valore è diminuito rispetto al 2020 del 4,8%. I valori di prevalenza dei consumatori di vino e aperitivi alcolici e super alcolici sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i generi così come la prevalenza delle consumatrici di sesso femminile di birra che sono diminuite rispetto al 2020 del 6,6%. Il dato relativo alla prevalenza dei consumatori di amari di sesso maschile, come già rilevato lo scorso anno, è il più alto di tutte le ripartizioni territoriali analizzate (48,2%).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, i valori di tutti gli indicatori considerati si continuano a mantenere inferiori al dato medio nazionale. Rispetto al 2020 inoltre si registrano per entrambi i generi delle diminuzioni statisticamente significative dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio oltre ai consumatori in modalità *binge drinking* per il solo genere maschile (vedi Tabella 1 e 2).

Abruzzo

Nel 2021 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono il 79,5% degli e il 51,0% delle donne (come lo scorso anno al di sotto la media nazionale). Rispetto al consumo delle diverse tipologie di bevande, tutte le prevalenze sono invariate rispetto al 2020 ad eccezione della prevalenza dei consumatori di super alcolici di sesso maschile che risulta superiore alla media italiana (in aumento del 17,8%). Sempre tra gli uomini sono superiori alla media nazionale le prevalenze dei consumatori di birra (68,6%) e di amari (46,9%) mentre tra le donne, come rilevato anche lo scorso anno, la prevalenza delle consumatrici di vino è inferiore alla media (37,1%).

L'analisi dei diversi comportamenti a rischio non evidenzia variazioni significative rispetto al 2020 e mostra valori in linea con il dato nazionale di tutti gli indicatori considerati per il genere maschile e più bassi per la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie e delle consumatrici fuori pasto di genere femminile (vedi Tabella 1 e 2).

Molise

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 80,5% per gli uomini (sopra la media italiana) e 50,9% per le donne, e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari si mantiene per il sesto anno consecutivo superiore alla media nazionale ed è superiore alla media anche la prevalenza dei consumatori di birra. Tra le donne è inferiore alla media la prevalenza delle consumatrici di vino, super alcolici e amari e per quest'ultima bevanda il valore è inoltre diminuito passando da 20,6% nel 2020 a 14,1% nel 2021.

Come nel 2020, per gli uomini i valori di tutti gli indicatori che identificano i comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale, mentre per le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale; non si registrano inoltre variazioni significative di questi indicatori né tra gli uomini né tra le donne (vedi Tabella 1 e 2).

Campania

I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 75,3% dei maschi e il 48,5% delle femmine (queste sotto la media nazionale). Come per il 2020, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino (M=61,4%; F=33,9%), aperitivi alcolici (M=40,9%; F=21,3%) e super alcolici (M=31,7%; F=11,8%) sono inferiori alla media nazionale oltre alla prevalenza dei consumatori di birra (60,0%) per il solo genere maschile per i quali si mantiene invece superiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari (47,0%). Rispetto al 2020 non si rilevano variazioni significative dei consumatori delle bevande alcoliche considerate.

Per entrambi i generi, tutti gli indicatori relativi ai diversi comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media nazionale, anche se la prevalenza degli uomini che consumano bevande alcoliche fuori pasto è aumentata rispetto al 2020 del 15,8% (vedi Tabella 1 e 2).

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata del 74,9% tra gli uomini e 49,9% tra le donne e il valore rispetto al 2019 è rimasto stabile per gli uomini mentre è diminuito del 9,3% tra le donne. Per gli uomini la prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale come già rilevato negli anni precedenti (M = 51,2%) mentre sono inferiori alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici e di vino per entrambi i generi oltre alla prevalenza di super alcolici e birra per le sole donne. Per tutte le bevande non ci sono variazioni rispetto all'anno precedente ad eccezione della prevalenza delle consumatrici di birra che è diminuita del 16,1%.

Tutti gli indicatori di rischio considerati sono inferiori alla media nazionale, la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari e dei consumatori a rischio ISS è diminuita rispetto al 2020 per entrambi i generi, come la prevalenza dei *binge drinker* di sesso maschile (vedi Tabella 1 e 2).

Basilicata

Nel 2021 il 77,1% degli uomini e il 48,3% delle donne ha consumato almeno una bevanda alcolica; per i soli uomini il valore è diminuito rispetto al 2019 del 6,4% e come l'anno scorso il dato relativo è superiore alla media nazionale. La prevalenza dei consumatori di super alcolici è superiore alla media nazionale per entrambi i generi oltre alla prevalenza dei consumatori di vino per i soli uomini e delle consumatrici di aperitivi alcolici per le sole donne. Rispetto all'anno 2020 si rileva per i soli uomini una diminuzione della prevalenza dei consumatori di vino (-8,6%), di birra (-8,2%) e di amari (-17,1%).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori superiori alla media nazionale della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari, *binge drinker*, e di quelli fuori pasto per il solo genere maschile. Rispetto all'anno 2020 si registra, solo tra gli uomini, una diminuzione dei consumatori a rischio (-25,1%) a fronte di un incremento dei consumatori fuori pasto (+16,2%) (vedi Tabella 1 e 2).

Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è pari al 75,8% tra gli uomini e al 49,3% tra le donne e rispetto all'anno 2020 si osserva per entrambi i generi una diminuzione del valore del 7,4% e 13,5% rispettivamente. Per entrambi i generi la prevalenza dei consumatori di amari è superiore alla media nazionale (M=48,5%; F=21,5%) mentre per le sole donne le prevalenze delle consumatrici di vino e aperitivi alcolici sono inferiori alla media italiana. Rispetto al 2020 si osserva per entrambi i generi una diminuzione dei consumatori di vino (M=10,1%; F=14,7%), e di birra (M=10,2%; F=16,2%) oltre ad una diminuzione della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici tra i soli maschi (12,6%).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto è inferiore alla media nazionale per entrambi i generi, come per la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentari e consumatrici a rischio. Rispetto al 2020, tra gli uomini si osserva una diminuzione dei consumatori fuori pasto del 16,9% e di quelli a rischio del 21,4% (vedi Tabella 1 e 2).

Italia insulare

Nel 2021 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia insulare è stata del 73,3% tra gli uomini e del 47,6% tra le donne; per entrambi i generi i valori registrati sono come lo scorso anno i più bassi registrati rispetto alle altre ripartizioni territoriali italiane, così come le percentuali di consumatori di vino (M = 59,0%, F = 31,1%) e la percentuale di consumatori di super alcolici tra i soli uomini (32,1%). La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici per entrambi i generi e le prevalenze dei consumatori di super alcolici e di birra per le sole donne sono più basse rispetto a quelle rilevate nelle altre ripartizioni territoriali. Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche ad eccezione dei consumatori di aperitivi alcolici che sono diminuiti dell'8,6%.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio mostra che i valori rilevati di tutti gli indicatori sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi senza variazioni rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabella 1 e 2).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2021 è stata pari al 71,8% tra gli uomini e al 47,1% tra le donne; per entrambi i generi i valori sono inferiori ai medi italiani e non si osservano variazioni significative rispetto al 2020. I valori di prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana per entrambi i generi, e per tutte le bevande non ci sono variazioni di rilievo rispetto all'anno precedente.

Sull'analisi delle abitudini di consumo, tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i generi, e i valori sono approssimabili a quelli del 2020 (vedi Tabella 1 e 2).

Sardegna

Nel 2021 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 77,8% degli uomini e al 48,9% delle donne e per queste ultime il valore è più basso di quello registrato a livello medio nazionale. L'analisi delle bevande consumate mostra che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori di vino, di aperitivi alcolici e di super alcolici sono inferiori alla media italiana oltre alla prevalenza dei consumatori di amari per i soli uomini; per questi ultimi la prevalenza dei consumatori di birra è superiore alla media italiana (68,2%).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che, per gli uomini, si mantengono, come nelle rilevazioni precedenti, superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto (44,4%), dei *binge drinker* (15,0%), dei consumatori a rischio ISS (24,5%), mentre si mantiene inferiore alla media, la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (18,5%) (vedi Tabella 1 e 2).

CONSUMO DI ALCOL PER TARGET DI POPOLAZIONE

Consumo di alcol tra i giovani

Nel corso dell'anno 2021, il 49,4% dei ragazzi e il 41,0% delle ragazze di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. La prevalenza dei consumatori tra i ragazzi è diminuita tra il 2010 e il 2014, è aumentata fino al 2017 e si è stabilizzata nel corso degli ultimi anni; tra le donne la prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche è rimasta pressoché stabile tra il 2011 e il 2015, è aumentata nel 2016 e nel corso degli ultimi ha subito delle oscillazioni rimanendo tuttavia pressoché stabile (Figura 20).

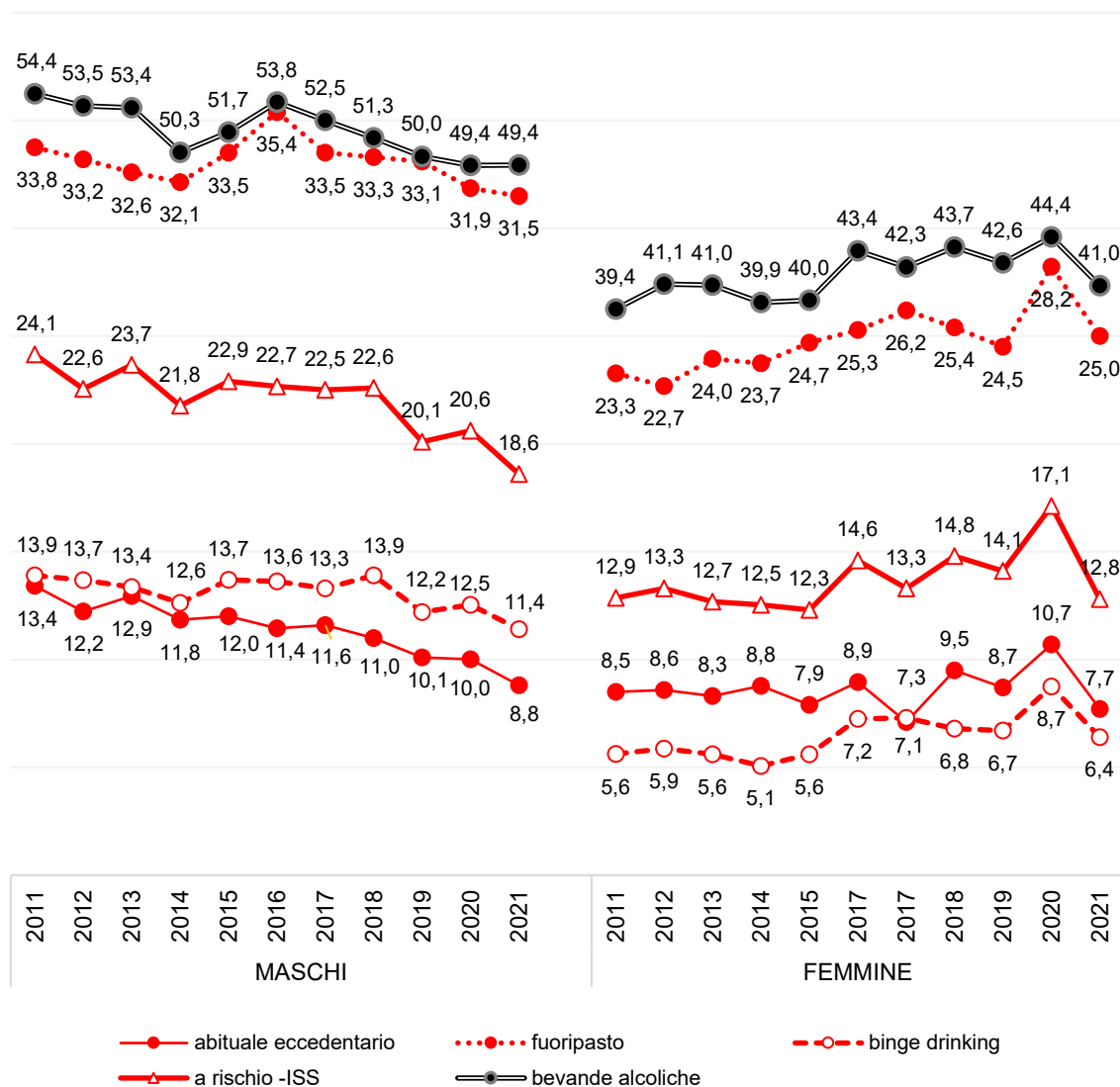


Figura 20. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età 11-25 anni) (2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Come per gli anni precedenti, i consumi più elevati si riscontrano fra i ragazzi, in primo luogo per la birra (42,3%), poi per gli aperitivi alcolici (37,3%) e per il vino (31,6%). La prevalenza delle consumatrici di aperitivi (33,43%) è la più elevata rispetto alla prevalenza delle consumatrici di altre bevande, seguita dalla prevalenza di consumatrici di birra (28,0%) e vino (24,2%). Gli amari si confermano le bevande alcoliche meno apprezzate fra i giovani, che sono stati consumati dal 26,1% dei ragazzi e dal 14,2% delle ragazze.

Né per i ragazzi né per le ragazze si registrano differenze significative nei consumi delle diverse bevande alcoliche rispetto al 2020 (vedi Figura 20 e Tabella 3).

Tabella 3. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per classi di età, tipologia di consumo e genere (2021)

Tipologia di consumo	11-17 ¹		18-20 ²		21-25		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	16,5*	14,2*↓	72,3	62,2	79,5	67,7	49,4	41,0
Consumatori di vino	6,7*	5,3*	44,9	35,4	56,9	45,6	31,6	24,2
Consumatori di birra	12,3	7,7↓	61,5	42,6	70,9	49,2	42,3	28,0
Consumatori di aperitivi alcolici	9,4*	9,3*	56,6*	52,6*	63,0	57,2	37,3	33,4
Consumatori di amari	4,3*	2,7*	37,9	23,8	48,2	25,3	26,1	14,2
Consumatori di super alcolici	4,3*	3,8*	41,9	30,4	49,4	30,2	27,4	17,6
Consumatori abituali eccedentari	16,5*	14,2*↓	2,9*	1,8*	2,0*	1,7*	8,8*	7,7*↓
Consumatori di alcolici fuori pasto	6,6*	6,4*	48,4	39,2	54,6	43,8↓	31,5	25,0↓
Consumatori <i>binge drinking</i>	2,3*	1,8*	19,5	11,6	18,8	10,0↓	11,4	6,4↓
Consumatori a rischio-criterio ISS	16,5*	14,2*↓	21,2	12,5	19,9	10,9↓	18,6	12,8↓

¹ Età minima legale per la somministrazione o la vendita di bevande alcoliche

² Età minima legale con tasso alcolemico alla guida pari a 0

* La differenza di genere non è statisticamente significativa (IC 95%).

↓ Dato diminuito rispetto al 2020

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che, tra le donne, a fronte dell'incremento registrato nel corso del 2020 (29), le prevalenze delle consumatrici a rischio per le varie tipologie di comportamenti adottati, nel 2021 sono nuovamente diminuite tornando ai valori registrati nel periodo precedente la pandemia SARS-CoV-2. Il comportamento più diffuso tra i giovani di entrambi i sessi è il consumo fuori pasto (M=31,5%; F=25,0%), seguito dal consumo in modalità *binge* per i maschi (11,4%) e il consumo eccedentario abituale per le femmine (7,7%) (vedi Figura 20 e Tabella 3).

I consumatori a rischio identificati complessivamente nel 2021 sono stati il 18,6% dei giovani 11-25enni e il 12,8% delle loro coetanee per un totale di circa 1.370.000 ragazze e ragazzi che non si sono attenute alle indicazioni di sanità pubblica (vedi Figura 20 e Tabella 3).

Consumatori di 11-17 anni

La Legge 189 dell'anno 2012 impone in Italia il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni come raccomandato dalla WHO per i giovani al di sotto dei 18 anni. Le nuove linee guida per una sana alimentazione prodotte dal CREA (43) sulla base del dossier scientifico contenente le raccomandazioni e le principali indicazioni al consumatore (44) considerano "consumatori a rischio per la loro salute" tutti i giovani minorenni che hanno consumato anche una sola bevanda alcolica nel corso dell'anno. A seguito delle indicazioni di

sanità pubblica sopra riportate, nella fascia di età 11-17 anni quindi, l'indicatore del consumo di almeno una bevanda alcolica, quello del consumo abituale eccedentario e quello del consumo a rischio coincidono. Nel 2021 i ragazzi tra gli 11 e i 17 anni che hanno bevuto alcolici sono stati il 16,5% dei maschi e il 14,2% delle femmine e per queste ultime il dato è diminuito rispetto al 2020 (vedi Tabella 3).

Tra i ragazzi di sesso maschile la birra si conferma la bevanda più consumata (12,3%), seguita dagli aperitivi alcolici (9,4%) e dal vino (6,7%). Anche tra le ragazze le bevande maggiormente consumate nel 2021 sono state gli aperitivi alcolici (9,3%) e la birra (7,7%) seguite dal vino (5,3%). Non si registrano differenze significative nel consumo fra maschi e femmine in questa fascia di età (vedi Tabella 3).

La prevalenza dei consumatori fuori pasto in questa fascia di età è stata del 6,6% dei minorenni e del 6,4% delle loro coetanee; queste ultime che erano aumentate nel 2020 sono nuovamente diminuite tornando ai valori registrati nel periodo precedente la pandemia da SARS-CoV-2 (29). La prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* è stata nel 2021 del 2,3% dei maschi e dell'1,8% delle femmine e non si registrano variazioni statisticamente significative rispetto ai dati rilevati negli anni precedenti.

Le prevalenze dei consumatori a rischio fra i giovanissimi continuano a rimanere in linea con i dati degli ultimi anni (M=16,5%; F=14,2%). Per le minorenni si osserva una diminuzione delle consumatrici a rischio rispetto al 2020 per le quali si era registrato un aumento nel corso dell'anno 2020 (29).

Nel 2021 sono circa 620.000 gli adolescenti minorenni che hanno consumato alcolici e che, secondo gli organismi di sanità pubblica, sono a rischio, sulla base delle nuove evidenze scientifiche.

Consumatori di 18-20 anni

L'alcol agisce su diverse funzioni cerebrali (percezione, attenzione, elaborazione, valutazione, ecc.), con effetti diversi e strettamente correlati alle concentrazioni di alcol nel sangue (alcolemia), allo stato fisico, al sesso della persona e alla sua età e per questo motivo è necessario valutare attentamente gli effetti negativi dell'alcol mentre si guida.

La normativa italiana stabilisce come valore limite legale un tasso di alcolemia di 0,5 g/L ma la Legge n. 120 del 29 luglio 2010 "Disposizioni in materia di sicurezza stradale", entrata in vigore il 13 agosto 2010, ha introdotto la tolleranza zero e prevede che i patentati con meno di 21 anni, così come i neopatentati (coloro che hanno preso la patente da meno di 3 anni), non possono bere neanche un piccolo quantitativo di alcol quando si mettono al volante.

Le sanzioni per neopatentati trovati con tasso alcolemico compreso tra 0,1 e 0,5 g/L consistono in una multa da 155 a 624 euro e decurtazione di cinque punti dalla patente; le sanzioni raddoppiano nel caso in cui il conducente provochi un incidente. La tolleranza zero vale anche per i minorenni alla guida dei ciclomotori; se il ciclomotorista viene fermato con un tasso di alcol nel sangue compreso tra 0,1 e 0,5 g/L non potrà prendere la patente B fino ai 19 anni, mentre se il livello di alcol supera 0,5 g/L la patente non potrà essere conseguita prima dei 21 anni.

La prevalenza dei ragazzi di età compresa tra i 18 e 20 anni che nel 2021 hanno consumato almeno una bevanda alcolica è stata del 72,3% tra i maschi e del 62,2% tra le femmine, e per entrambi i generi non si registrano variazioni significative dell'indicatore ne rispetto al 2020 ne rispetto al 2019.

La prevalenza dei consumatori di sesso maschile è superiore a quella delle consumatrici di sesso femminile per tutte le bevande considerate ad eccezione degli aperitivi alcolici per i quali la differenza non risulta statisticamente significativa.

Fra le diverse bevande, la birra è la più consumata fra i ragazzi (61,5%), seguita dagli aperitivi alcolici (56,6%), viceversa per le ragazze la prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici (52,6%) è superiore a quella delle consumatrici di birra (42,6%). Al terzo posto per i maschi sono i super alcolici, consumati dal 45,1% dei ragazzi in questa fascia d'età, seguiti dal vino (42,2%), mentre per le femmine al terzo posto troviamo il vino (35,4%) seguito dai super alcolici (30,4%). Gli amari infine sono consumati dal 37,9% dei ragazzi e dal 23,8% dalle loro coetanee (Tabella 3).

Il comportamento a rischio più frequente tra i 18 e i 20 rimane, come nelle precedenti rilevazioni, il consumo fuori pasto, praticato dal 48,4% dei maschi e il 39,2% delle femmine seguito dal praticare il *binge drinking* (M=19,5%; F=11,6%), il consumo abituale eccedentario viene infine praticato in maniera pressoché simile sia dai maschi. Per tutti gli indicatori di rischio non si rilevano variazioni statisticamente significative ne rispetto al 2020, ne rispetto al 2019. (vedi Tabella 3).

Nel 2021 i consumatori a rischio tra i 18 e i 20 anni, sulla base dei criteri ISS, sono stati il 21,2% dei maschi e il 12,5% delle femmine: circa 300.000 ragazzi (vedi Tabella 3).

Consumatori di 21-25 anni

Oltre i ventuno anni, un giovane viene considerato adulto, e le quantità di alcol da non superare giornalmente per non incorrere in rischi per la salute coincidono con quelle della popolazione adulta: 2 UA per gli uomini e 1 UA per le donne (43-44).

In questa fascia di età il 79,5% dei ragazzi e il 67,7% delle ragazze sono consumatori, ovvero hanno bevuto almeno una bevanda alcolica durante il 2021, ed il valore è, per entrambi i generi, approssimabile a quelli rilevati negli anni precedenti la pandemia.

Tra i maschi di 21-25 anni la bevanda alcolica più consumata è la birra (70,9%) seguita dagli aperitivi alcolici (63,0%), dal vino (56,9%) ed infine dai superalcolici (49,4%) e dagli amari (48,2%), in tutti i casi senza variazioni di rilievo rispetto agli anni precedenti.

Tra le femmine 21-25enni invece per tutte le bevande alcoliche si arresta nel 2021 il trend crescente osservato negli ultimi anni. Le bevande più consumate dalle ragazze sono gli aperitivi alcolici (57,2%), seguiti dalla birra (49,2%), dal vino (45,6), dai super alcolici (30,2%) e dagli amari (25,3%); per tutte le bevande non si rilevano variazioni statisticamente significative dei valori rispetto all'anno 2020.

Il comportamento a rischio più diffuso è anche per questa fascia di età il consumo fuori pasto (M=56,4%, F=43,8%), anche in questo caso si registra un arresto alla crescita dell'indicatore tra le femmine per le quali, a fronte di un incremento rilevato nel corso della precedente rilevazione, si osserva un decremento del 14,4% rispetto al 2020. I *binge drinker* sono il 18,8% dei ragazzi e il 10,0% delle ragazze, anche in questo caso in diminuzione rispetto al 2020, così da interrompere il trend in crescita. I consumatori abituali eccedentari sono il 2,0% e l'1,7%, rispettivamente dei maschi e delle femmine. I consumatori a rischio secondo i criteri ISS sono stati infine il 19,9% dei maschi e il 10,9% delle femmine e corrispondono a circa 450.000 giovani che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica. Come già evidenziato per altri comportamenti a rischio, tra le donne si interrompe il trend in crescita osservato dal 2014 e rispetto al periodo precedente alla pandemia da SARS-CoV-2, si osserva una diminuzione statisticamente significativa del valore dell'indicatore (vedi Tabella 3).

Consumo di alcol tra gli anziani

La WHO stabilisce che gli anziani sono uno dei target sensibili della popolazione all'esposizione all'alcol, insieme alle donne e ai giovani. Un recente studio ha mostrato che esistono marcate differenze nel consumo di alcol negli anziani tra i diversi Paesi europei e che il genere maschile, così come uno stato socioeconomico più elevato, sono stati associati a un consumo di alcol (60). Con l'avanzare dell'età, il consumo di alcol può peggiorare i problemi di salute esistenti e avere interazioni pericolose con alcuni farmaci.

La riduzione dell'attività dell'alcol-deidrogenasi determina elevate concentrazioni di alcol nel sangue per un periodo più lungo rispetto ad altre fasce di popolazione (61) a causa della diminuzione dell'acqua corporea totale, della minore efficienza del fegato, dell'assunzione di farmaci e della presenza di patologie croniche.

Negli anziani, infine, bere anche una piccola quantità di alcol può portare a situazioni pericolose o addirittura mortali perché può compromettere il giudizio, la coordinazione e il tempo di reazione di una persona aumentando il rischio di problemi di equilibrio e di cadute, che possono provocare fratture dell'anca o del braccio o altre lesioni (62, 63).

Le nuove linee guida (43, 44) del CREA consigliano per questo motivo di non consumare bevande alcoliche o ridurne almeno il consumo a un massimo di 12 g di alcol al giorno in età avanzata per non incorrere in problemi per la salute e tale consumo equivale a 1 UA (circa 330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) indipendentemente dal genere.

In Italia nel 2021 l'81,2% degli uomini ultra-65enni e il 50,1% delle loro coetanee hanno consumato almeno una bevanda alcolica e non si osservano variazioni significative rispetto al 2020, ne rispetto al 2019 (Tabella 4 e Figura 21).

Tabella 4. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (2021)

Tipologia di consumo	65-74		75-84		85+		Totale	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	84,2	54,4	78,1	48,0	74,9	41,7	81,2	50,1
Consumatori di vino	78,4	46,2	73,0	42,7	70,5	38,9	75,7	43,8
Consumatori di birra	61,5	30,0	45,1	18,8	30,5	10,6	52,5	22,9
Consumatori di aperitivi alcolici	31,2	15,5	19,3	7,4	12,9	4,9	25,2	10,9
Consumatori di amari	36,5	15,1	28,9	10,2	21,2	5,4	32,2	11,8
Consumatori di super alcolici	32,6	10,5	22,2	7,1	18,0	4,6	27,5	8,3 [↑]
Consumatori abituali eccedentari	31,0	8,1	29,0	7,6	29,2	6,3	30,1	7,6
Consumatori di alcolici fuori pasto	32,9	11,7	23,8	9,4	20,5	5,9	28,5	9,9
Consumatori <i>binge drinking</i>	4,7	1,7	3,9	0,5	1,6	0,8	4,1	1,1
Consumatori a rischio-criterio ISS	32,9	9,3	30,2	8,0	29,7	6,8	31,7	8,4

[↑] Dato aumentato rispetto al 2020

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana.

La bevanda che presenta la prevalenza di consumatori più elevata in questa fascia di età rimane, come negli anni scorsi, il vino, sia per gli uomini sia per le donne (M: 75,7%; F: 43,8%) seguito dalla birra (M: 52,5%; F: 22,9%); la terza bevanda consumata dagli anziani è per entrambi i generi l'amaro seguito da super alcolici e dagli aperitivi alcolici nel caso dei maschi e da aperitivi alcolici e superalcolici nel caso delle loro coetanee; per tutte le bevande considerate i valori sono rimasti pressoché costanti negli ultimi due (vedi Tabella 4).

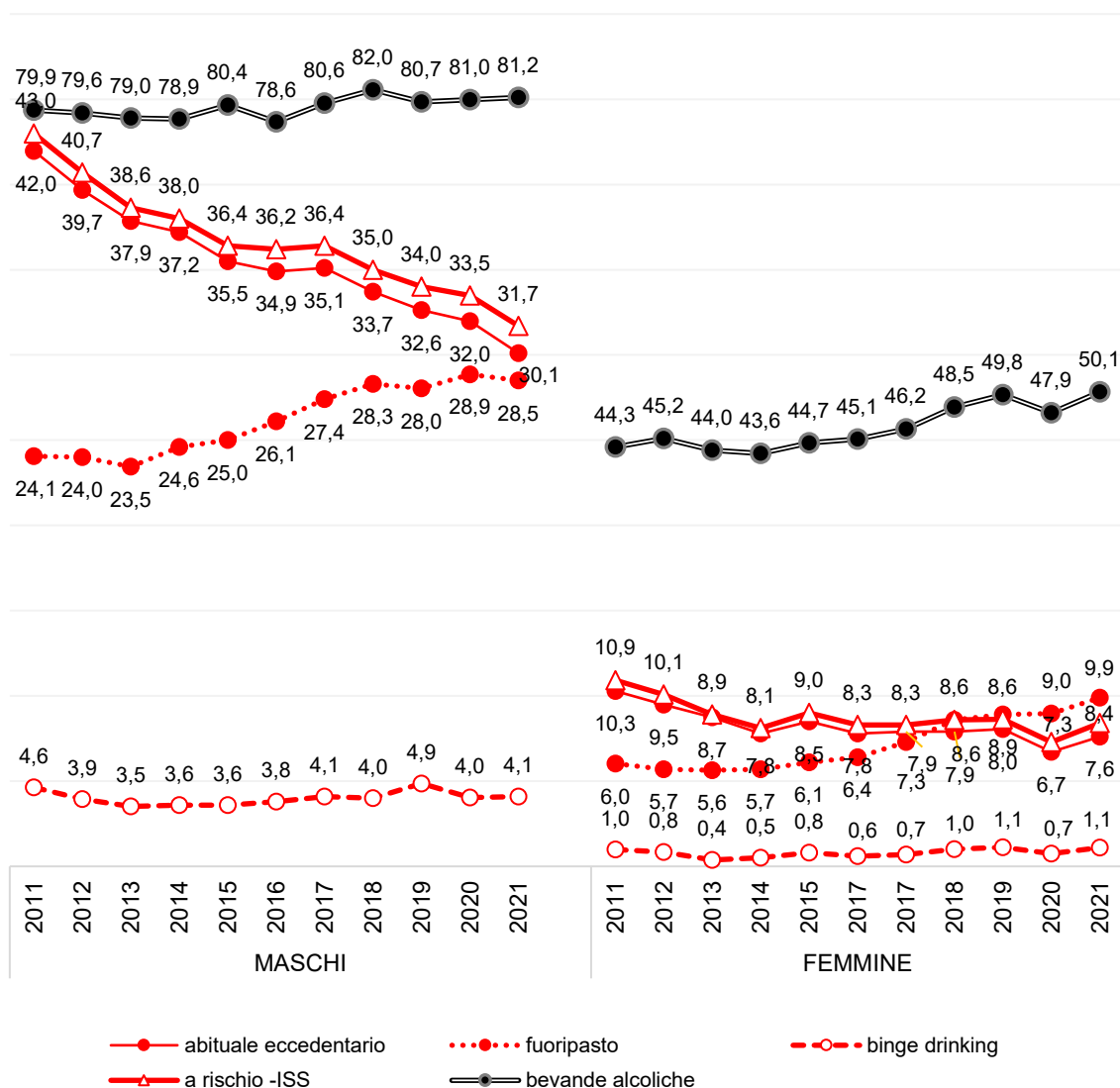


Figura 21. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche, dei comportamenti a rischio, per genere (età ≥65 anni) (2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni ONA-ISS su dati dell'Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le prevalenze dei comportamenti a rischio rimangono invariate rispetto al 2020 sia per i maschi che per le femmine. I comportamenti più frequente sono il consumo abituale eccedentario (M=30,1%; F=7,6%) e il consumo fuori pasto (M=28,5%; F=9,9%) mentre solo il 4,1% dei maschi e l'1,1% delle femmine hanno praticato il *binge drinking* nel 2021. I comportamenti a rischio nelle donne sono molto inferiori rispetto agli uomini.

Sebbene le differenze con l'ultimo anno non siano statisticamente significative, è possibile evidenziare degli andamenti indicativi dei consumi negli over 65 negli ultimi anni. Per gli uomini si conferma il trend decrescente del consumo abituale eccedentario negli ultimi 10 anni, mentre si osserva un arresto alla crescita della prevalenza dei consumatori fuori pasto che si mantengono stabili per il secondo anno consecutivo.

In totale gli over 65 che nel 2021 hanno tenuto un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS sono stati il 31,7%, e l'8,4% delle donne pari a quasi 2.600.000 persone (vedi Tabella 4).

Pe tener conto dei diversi comportamenti adottati da questa fascia di popolazione e le diverse abitudini di consumo sono stati quindi analizzati separatamente i dati relativi a 'giovani anziani' (65-74 anni) che rappresentano l'11,7% della popolazione italiana, agli 'anziani' veri e propri (75-84 anni) che ne rappresentano l'8,2% e ai 'grandi anziani' (85 e oltre) che ne rappresentano infine il 3,7% (64).

Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

In Italia la popolazione media anziana di 65-74 anni nel 2021 era pari al 11,3% della popolazione maschile italiana e al 12,0% di quella femminile (64).

I consumatori in questa fascia d'età sono stati il'84,2% dei maschi e il 54,4% delle femmine, senza variazioni significative rispetto al 2020, ne rispetto al 2019. La bevanda più consumata continua ad essere il vino, sia per gli uomini (78,4%) che per le donne (46,2%), per queste a fronte della diminuzione osservata tra il 2019 e il 2020, si rileva che il valore, sebbene in maniera non significativa dal punto di vista statistico, è tornato ai livelli precedenti la pandemia. La seconda bevanda più consumata rimane la birra (M=61,5%; F=30,0) per la quale non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto agli ultimi due anni. Il consumo di aperitivi alcolici nei giovani anziani, è pari a 31,2% per gli uomini per i quali non si registrano variazioni statisticamente significative, sebbene nel corso dell'ultimo anno sembri interrompersi il trend in crescita; per le donne la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici è stata del 15,5% e in questo caso si conferma il trend in crescita rilevato a partire dal 2013. Gli amari sono stati consumati dal 36,5% dei maschi e dal 15,1% delle femmine; per queste ultime, sebbene senza variazioni significative rispetto all'anno scorso, si conferma un andamento in crescita. I superalcolici, infine, sono stati consumati, nel 2021, dal 32,6% dei maschi (trend crescente) e dal 10,5% delle femmine tra i 65 e i 74 anni. Le prevalenze di consumatori sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate (vedi Tabella 4).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che, per entrambi i generi, la prevalenza nel corso degli ultimi due anni è rimasta pressoché stabile per tutti gli indicatori considerati. Il consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche è stato del 31,0% tra gli uomini e dell'8,1% delle donne mentre la prevalenza del consumo fuori pasto è stata del 32,9% e 11,7% rispettivamente. Il *binge drinking* è il comportamento a rischio meno frequente tra gli anziani che tuttavia e nel 2021 ha riguardato il 4,7 per i maschi e l'1,7% per le femmine.

Come l'anno scorso, sono circa 1.500.000 i giovani anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, ovvero il 32,9% degli uomini e il 9,3% delle donne. Nel corso degli ultimi dieci anni si rileva una costante riduzione della prevalenza dei consumatori a rischio per entrambi i generi sebbene la variazione rispetto agli ultimi anni non risulti significativa (vedi Tabella 4).

Consumatori anziani (75-84 anni)

In Italia la popolazione anziana di 75-84 anni nel 2021 era pari al 7,4% della popolazione maschile italiana e al 9,1% di quella femminile (64). In questa fascia d'età i consumatori nel 2021 sono stati il 78,1% dei 75-84enni di sesso maschile e il 48,0% delle loro coetanee, senza variazioni di rilievo rispetto al 2020, ne rispetto al 2019. L'alcolico più bevuto, come per le altre fasce di anziani, rimane il vino, consumato dal 73,0% dei maschi e dal 42,7% delle femmine, senza

sostanziali variazioni rispetto agli ultimi due anni; la birra è la seconda bevanda consumata dagli anziani 75-84enni ed è stata bevuta dal 45,1% degli uomini e dal 18,8% delle donne, per le quali si registra un aumento, che sebbene non significativo dal punto di vista statistico, fa tornare l'indicatore al valore registrato precedentemente alla pandemia. Gli aperitivi alcolici sono stati consumati dal 19,3% degli uomini e dal 7,4% delle donne senza variazioni significative rispetto agli anni precedenti. Gli amari sono stati consumati dal 28,9% degli uomini di questa classe di età e dal 10,2% delle donne ed i super alcolici dal 22,2% e 7,1% rispettivamente. Anche per queste bevande, sebbene senza variazioni significative rispetto al 2018, si evidenzia un trend crescente nel corso degli ultimi anni. Per tutte le bevande considerate, il dato degli uomini è sempre superiore a quello delle donne (*vedi* Tabella 4).

Per quanto riguarda le abitudini di consumo per i maschi il comportamento a rischio più praticato da questa fascia di popolazione nel 2021 è il consumo abituale eccedentario (29,0%), in diminuzione rispetto al 2019, seguito dal consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti (23,8%); tra le donne la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie è stata nel 2021 pari al 7,6% mentre quella delle consumatrici fuori pasto è stata pari a 9,4% e per quest'ultimo indicatore si conferma la tendenza in crescita, nonostante la differenza non risulti statisticamente significativa rispetto all'anno precedente. Gli anziani di 65-74 anni che hanno praticato nel 2021 il *binge drinking* sono stati il 3,9% dei maschi e lo 0,5% delle femmine.

In totale si stima che nell'anno 2021 sono stati circa 800.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sono il 30,2% degli uomini, per i quali si rileva un trend in decrescita, sebbene non statisticamente significativo e l'8,0% delle donne per le quali i valori sono approssimabili sia con quelli rilevati nel 2020 sia con quelli rilevati nel 2019 (*vedi* Tabella 4).

Consumatori grandi anziani (≥ 85 anni)

In Italia la popolazione media di età superiore a 84 anni nel 2021 era pari al 2,6% della popolazione maschile italiana e al 4,8% di quella femminile (64).

La prevalenza dei "grandi anziani" che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2021 è stata del 74,9% per gli uomini e del 41,7% per le donne senza variazioni significative rispetto agli ultimi anni.

La bevanda più consumata per entrambi i generi rimane il vino, bevuto nel 2021 dal 70,5% degli uomini e dal 38,9% delle donne ultra 85enni, in entrambi i casi senza variazioni di rilievo ne rispetto al 2019 ne rispetto al 2020 e la seconda bevanda è stata la birra (M=30,5%; 10,6%). Consumano inoltre amari il 21,2% degli anziani e il 5,4% delle loro coetanee e consumano super alcolici il (18,0% e 4,6%) rispettivamente; gli aperitivi alcolici infine sono stati consumati nel 2021 dal 12,9% degli uomini e dal 4,9% dalle donne. Le percentuali di consumatori delle bevande considerate sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne per tutte le bevande considerate; per tutte le bevande non si rilevano variazioni statisticamente significative ne rispetto allo scorso anno né agli anni precedenti ad eccezione dei super alcolici che risultano complessivamente per maschi e femmine aumentati rispetto all'anno precedente (*vedi* Tabella 4).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che la prevalenza più elevata si registra per i consumatori abituali eccedentari (M: 29,2%; F: 6,3%) seguita dai consumatori di bevande alcoliche lontano dai pasti (M: 20,5%; F: 5,9%). Solo l'1,6% dei maschi e lo 0,8% delle femmine ha infine consumato alcol in modalità *binge drinking*. Per tutti i comportamenti considerati non si osservano variazioni significative rispetto agli ultimi due anni.

In totale si stima che nell'anno 2021 circa 300.000 ultra 85enni hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS e non si osservano variazioni significative rispetto ai precedenti due anni (*vedi* Tabella 4).

Consumo di alcol tra le donne

Le donne hanno una massa corporea inferiore rispetto agli uomini e una concentrazione minore di acqua nel corpo, per questo motivo la loro capacità di metabolizzare l'alcol è inferiore a quella degli uomini e, a parità di consumo, determina un livello di alcol nel sangue più elevato (43-44).

In Italia nel 2021 il 56,1% delle donne di età superiore a 11 anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno per un totale di oltre 15.580.000 persone e, sebbene si osservi un incremento rispetto al 2011, nel corso degli ultimi anni il dato è rimasto pressoché stabile.

Il 6,1% delle donne ha inoltre consumato alcol in modalità abituale eccedentaria, il 21,7% lontano dai pasti, il 3,6% in modalità *binge drinking* e complessivamente l'8,7% delle donne ha consumato alcol in modalità a rischio per la loro salute, pari a circa 2.430.000 persone (Figura 22).

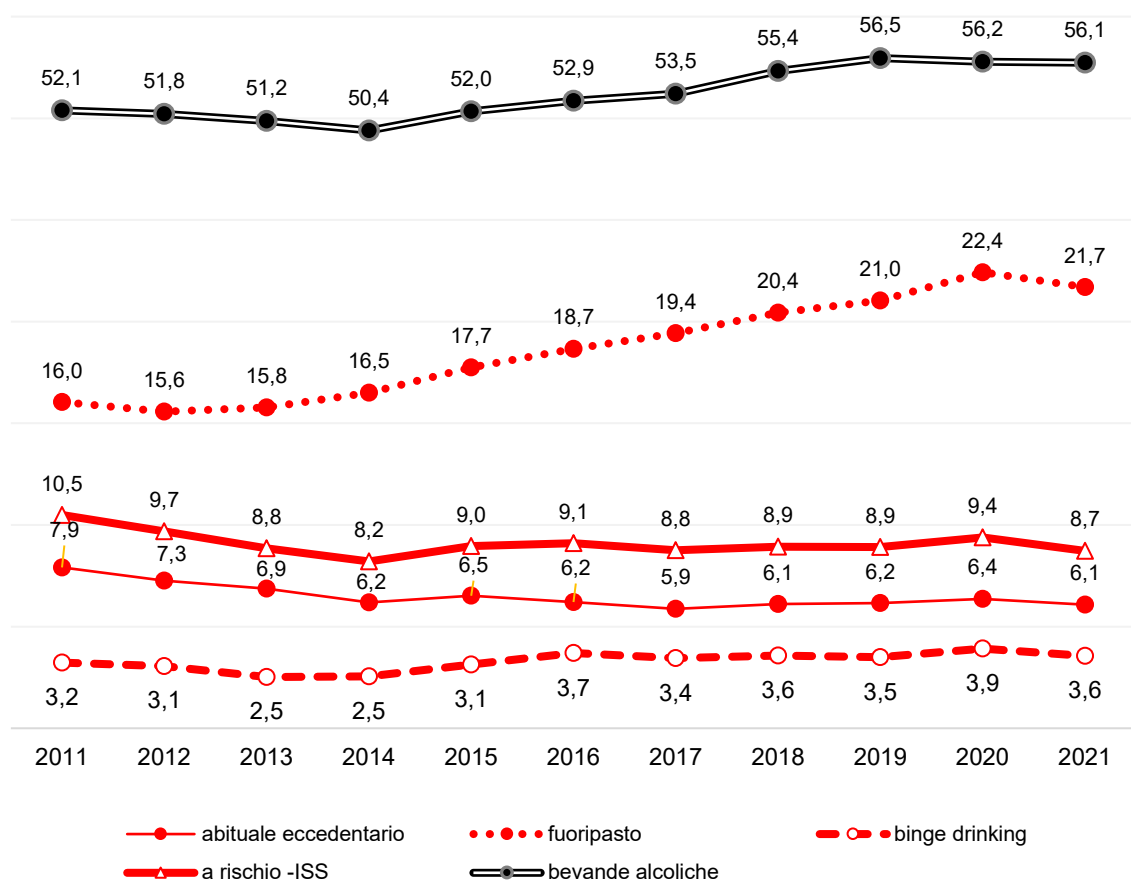


Figura 22. Prevalenze (%) delle consumatrici di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, donne (età ≥11 anni) (2011-2021)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Analizzando i diversi comportamenti a rischio si evince che nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza delle consumatrici di vino o alcolici fuori pasto è cresciuta costantemente, stabilizzandosi nel corso degli ultimi anni. La prevalenza delle consumatrici in modalità *binge*

drinking è diminuita tra il 2011 e il 2014 per poi aumentare in maniera pressoché costante e stabilizzarsi nel corso degli ultimi anni. Le consumatrici abituali eccedentarie sono diminuite tra il 2011 e il 2014 e si sono poi stabilizzate negli anni successivi. Complessivamente, la prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) è diminuita tra il 2011 e il 2014 e si è stabilizzata subendo delle oscillazioni nel corso degli anni successivi (vedi Figura 22).

Consumatrici minorenni (età 11-17 anni)

Molte giovani adolescenti dovrebbero essere correttamente informate del fatto che consumare bevande alcoliche al di sotto dei 18-20 anni non è opportuno sia a causa della scarsa capacità di smaltire l'alcol in età giovanile, sia per la maggiore vulnerabilità delle donne agli effetti negativi dell'alcol (43, 44).

Nel 2021 la prevalenza di consumatrici di almeno una bevanda alcolica di età 11-17 anni è stata del 14,2% ed è diminuita rispetto al 2020 di 24,5 punti percentuale. Le bevande maggiormente consumate dalle giovani donne minorenni sono gli aperitivi alcolici (9,3%) e la birra (7,7%), seguite dal vino (5,3%) ed in proporzione minore dai super alcolici (3,8%) e dagli amari (2,7%).

In questa fascia d'età qualsiasi tipo di consumo è da considerare come rischioso per la salute e nel corso del 2021 oltre 1 ragazza su sette (14,2%) non si è attenuta alle indicazioni di sanità pubblica consumando alcol. La prevalenza delle consumatrici fuori pasto nel 2021 è stata del 6,4% ed a fronte dell'incremento registrato tra il 2019 e il 2020 in questa fascia, il valore è nuovamente diminuito tornando al dato registrato prima dell'epidemia da Sar-Cov2; la prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinking* è stata nel 2021 pari a 1,8% ed il dato è statisticamente approssimabile a quello registrato negli anni precedenti (Figura 23).

30

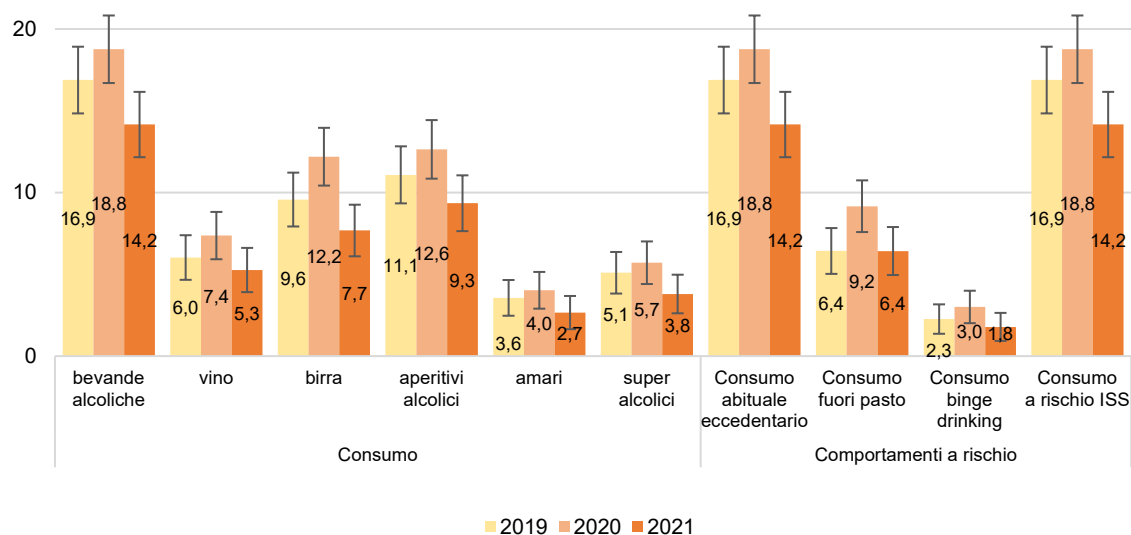


Figura 23. Prevalenze (%) delle consumatrici di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, donne (età 11-17 anni) (2019-2021)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatrici adulte (età 18-49 anni)

Molte donne in età adulta non sono consapevoli della maggiore sensibilità e vulnerabilità fisiologica che le espone a maggiori rischi a causa del loro consumo di alcol; le donne che consumano bevande alcoliche hanno infatti maggiori probabilità di sviluppare numerose patologie tra cui numerosi tipi di cancro (in particolare quello della mammella), osteoporosi, riduzione della fertilità e complicanze legate a gravidanza, quali aborti spontanei e rischio di partorire neonati affetti da sindrome feto alcolica (65-77). Nel 2021 il 65,3% delle 18-49enni ha consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno e la bevanda consumata dal maggior numero di donne è stata la birra (49,0%) seguita da vino (47,7%) e aperitivi alcolici (46,7%) e rispetto al 2020 non si registrano variazioni significative. Il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione è il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, praticato dal 34,6% delle donne, seguito dal *binge drinking* (6,4%) e dal consumo abituale eccedentario (3,8%). (Figura 24).

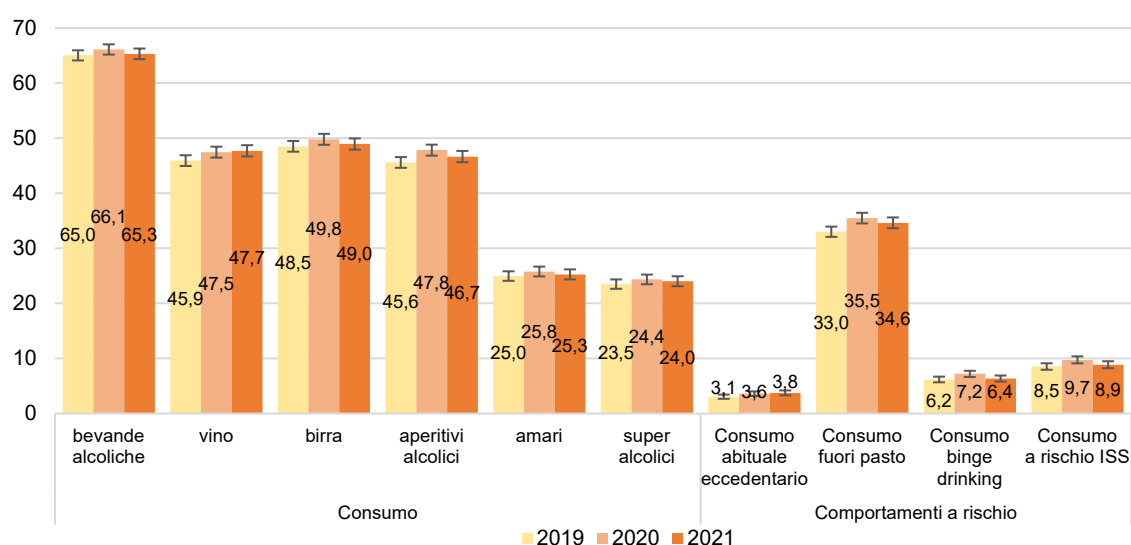


Figura 24. Prevalenze (%) delle consumatrici di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, donne (età 18-49 anni) (2019-2021)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Complessivamente l'8,9% delle donne di questa fascia di popolazione ha consumato bevande in modalità a rischio per la sua salute il valore ed a seguito dell'incremento registrato nel 2020, l'indicatore è tornato ai valori rilevati nell'anno precedente la pandemia da SARS-CoV-2.

Consumatrici adulte (età 50-69 anni)

Il sistema di smaltimento dell'alcol attraverso l'enzima alcol-deidrogenasi non è uguale in tutte le persone e varia in funzione del sesso, dell'età, dell'etnia e di altre caratteristiche personali. Per questo motivo è consigliato anche ad una donna adulta e in stato di buona salute di non superare un consumo giornaliero di una unità per non incorrere in rischi per la salute.

Nel 2021, la prevalenza di donne adulte di età compresa tra i 50 e i 69 anni che hanno consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno è stata del 58,9% ed il dato è approssimabile a quello rilevato negli ultimi due anni.

La bevanda maggiormente consumata in questa fascia di età è stato il vino (47,8%) seguito dalla birra (41,5%), e per quest'ultima bevanda, la prevalenza è tornata ai valori pre-pandemici. Il 25,1% delle donne ha consumato aperitivi alcolici, il 18,4% amari e il 13,2% super alcolici, e per tutte le bevande il dato è approssimabile a quello rilevato negli anni precedenti.

Il comportamento a rischio maggiormente praticato in questo target di popolazione è il consumo di bevande lontano dai pasti (17,3%), la cui prevalenza a fronte dell'incremento registrato nel periodo pandemico, è nuovamente tornato ai livelli registrati negli anni precedenti. Il consumo abituale eccedentario è praticato dal 6,4% delle donne, mentre solo il 2,2% delle 50-69enni ha praticato il *binge drinking* e per entrambe questi indicatori non si registrano variazioni significative rispetto agli anni precedenti. Complessivamente hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute il 7,9% delle donne di 50-69 anni, valore pressoché stabile sia rispetto al 2019 che rispetto al 2020 (Figura 25).

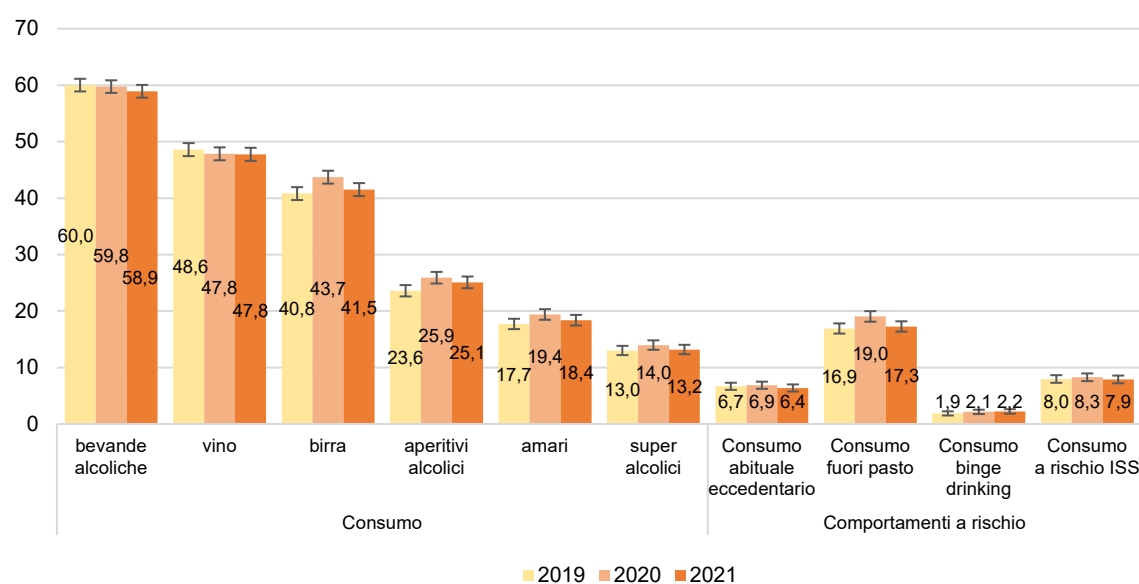


Figura 25. Prevalenze (%) delle consumatrici di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, donne (età 50-69 anni) (2019-2021)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatrici anziane (età ≥70 anni)

Con l'avanzare dell'età si diventa più suscettibili agli effetti dannosi dell'alcol ed a parità di consumo alcolico, gli anziani raggiungono più elevati livelli di concentrazione di alcol nel sangue e hanno una minore tolleranza agli effetti negativi legati all'assunzione, a causa della ridotta capacità di metabolizzare l'alcol; numerosi sono le tipologie di decesso in questo target sensibile di popolazione, il cui rischio viene incrementato dal consumo di alcol: cadute, suicidi, malattie cardiovascolari e psichiatriche nonché alcuni tipi di tumori. Le linee guida per una sana alimentazione (43, 44) suggeriscono per questa fascia di popolazione di non consumare più di una unità di bevande alcoliche al giorno per non incorrere in rischi per la salute.

Nel 2021 sono state il 48,5% le donne ultra 70enni che hanno consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno e rispetto alla precedente rilevazione il dato è nuovamente aumentato tornando al valore pre-pandemico. La bevanda in assoluto più consumata in questa fascia d'età è il vino (43,1%) e anche in questo caso il valore è tornato ai livelli pre-pandemici.

Una donna su cinque consuma inoltre birra (19,7%) e il 10,2% amari; la prevalenza delle consumatrici di super alcolici nel 2021 è stata del 7,2% e quella delle consumatrici di aperitivi alcolici dell'8,6% e per entrambe queste bevande il valore è aumentato rispetto allo scorso anno.

I comportamenti a rischio più frequenti in questa fascia di popolazione sono il consumo abituale eccedentario (7,3%) e il consumo di alcol lontano dai pasti (8,9%) e per quest'ultima tipologia di consumo a rischio, la prevalenza è aumentata rispetto al 2020; solo lo 0,9% delle ultra-70enni ha praticato il *binge drinking* senza variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni.

Complessivamente nel 2021 il 7,9% delle donne anziane ultra 70enni ha consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute e non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 26).

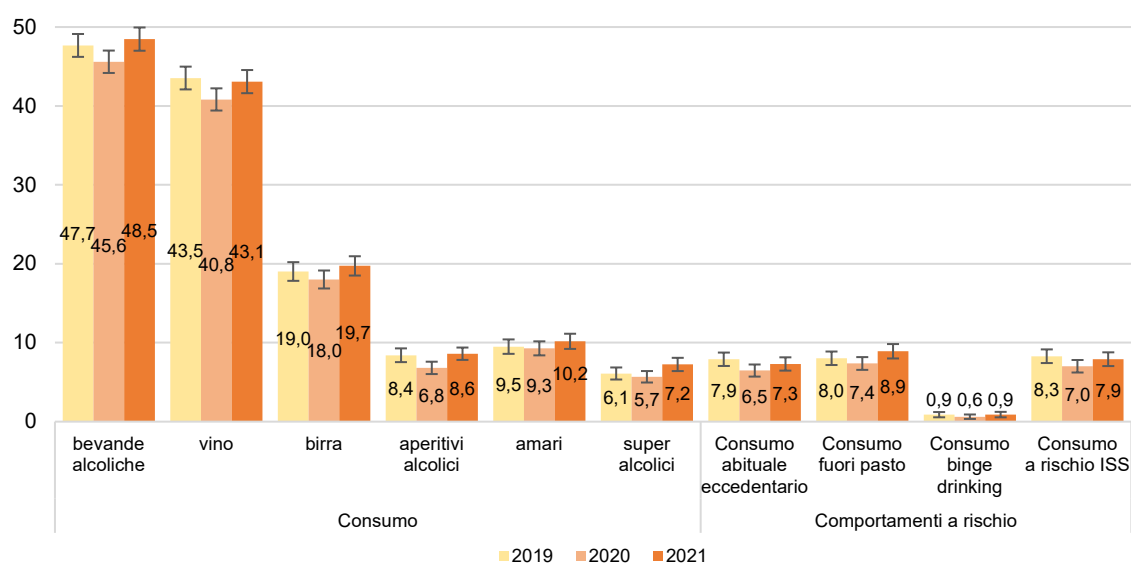


Figura 26. Prevalenze (%) delle consumatrici di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, donne (età ≥70 anni) (2019-2021)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

PARTE 2
Altre attività dell'ONA-ISS

PROGETTO EUROPEO FAR-SEAS SUI DANNI DEL CONSUMO DI ALCOL IN GRAVIDANZA

Le gravidanze esposte all'alcol (*Alcohol Exposed Pregnancies*, AEP) comportano per il nascituro un elevato rischio di una serie di anomalie congenite e deficit comportamentali, cognitivi e di adattamento: lo spettro dei disordini feto-alcolici (FASD). Sebbene ci siano evidenze di interventi efficaci per prevenire le AEP, molte donne in gravidanza in Europa continuano a bere e ci sono ancora poche azioni in atto a livello regionale e nazionale in Europa. L'UE ha i tassi più alti al mondo di FASD, oltre 2,5 volte la media globale.

Il Ministero della Salute, l'ONA-ISS e la SIA promuovono da anni l'incremento della consapevolezza nelle donne in gravidanza (e in età fertile, e che stanno programmando una gravidanza) attraverso campagne di comunicazione e prevenzione con lo scopo di contribuire a garantire un'informazione corretta ed esauriente che renda le donne consapevoli e competenti nella gestione del consumo di alcol ed eviti di esporle ai rischi di danni completamente evitabili sostenendo uno stile di vita sano sospendendo completamente il consumo di alcol in gravidanza (zero alcol in gravidanza). Tra le attività si segnala in particolare la campagna Too Young To Drink che negli anni ha realizzato numerosi materiali divulgativi, come il libretto "Donna e alcol. Alcol: sei sicura?", il pieghevole "Alcol e gravidanza: sei sicura?", la locandina "Alcol e gravidanza", scaricabili gratuitamente nella pagina web dedicata (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/osservatorio-nazionale-alcol>).

In Europa il contratto di servizio FAR-SEAS (*Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after Standard European Alcohol Survey*, <https://far-seas.eu/>) è stato l'unico consorzio di ricerca europeo dedicato alla prevenzione della FASD; come precedentemente introdotto, esso è stato affidato, in Italia, all'ONA del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'ISS (45).

Il progetto ha avuto come obiettivo il sostegno agli Stati Membri nel contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol attraverso iniziative mirate ad aumentare la consapevolezza sui rischi del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati in gravidanza. Come risultato delle attività, una serie di strumenti, attualmente in revisione da parte della Commissione Europea, si potranno rendere disponibili, adattati per il contesto nazionale, a cura dell'ONA-ISS, tra i quali una raccolta di buone pratiche basate sulle evidenze e sull'opinione di esperti del settore, e lo standard di formazione FAR-SEAS per l'identificazione precoce e l'intervento breve sul consumo di alcol in gravidanza.

Donna, alcol e gravidanza

Il consumo di alcol nelle donne è tradizionalmente inferiore a quello degli uomini, sebbene tale differenza di genere sia in diminuzione, addirittura scomparsa in alcuni Paesi. Il consumo di alcol in gravidanza, oltre ad essere più dannoso per la salute della donna, è associato a una vasta gamma di danni al feto e al bambino quali l'aborto spontaneo, la natimortalità, la sindrome della morte improvvisa in culla, il parto pretermine, alcune malformazioni congenite, il basso peso alla nascita, il ritardo di sviluppo intrauterino e una serie di disordini racchiusi dal FASD, a partire dalla manifestazione più grave, la sindrome feto-alcolica (*Foetal Alcohol Syndrome*, FAS), una serie di anomalie strutturali e di sviluppo neurologico che comportano gravi disabilità comportamentali e neuro-cognitive (65-70).

L'esposizione prenatale all'alcol interferisce con il normale sviluppo del feto causando un danno a carico del sistema nervoso centrale, il più grave tra i danni, alla base di tutte le diagnosi nell'ambito dello spettro dei disordini feto-alcolici, danni che si manifestano con segni e sintomi di disabilità e che includono disturbi comportamentali, di attenzione, cognitivi, delle funzioni esecutive e di memoria. Le persone con disturbi della FASD mostrano deficit di pensiero astratto, di organizzazione, di pianificazione, di apprendimento, nel ricordare sequenze di eventi, nel collegare relazioni di causa-effetto, deficit di linguaggio espressivo e ricettivo, nelle abilità sociali e di consapevolezza e regolazione dei comportamenti e delle emozioni: l'elenco attuale comprende più di 400 condizioni associate e che comportano disabilità più o meno gravi che accompagnano i pazienti per tutta la vita (71).

Il feto non può metabolizzare l'alcol perché privo degli enzimi necessari e quindi anche una minima quantità ne pregiudica la salute: i metaboliti dell'alcol (acetaldeide) si accumulano nel sistema nervoso del feto e in diversi organi, danneggiandoli irrimediabilmente. Tutte le fasi dello sviluppo embrionale sono vulnerabili agli effetti teratogeni dell'alcol, per questo motivo secondo le linee guida cliniche della maggioranza dei Paesi del mondo il consumo di alcol in gravidanza è controindicato e il messaggio di salute pubblica è "non bere in gravidanza (zero alcol) e non bere quando si decide di avere un figlio". I disordini feto-alcolici sono prevenibili al 100%, se si evita l'alcol in gravidanza. Nonostante l'esistenza di una precisa controindicazione a tutela della salute del bambino, molte donne in gravidanza continuano a consumare bevande alcoliche (71, 72).

I dati mostrano che il consumo di alcol in gravidanza è comune in molti Paesi e circa il 10% delle donne nella popolazione generale consuma alcol durante la gravidanza. Nella Regione europea della WHO, una percentuale relativamente alta (circa un quarto) di donne incinte nella popolazione generale consuma alcol durante la gravidanza, dato anche rispecchiato dal fatto che questa regione ha anche la più alta prevalenza di FASD al mondo, 2,6 volte superiore alla media globale (72-74). Nei Paesi della Regione del Mediterraneo orientale della WHO e della Regione del sud-est asiatico, dove i tassi di astinenza dall'alcol in generale sono molto elevati, la prevalenza del consumo di alcol durante la gravidanza e della FASD sono stimate come le più basse di tutte le Regioni (72-74).

Il consumo di alcol durante la gravidanza è la causa diretta della FASD, una condizione cronica e permanente, che è una delle principali cause di disordini dello sviluppo neurologico e di disuguaglianza sociale a livello globale e in Europa. I tassi di prevalenza della FASD nelle sottopopolazioni ad alto rischio (bambini in cura, adulti nei sistemi correzionali, le popolazioni con istruzione speciale) erano da 10 a 40 volte superiori rispetto alla prevalenza globale di 7,7 per 1.000 (75, 76). Tuttavia, ad oggi, la maggior parte dei Paesi non dispone di dati sulla prevalenza a livello di popolazione sul consumo di alcol in gravidanza o sulla FASD. Così come per molti Paesi, anche in Italia i dati sul consumo di alcol in gravidanza e sulla FAS/FASD sono in corso di aggiornamento (77): le stime disponibili si riferiscono a meta-analisi che hanno incluso studi effettuati tra il 1989 e il 2011 e che indicano una prevalenza stimata di consumo di alcol in gravidanza nella popolazione generale pari al 33,1%, di gran lunga superiore alle stime del consumo di alcol in gravidanza nel mondo (9,8%), inferiore a quella di alcuni Paesi europei quali l'Irlanda (60,4%), Bielorussia (46,6%), Danimarca (45,8%), Regno Unito (41,3%) (74).

Se le informazioni sul consumo di alcol in gravidanza nel mondo sono limitate (Italia inclusa), ancor più lo sono quelle che riguardano la FASD e la FAS. Secondo il *Global Status Report on Alcohol and Health 2018* della WHO (1), la più alta prevalenza di consumo di alcol in gravidanza (di qualsiasi quantità) è nei Paesi della Regione europea, con una media del 25%. Lo stesso rapporto evidenzia inoltre come ancora più allarmante il fatto che il 2,7% consuma alcol con modalità *binge drinking* e cioè "bere per ubriacarsi", la più dannosa tra le modalità di consumo e per la FASD. Da rilevare che le stime di prevalenza di consumo di alcol nelle donne in gravidanza

riflettono il consumo di alcol nella popolazione generale del Paese in esame, così come le stime di prevalenza della FAS, FASD sono varie nell'ambito di popolazioni e studi diversi dello stesso Paese (1).

Workshop conclusivo del progetto

Lo scorso 13 settembre 2022 si è tenuto in Norvegia, ad Arendal un workshop organizzato dal consorzio europeo FAR-SEAS di cui, a seguire, una sintesi dell'evento e il lavoro svolto, evento che è coinciso con la conclusione dei lavori FAR-SEAS. Nel corso dell'incontro, i principali esperti internazionali del settore (responsabili politici, professionisti multisettoriali e rappresentanti della comunità scientifica), si sono confrontati con l'obiettivo di condividere conoscenze ed esperienze e discutere i principali ostacoli, e soluzioni disponibili, finalizzate a guidare le politiche e le buone pratiche per ridurre l'esposizione prenatale all'alcol in Europa. Al workshop hanno partecipato 52 invitati tra responsabili politici, professionisti multisettoriali e rappresentanti della comunità scientifica di 19 Paesi. Dal momento che l'evento si è svolto all'interno del programma della Conferenza EUFASD (*European Fetal Alcohol Spectrum Disorders Alliance*), a questi si sono aggiunti 14 esperti EUFASD e i membri del consorzio FAR-SEAS.

Il workshop in Norvegia dal titolo *Policy and Practice to Tackle Fetal Alcohol Spectrum Disorders* (Politiche e pratiche per affrontare i disturbi dello spettro alcolico fetale) è stato co-ospitato dal Centro Nazionale Polacco per la Prevenzione delle Dipendenze (*Polish National Centre for the Prevention of Addictions, KCPU*), con il sostegno dell'Istituto per la Madre e il Bambino di Varsavia - *Institute of Mother and Child* (Polonia). Esso è stato il settimo di una serie programmata e realizzata tra il 2020 e il 2022 nell'ambito della componente sulla prevenzione del "Piano Europeo di Lotta contro il Cancro" (*Europe's Beating Cancer Plan*), impegnata sul tema del cancro correlato al consumo di alcol attraverso il sostegno agli Stati Membri nell'implementare buone pratiche per ridurre il consumo di alcol.

L'ONA-ISS ha partecipato all'organizzazione e allo svolgimento degli eventi come parte competente nel coordinamento delle attività del consorzio europeo FAR-SEAS ma anche delle progettualità DEEP SEAS (*Developing and Extending Evidence and Practice from the Standard European Alcohol Survey*), e ALHAMBRA (*Alcohol Harm Measuring And Building Capacity for policy Response and Action*) talora svolte in contemporanea, contribuendo a garantire l'aggiornamento formale e istituzionale connesso al monitoraggio epidemiologico, ai sistemi formali di sorveglianza, alle linee guida, alla valutazione dei nuovi strumenti di identificazione precoce, alle modalità di formazione e d'intervento relativo alla prevenzione dei Disturbi da Uso di Alcol (DUA), alla conduzione di studi e protocolli pilota in *Primary Health Care* in località Europee selezionate (Portogallo, Catalogna, Polonia) fornendo e aggiornando le evidenze scientifiche da mettere a disposizione della Commissione e degli Stati Membri.

L'evento è stato suddiviso in due sessioni:

- *Sessione 1. L'impatto sulla popolazione della FASD: implementare studi di prevalenza su larga scala sulla FASD*

Questa sessione ha fornito una panoramica sulle stime più recenti di prevalenza dell'esposizione all'alcol durante la gravidanza e della FASD nella popolazione generale nelle regioni della WHO e a livello globale; così come la prevalenza in sottopopolazioni, i costi e le comorbidità associate alla FASD. La prima sessione ha anche fornito un'introduzione pratica alla metodologia della WHO per valutare la prevalenza nazionale

della FASD e ha presentato dati specifici sull'esperienza in diversi contesti europei, inclusa la discussione delle barriere / facilitatori e le priorità per l'armonizzazione delle stime di prevalenza su larga scala.

- *Sessione 2. “Where we go next” - Dove andiamo ora? Politiche e pratiche per ridurre il rischio e la prevalenza di FASD*

Questa sessione, basata sugli studi di prevalenza, si è concentrata sulle buone pratiche di prevenzione dell'alcol per affrontare l'AEP e la FASD. Durante la sessione sono stati condivisi i risultati del progetto FAR-SEAS sulla revisione delle buone pratiche, delle linee guida e dello studio pilota per promuovere la riduzione dell'esposizione prenatale all'alcol nei contesti europei, inclusa la discussione delle barriere più comuni a livello nazionale, subnazionale ed europeo.

Le due sessioni sono state sviluppate con l'idea di far convergere l'una nell'altra: l'attenzione data alla prevalenza è stata essenziale per evidenziare l'importanza di affrontare la FASD e dare all'argomento una priorità politica; l'attenzione alla prevenzione è stato quindi il passo logico dopo aver stabilito l'entità del problema, i disturbi in comorbilità e i costi associate.

Ogni sessione ha incluso uno spazio informativo, da parte di esperti del contratto di servizio FAR-SEAS, sullo stato dell'arte e sulle evidenze internazionali a tal riguardo a cui hanno fatto seguito presentazioni che hanno fornito prospettive o esperienze di diverse parti interessate, aggiungendo ulteriori dettagli per informare la successiva discussione tra i partecipanti. Al termine delle presentazioni, hanno fatto seguito discussioni in piccoli gruppi con domande specifiche che sono state sottoposte all'attenzione dei partecipanti ai gruppi. Infine, le discussioni dei piccoli gruppi sono state condivise in una sessione plenaria nel corso della quale sono state tratte le conclusioni.

Take home message del workshop

I principali *take-home message* sollevati nel corso dell'evento e le azioni ritenute prioritarie dalla maggioranza dei partecipanti sono di seguito riassunti:

- Sostenere lo svolgimento di studi epidemiologici nazionali e regionali standardizzati per monitorare efficacemente l'esposizione prenatale all'alcol e la FASD.
- Prestare particolare attenzione alle popolazioni a rischio (come i bambini in trattamento, soggetti in stato di detenzione, le popolazioni psichiatriche) a causa dell'enorme prevalenza di FASD tra queste popolazioni rispetto alla popolazione generale, e il conseguente impatto negativo in termini di disuguaglianze sociali e sanitarie.
- Ridurre il rischio di stigmatizzazione, delle madri biologiche e le loro famiglie che partecipano a studi di prevalenza o interventi pilota (utilizzando un titolo neutro, obiettivi generali).
- Ripensare “a come parlare di FASD e di coloro che ne soffrono” è stato sostenuto prioritario da un numero significativo di esperti in quanto il termine FASD può essere di per sé stigmatizzante e dovrebbe essere più neutrale.
- Non utilizzare i dati di prevalenza in modo improprio evitando l'ulteriore stigmatizzazione delle madri con bambini con FASD e dipendenza da alcol (i dati di prevalenza dovrebbero servire come solida base scientifica per dimostrare la presenza di un problema di salute pubblica degno di attenzione e la necessità di risorse / interventi politici).
- Ridurre la pressione al consumo di alcol tra le donne in età fertile (come tra le donne in gravidanza), attraverso politiche di popolazione costo-efficaci (*the best buys* - i migliori acquisti della WHO) per ridurre la prevalenza di FASD quali:

- ridurre la domanda di alcolici attraverso le politiche di tassazione e sui prezzi;
 - regolamentare e limitare la disponibilità fisica di bevande alcoliche;
 - limitare/vietare la pubblicità di bevande alcoliche, comprese le campagne rivolte alle giovani donne;
 - fornire cure accessibili e convenienti per coloro che manifestano disturbi da uso di alcol;
 - implementare programmi di identificazione precoce e interventi brevi sul consumo dannoso di alcol;
 - aumentare la consapevolezza sui problemi di salute causati dall'alcol, anche durante la gravidanza.
- Raccogliere dati sulle comorbidità e sui costi intersettoriali sostenuti (nei comparti istruzione e giustizia) per accompagnare le stime di prevalenza, per supportare il processo decisionale.
 - Sostenere le stime di prevalenza, di riferimento per la politica, per sostenere le famiglie, rafforzare il controllo sull'alcol e attivare azioni preventive e pratiche su larga scala per ridurre l'esposizione prenatale all'alcol e la FASD.
 - Promuovere campagne sulla prevenzione primaria del consumo di alcol, raggiungendo anche le reti sociali che possono riguardare le donne (in età fertile e in gravidanza) rammentando che gli elementi universalmente trasferibili di una prevenzione efficace includono:
 - approcci di implementazione attraverso team multidisciplinari;
 - messaggi coerenti su PAE (*Prenatal Alcohol Exposure*) e FASD su tutte le piattaforme;
 - approcci alla gestione dei casi;
 - azioni per ridurre il consumo di alcol in generale che include un piano per combattere la FASD.
 - Facilitare, nelle campagne di prevenzione, la collaborazione di gruppi target (donne in età fertile e in gravidanza, famiglie con problematiche FASD, professionisti del settore, eccetera) per aumentare l'accuratezza della personalizzazione (di strumenti di intervento/formazione e attività di comunicazione); identificare campioni locali per il sostegno all'implementazione.
 - Potenziare la legislazione per ridurre al minimo la discriminazione e le violazioni etiche:
 - inserimento per legge della formazione dei professionisti di settore obbligatoria;
 - presenza di una legislazione che ritenga entrambi i genitori responsabili di una gravidanza sana/danno prenatale;
 - percorsi disponibili per le persone identificate – donne, famiglie e bambini.
 - Rendere disponibili, per una comunicazione efficace, esempi e consigli pratici (ad esempio rivolti alle ostetriche, agli assistenti, alle famiglie); coinvolgere organizzazioni non governative, rappresentanti degli Stati Membri, ricercatori e esperti di comunicazione.
 - Includere azioni per la prevenzione della FASD in qualsiasi iniziativa di ricerca su larga scala o strategia sull'alcol rivolta alla popolazione generale.

Tra gli argomenti discussi è stato anche sottolineato che:

- la FASD non è limitata a gruppi svantaggiati, ma si verifica in tutta la società, indipendentemente dallo stato socioeconomico, dall'istruzione o dall'etnia;
- la diagnosi di FASD spesso non è precoce, sottolineando la necessità di screening e diagnosi tempestiva;
- interventi tempestivi sono necessari a sostegno dei bambini con FASD, delle loro famiglie, gli insegnanti, i sistemi educativi.

- studi di popolazione sulla FASD sono necessari anche nella popolazione generale così come la formazione specifica del personale dei dipartimenti di pediatria e di particolari gruppi di professionisti quali, ad esempio, per coloro che si occupano di adozioni internazionali e nazionali di bambini e di bambini a livello di popolazione generale.

SECONDA CONFERENZA NAZIONALE ALCOL 2022 E IL LIBRO BIANCO SULL'ALCOL

Dal 15 al 17 marzo 2022 si è tenuta la seconda Conferenza Nazionale Alcol promossa dal Ministero della Salute in collaborazione con le Regioni dal titolo: “Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell’alcologia italiana”.

L’evento, organizzato sia in presenza (presso l’Auditorium del Ministero della Salute a Roma) sia in modalità streaming sui canali ufficiali del Ministero della Salute, ha visto la partecipazione tra gli altri, dell’ISS, delle Regioni, degli operatori del settore, delle società scientifiche, dei rappresentanti delle associazioni di auto mutuo aiuto, dell’Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI), e di altre istituzioni.

La Conferenza, a più di 10 anni dalla precedente (promossa dal governo nel 2008), ha avuto come obiettivo centrale il confronto fra tutti gli attori impegnati in questo ambito, sia di livello nazionale che locale, per condividere conoscenze, per costruire nuove alleanze e proporre interventi per contrastare i disturbi da uso di alcol (DUA) in Italia valorizzando l’esperienza e la dignità autonoma ma integrata dell’alcologia italiana.

Quattro sono state le sessioni tematiche in programma come di seguito riportate:

- *Sessione 1. Gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l’aggancio precoce dei giovani vulnerabili*
- *Sessione 2. Alcol e guida. Gli accertamenti finalizzati alla revisione delle capacità fisiche e psichiche per la guida in caso di violazione dell’art. 186 del codice della strada”*
- *Sessione 3. La formazione in alcologia*
- *Sessione 4. Le reti dei curanti.*

Ciascuna tematica ha visto diversi gruppi di esperti nazionali coinvolti in un arco di tempo compreso tra il 2019 e il 2022 dal Ministero della Salute attraverso riunioni settimanali e workshop online (quasi interamente durante il lockdown e la pandemia) per agevolare la discussione ed il confronto fino alla produzione di un Libro Bianco al termine della conferenza, pubblicato online nel settembre 2022 (78). A questo riguardo, su iniziativa del Sottosegretario di Stato alla Salute Andrea Costa, a fronte dell’impegno preso come esito finale della Conferenza, un Decreto istitutivo di un Tavolo di Lavoro conferì mandato a un gruppo di lavoro nominato formalmente per la realizzazione/redazione di un Libro Bianco, tipicamente istituzionale, come strumento privilegiato per la diffusione delle evidenze e conoscenze discusse nel corso della conferenza, al fine di fornire un documento guida, di riferimento per gli operatori del settore, le strutture dell’SSN, le autorità nazionali e regionali competenti. Secondo quanto discusso dal Tavolo Tecnico Alcol, è stato proposto e inteso per “libro bianco”, un documento ufficiale privo di valenza normativa, dedicato a uno specifico tema, l’alcol, esaminato attraverso le tematiche prioritarie individuate per i gruppi di lavoro della Conferenza Nazionale Alcol, per le finalità alternativamente informative, esplorative o dichiarative sul problema specifico affrontato e sulle sue possibili soluzioni. Ciò è stato svolto con l’obiettivo di permettere di affrontare un problema in modo aperto, discutendo una gamma di idee o di proposte su questioni di particolare rilevanza, in vista di possibili interventi.

I ricercatori dell’ONA-ISS hanno svolto attività in qualità di coordinamento del gruppo redazionale del Libro Bianco, oltre ad aver fatto parte ufficialmente del Tavolo di Lavoro ministeriale e essere stati coinvolti nei lavori di diversi sottogruppi in qualità di Rappresentanti di riferimento di area istituzionale. Per il Libro Bianco c’è stata un’ampia e prolungata consultazione

rivolta alla creazione partecipata del consenso sulle tematiche identificate come prioritarie ed è quindi la summa degli orientamenti sulle proposte in materia di prevenzione, salute e politiche sanitarie e sociali. Il Libro Bianco è stato strutturato in capitoli correlati alle tematiche affrontate nella “Conferenza Nazionale Alcol”, e segue una griglia logica che predispone i singoli contributi riferendosi ad uno schema concettuale articolato come segue.

Lo scopo di questa attività è stato quello di sintetizzare le evidenze e l’attuale stato di implementazione delle normative e delle azioni messe in campo. Il testo sottolinea l’importanza delle diverse tematiche offrendo lo spunto per proposte di azione in settori specifici, per avviare consultazioni, una discussione con le parti interessate, per suggerire possibili passi successivi per la società civile, i ricercatori, i decisori politici a livello regionale/locale rimarcando la prevenzione specifica, universale e ad alto rischio, come competenza esclusiva del settore di salute pubblica e degli stakeholder istituzionali per i quali non sussistano dichiarati conflitti d’interesse, sottolineando la necessaria distanza da mantenere e l’esclusione degli attori dei settori con interessi differenti da quello della tutela della salute.

Il Libro Bianco è strutturato per capitoli e ognuno segue una struttura predefinita:

- lo scenario attuale e le tendenze in atto;
- i limiti e le “disfunzioni” del presente e le potenzialità delle proposte per affrontare le disfunzioni;
- i target a cui ci si rivolge;
- le implicazioni di salute o comunque lo stato di avanzamento rispetto allo status quo con considerazioni dedicate ai vari target.

I primi capitoli del libro descrivono il panorama internazionale, europeo e nazionale, i cui dati sono stati pubblicati nella relazione del Ministro della Salute al Parlamento 2022 (79) e nel *Rapporto ISTISAN 22/1* del 2022 (45). Tali dati sono stati presentati nella relazione di apertura della Seconda Conferenza Nazionale Alcol che è stata affidata all’ONA-ISS che cura annualmente l’aggiornamento epidemiologico mediante il sistema di sorveglianza SISMA, previsto dal DPCM 03.03.2017 che produce i dati per la Relazione al Parlamento trasmessa annualmente dal Ministro della salute ai sensi della Legge 125/2001. I dati presentati durante la conferenza sono stati quelli relativi al 2020, e cioè all’anno della pandemia COVID-19. In particolare, per quanto riguarda i riferimenti programmatici europei e internazionali, trattandosi di un documento di riferimento per gli operatori del settore, è stato dato particolare risalto all’impegno per gli anni a venire per quanto riguarderà il nuovo Piano d’Azione europeo della WHO 2022-2030 teso ad implementare la strategia globale di riduzione dell’uso dannoso di alcol, strategie rese esecutive dall’Assemblea Mondiale della Sanità lo scorso 24 maggio 2022 (80), che a sua volta è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie croniche non trasmissibili (NCD), azione principe dell’Agenda 2030 della Nazioni Unite e degli SDG che prevedono la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025 (6) e infine ma non per ultimo, l’adozione del piano europeo di lotta contro il cancro da parte del Parlamento europeo lo scorso 14 febbraio 2022 (81).

Facendo seguito alla necessaria cornice introduttiva di riferimento, il secondo capitolo del Libro Bianco traccia la cornice storica dell’alcologia italiana prima e dopo la legge quadro sull’alcol del 2001 n.125 e a seguire, la trattazione, nei singoli capitoli successivi, delle singole tematiche prioritarie presentate nel corso della Conferenza Nazionale Alcol 2022, presentando e offrendo il lavoro svolto e il consenso raggiunto dai singoli gruppi di lavoro con giusto accreditamento dei coautori che hanno preso parte ai lavori. Saliente, per ciascun argomento affrontato, le conclusioni, le raccomandazioni e le implicazioni di salute pubblica dei singoli gruppi di lavoro a copertura dei *gap* registrati.

A seguire, il Libro Bianco include un documento condiviso dalle Società Scientifiche, che hanno lavorato in sinergia fino alla presentazione del suddetto documento in occasione della Seconda Conferenza Nazionale sull'Alcol.

È stato quindi previsto uno spazio per le Associazioni affinché la loro voce non fosse soffocata dagli innumerevoli temi trattati ma anzi fosse più che mai inclusiva e partecipativa.

In occasione della seconda Conferenza Nazionale Alcol, l'ONA-ISS ha prodotto una serie di documenti riassuntivi (*factsheet*) su aspetti specifici delle tematiche alcol-correlate al fine di favorire un'adeguata informazione e una cultura di prevenzione basata sulla consapevolezza e la responsabilità individuale e sociale e di tutela della salute disponibili sul portale epidemiologico Epicentro dell'ISS relativo a una sintesi della Conferenza.

Inoltre, è stata tradotta e adattata dall'ONA-ISS l'infografica dal titolo "5 cose da sapere su alcol e cancro" (82), pubblicata dalla WHO nel 2020.

ATTIVITÀ EUROPEE E INTERNAZIONALI SU PREVENZIONE E POLITICHE ALCOLOGICHE

Nel corso del 2022, l'ONA-ISS ha partecipato a numerose attività europee e internazionali connesse alla prevenzione e alle politiche sull'alcol e i problemi alcol-correlati.

Le principali attività sono ascrivibili alla partecipazione formale a progettualità, a gruppi di lavoro, a condivisione e aggiornamento periodico, a consultazioni, della WHO e della Commissione Europea.

L'ONA-ISS ha svolto, per 20 anni consecutivi, fino al 2021, attività in qualità di *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems* (WHO CC-ITA79) secondo piani di lavoro concordati dal Ministero della Salute e dall'ISS con la WHO di Ginevra.

Nel primo semestre 2022, come conseguenza degli effetti della pandemia da COVID-19 e le numerose priorità emerse in conseguenza dell'impatto alcol-correlato in Europa e nel mondo, sono state avviate le procedure per la ridefinizione del ruolo internazionale della collaborazione istituzionale dell'ONA-ISS nell'ottica della continuità e della leadership che ha visto rinnovato e ampliato l'impegno nello svolgimento di tutte le principali attività formali come quelle di partecipazione e supporto alle consultazioni online con e tra gli organismi internazionali e gli Stati Membri, ampliate a quelle con i rappresentanti della società civile e delle università, quelle delle organizzazioni professionali e delle organizzazioni di *advocacy* non governative. Sono state assicurate le attività di condivisione e aggiornamento periodico nazionali, quelle di valutazioni delle migliori pratiche europee ed internazionali, la partecipazione a progettualità e a gruppi di lavoro di alto livello derivanti dalla nomina WHO nei *Technical Advisory Group of experts* e nei *Technical expert group* internazionali.

Nel dettaglio sono di seguito riportate le principali attività, riprese gradualmente anche in presenza nel corso del secondo semestre 2022.

Contributo al *WHO Global alcohol action plan 2022-2030*

Nel primo semestre del 2022 hanno avuto seguito i lavori e le consultazioni online con il *Department of Mental Health and Substance Use* della WHO su "Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol" (piano d'azione per implementare la strategia globale sull'alcol della WHO al fine di ridurre l'uso dannoso di alcol 2022-2030), anche alla luce della valutazione dell'impatto del ritardo nel raggiungimento degli obiettivi sostenibili di salute dell'Assemblea delle Nazioni Unite e dell'Agenda 2030 nel merito della prevenzione e del controllo delle malattie cronicodegenerative puntualizzando la sostanziale interferenza di risorse sinora adottate per raggiungere l'obiettivo di riduzione dell'impatto dell'alcol a livello globale e nelle singole realtà nazionali (80).

A tal riguardo e come raccordo a quanto descritto, nel 2020 al Direttore Generale della WHO era stato richiesto di sviluppare un piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per la riduzione dell'uso dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, in consultazione con gli Stati Membri e le parti interessate pertinenti, per l'esame della 75^a Assemblea mondiale della sanità attraverso la 150^a sessione del Comitato esecutivo della WHO nel 2022, e per sviluppare un rapporto tecnico sull'uso dannoso di alcol-correlato al marketing

transfrontaliero di alcol, pubblicità e attività promozionali, in particolare per quanto concerne i giovani e gli adolescenti, prima della 150^a sessione del Comitato esecutivo della WHO, come ulteriore contributo allo sviluppo del piano d'azione nonché per fornire risorse adeguate al lavoro sull'uso dannoso di alcol.

Nel corso del primo semestre del 2022, successivamente all'elaborazione delle proposte italiane pubblicate sul sito web della WHO inerenti alla bozza zero, la prima e la seconda bozza del suddetto piano d'azione WHO 2022-2030, è proseguita la partecipazione dell'ONA-ISS alle riunioni organizzate dalla WHO, in qualità di esperti tecnici, dopo la consultazione via web avviata con gli Stati Membri, le organizzazioni delle Nazioni Unite; altre organizzazioni internazionali e con gli attori non statali. Tutti i feedback pertinenti ricevuti dalla WHO sono stati pubblicati sul sito web della WHO.

Tali attività sono proseguite fino al 24 maggio 2022, quando l'Assemblea Mondiale della Sanità ha reso esecutivi gli obiettivi del nuovo "Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol". Alla stesura del suddetto piano, iniziata nel 2019, ha contribuito l'ONA-ISS. Per ulteriori dettagli, è disponibile un approfondimento a cura dei ricercatori dell'ONA-ISS con un elenco di risorse utili (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/piano-azione-oms-2022-2030>).

Collaborazione e consulenza con la *Less Alcohol Unit* della WHO

Un'attività di collaborazione e consulenza è stata formalizzata nel 2022 tra l'ONA-ISS e la *Less Alcohol Unit* del *Department of Health Promotion* della WHO finalizzata allo svolgimento di webinar internazionali e alla produzione di *policy briefs* sulle tematiche più urgenti in termini di prevenzione dell'impatto dell'alcol sulla popolazione e sulla persona in ottemperanza all'esigenza di garantire l'implementazione e il raggiungimento degli SDG delle Nazioni Unite, della Strategia di contrasto alle Malattie Croniche (NCD) della WHO e dell'Agenda 2030 in cui l'Italia è impegnata.

A tal riguardo, la *Less Alcohol Unit* ha pubblicato nel 2022 una prima serie di sei documenti, chiamati *snapshot series*, uno per ciascun webinar svolto nel 2021, sulle politiche e le abitudini di consumo relative alle bevande alcoliche che forniscono una panoramica sulle criticità legate all'accettabilità, la disponibilità (la facilità d'acquisto) e l'accessibilità (il prezzo di vendita) e come questo influenzi le persone e le comunità.

Ogni documento di questa serie è il risultato di conversazioni tra i diversi soggetti portatori d'interesse coordinati dalla *Less Alcohol Unit*.

Su una pagina web Epicentro dell'ISS dedicata (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms>), sono disponibili tutti gli approfondimenti della prima serie di *snapshot* (6 istantanee), sintetizzati a cura dell'ONA-ISS, di cui le prime 5, preparate nel corso del 2022 come di seguito riportate (per ciascun argomento, l'ONA ha anche reso disponibili i link ai principali documenti scientifici internazionali d'interesse):

1. Consumo di alcol e disuguaglianze socioeconomiche: in che modo un approccio basato sulla promozione della salute può essere d'aiuto (*Addressing alcohol consumption and socioeconomic inequalities: how a health promotion approach can help*)

È la prima istantanea a cura dei ricercatori dell'ONA pubblicata nel 2022 relativa al webinar svoltosi il 4 giugno 2021.

In sintesi, i rischi per la salute associati al consumo di alcol dipendono in gran parte dal volume e dal modello di consumo di alcol e seguono una relazione dose-risposta. La relazione tra consumo di alcol e mortalità è influenzata da fattori di vulnerabilità sociali e individuali tra cui l'età, il sesso e lo stato socioeconomico.

Il consumo di alcol è responsabile del 5% del carico globale di malattie, sebbene questo non sia equamente distribuito tra i vari gruppi socioeconomici. Numerose evidenze scientifiche suggeriscono che per tutti gli aspetti che riguardano la salute c'è un gradiente socioeconomico, ovvero che la salute migliora progressivamente con l'aumentare della posizione socioeconomica delle persone. Le differenze socioeconomiche sono alla base delle disuguaglianze sanitarie, sia a livello internazionale, tra gli Stati dell'Unione europea, che all'interno di ciascuno Paese.

Lo stato socioeconomico è stato infatti ripetutamente associato a un elevato rischio di mortalità. Per quanto riguarda il consumo di alcol, le disuguaglianze in termini di morbilità e mortalità sono particolarmente marcate. Nel complesso, le ricerche scientifiche indicano che gli individui con un basso stato socioeconomico sono più vulnerabili agli effetti dannosi dell'alcol.

Una serie di azioni politiche attuate a livello europeo, nazionale e regionale si sono dimostrate efficaci nel ridurre il consumo di alcol e i danni attribuibili all'alcol. Sia i *best buys* della WHO che l'intervento SAFER (acronimo creato per evidenziare i 5 interventi più efficienti in termini di costi per ridurre i danni alcol-correlati) includono politiche sui prezzi e sulla tassazione, la limitazione della disponibilità di alcol e la limitazione del marketing e della pubblicità degli alcolici: interventi efficaci anche in termini di rapporto costi-benefici. Tuttavia, solo alcune di queste politiche sono state valutate esaminando specificamente il loro impatto su diversi gruppi socioeconomici.

Laddove l'alcol è più disponibile (in termini di facilità d'acquisto, di densità di punti vendita), si hanno più incidenti stradali, ricoveri ospedalieri, suicidi, disordini alcol-correlati, abusi minorili, violenze, maggior consumo di alcol tra i minori e infezioni sessualmente trasmesse. Allo stesso tempo, vi sono evidenze che indicano che le politiche di controllo sull'alcol, ad esempio l'introduzione del prezzo minimo per unità dell'alcol, possono svolgere un ruolo importante nella riduzione delle disuguaglianze socioeconomiche soprattutto quando tali misure di controllo sull'alcol sono combinate a politiche in grado di migliorare le condizioni di vita in generale.

L'istantanea fornisce inoltre degli esempi di implementazione di politiche/pratiche che in alcuni casi hanno preso spunto dalle esperienze acquisite rispetto ad altri prodotti non salutari, come il tabacco e gli alimenti (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms-consumo-alcol-disuguaglianze-socioeconomiche>).

2. Alcol non registrato: cosa ci dicono le evidenze (*Unrecorded alcohol: what the evidence tells us*)

È la seconda istantanea della WHO dedicata alle politiche e alle abitudini di consumo relative alle bevande alcoliche che sintetizza il lavoro svolto nell'ambito del webinar del 2 luglio 2021.

In sintesi, si stima che circa il 25% del consumo mondiale di alcol sia non registrato, il che significa che non è tassato ed è al di fuori del consueto sistema di controllo governativo. L'alcol non registrato è quello prodotto illegalmente e irregolarmente (come quello prodotto in casa, quello prodotto illegalmente e venduto di contrabbando, ma sono anche i surrogati che non vengono utilizzati per il consumo come, ad esempio, collutori, prodotti per la pulizia, profumi e acqua di colonia).

Il commercio di alcol non registrato è un rischio per la salute sia a causa del contenuto di sostanze nocive che per il costo più basso rispetto all'alcol venduto legalmente. La mancata tassazione le rende non solo più economiche ma anche più accessibili, e quindi consumate anche in quantità maggiori. Allo stesso tempo, possono contenere ingredienti tossici, quali ad esempio il metanolo, responsabili di intossicazioni che possono rivelarsi letali (sebbene le evidenze scientifiche più recenti suggeriscono che i danni siano causati soprattutto dalla modalità di consumo, piuttosto che dall'essere registrato o non registrato). A rendere questo tipo di consumo ancora più deleterio c'è il fatto che essendo più economico viene più facilmente acquistato da persone appartenenti a classi socioeconomiche più basse, da consumatori dannosi (ovvero chi ha già danni mentali e fisici legati al consumo di alcol) e da soggetti con disturbi da uso di alcol. A questo riguardo è importante anche segnalare l'etichettatura irregolare che spesso non indica la percentuale di alcol in volume della bevanda.

Parallelamente è necessario considerare anche il danno economico dei Paesi per il venir meno dei ricavi dalla tassazione di produzione, di importazione e di vendita.

Pur non essendo nota l'effettiva entità del fenomeno che sfugge ovviamente da tutte le statistiche ufficiali, il consumo di alcol non registrato influisce sull'efficacia degli interventi di controllo e di consumo applicati per l'alcol registrato.

Per questa specifica tematica è importante considerare che il fenomeno assume aspetti diversi a seconda del contesto e dei Paesi in cui le bevande non registrate vengono prodotte e consumate. Vi sono contesti in cui la produzione domestica di determinati quantitativi di bevande alcoliche è considerata legale sebbene non vengano registrate; altri contesti in cui le bevande sono registrate nel Paese che le produce ma non in quello in cui vengono consumate. C'è poi il consumo di surrogati dell'alcol (prodotti che non sono bevande e non sono destinati al consumo umano ma comunque consumati e particolarmente dannosi quali ad esempio l'alcol di prodotti cosmetici, per la pulizia degli ambienti, contenuti in medicinali e profumi); infine vi è la produzione di bevande alcoliche in contesti commerciali legali in cui ad essere deviata è solo la produzione legale con l'intento di evadere le tasse. È quindi evidente che il danno prodotto dal consumo di alcol non registrato è diverso nelle diverse situazioni, così come la regolamentazione dell'alcol non registrato richiede un adattamento al singolo contesto senza tralasciare eventuali aspetti culturali e sociali coinvolti.

Anche questa seconda istantanea fornisce esempi di esperienze condotte in diversi Paesi che possono essere utilizzate come spunto di discussione interna o come possibili approcci di controllo da seguire in contesti diversi. Tra questi: sviluppare nuovi metodi per documentare la produzione e il consumo dell'alcol non registrato in contesti dove tale attività deve essere ancora sviluppata, continuare a valutare l'implementazione di politiche, laddove esistenti e applicate, sul controllo dell'alcol non registrato, valutare gli effetti delle politiche di controllo sul consumo e sulla produzione di alcol non registrato, promuovere la giusta informazione del consumatore a questo riguardo, mettere insieme le diverse politiche di controllo sui danni associati alla produzione e al consumo di alcol non registrato (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms-alcol-non-registrato>).

3. Affrontare e gestire i conflitti d'interesse nelle politiche di controllo sull'alcol (*Protecting alcohol control policies from vested interests*)

È la terza istantanea della WHO che sintetizza il lavoro svolto nell'ambito del webinar che si è svolto il 3 settembre 2021, pubblicata nel 2022, che ha visto la partecipazione attiva dell'ISS. Questa istantanea descrive i conflitti di interesse che esistono tra i governi e l'industria produttrice di bevande alcoliche nello sviluppo di politiche di sanità pubblica.

In particolare, mostra esempi di accordi e di *governance* e gli strumenti per la gestione dei conflitti di interesse utilizzati in alcuni Paesi per garantire gli obiettivi di salute e di benessere e intende facilitare una riflessione sui modi per rafforzare la “*governance*” globale delle politiche di controllo sull’alcol.

In sintesi: sono numerose e da tutto il mondo le evidenze a sostegno del fatto che le aziende produttrici e distributrici di prodotti non salutari ritardano, indeboliscono e ostacolano l’implementazione e la valutazione delle politiche pubbliche. A tal riguardo, le strategie e le tattiche più spesso utilizzate sono:

- l’interferenza politica nello sviluppo o nel ritardo dell’adozione di politiche nazionali sull’alcol (come in Africa) o la pressione a cambiare la legge nazionale che vieta il consumo di alcol ad esempio negli stadi sportivi (come nel caso del Brasile),
- l’attivazione di contenziosi (come nel caso delle azioni legali da parte dell’industria dell’alcol sul “prezzo minimo” degli alcolici in Scozia),
- la costruzione di coalizioni attraverso gruppi di facciata (come le alleanze formate con gruppi di interesse in Finlandia per influenzare la riforma della legge sull’alcol) e la formazione stessa di gruppi di facciata (quale l’Alleanza Internazionale per il bere responsabile),
- l’uso improprio delle conoscenze scientifiche o la diffusione di informazioni fuorvianti (es. utilizzando le collaborazioni tra ricercatori del settore pubblico e le aziende produttrici di bevande alcoliche, o le ricerche finanziate dall’industria dell’alcol sul consumo “moderato”, come è accaduto negli Stati Uniti con i *National Institutes of Health*).

La narrazione consiste nel presentare l’industria come affidabile e come un attore con cui dialogare nell’ambito della salute pubblica. Questo implica che il consumo di alcol e i danni alcol-correlati derivano esclusivamente da una scelta individuale e non sono legati a condizioni contestuali come gli investimenti e il marketing. Di conseguenza, la distinzione dei ruoli e delle responsabilità nella sfera politica si sono offuscate, creando la convinzione che gli operatori economici dell’alcol sono legittimi attori nello sviluppo delle politiche pubbliche. Ciò si trasforma nel principale conflitto d’interesse tra gli attori economici che cercano di aumentare il profitto e i governi che perseguono il benessere sociale e lo sviluppo sostenibile.

Le differenze esistenti tra gli obiettivi dei governi (che includono la prevenzione e la promozione della salute e il benessere delle persone) e gli obiettivi degli operatori economici (il perseguire il massimo dei profitti attraverso l’aumento del consumo di alcol) sono inconciliabili.

Esperienze con altri prodotti non salutari hanno dimostrato che la protezione dello sviluppo delle politiche da conflitti di interesse è essenziale per ridurre il carico di malattie.

Rispetto alla narrazione sull’alcol, è ben documentato che il consumo di alcol è rischioso anche in piccole quantità. Tuttavia, uno degli approcci utilizzati dall’industria dell’alcol è la narrazione sul “bere responsabile o con moderazione” che rende quasi innocue le piccole quantità e porta a considerare il consumo di alcol una scelta individuale. Argomentare sul bere responsabile o sul consumo moderato sposta infatti la colpa dagli operatori economici ai bevitori. Espediente privo di qualunque provata efficacia e dannoso soprattutto per i più giovani che non hanno sviluppato un’adeguata capacità critica e vengono spinti a ritenerlo vero anche grazie a interventi spesso favoriti in ambito scolastico (anche in violazione di norme esistenti) e promossi da portatori d’interessi commerciali abilitati dalle istituzioni all’accesso ai minori attraverso pratiche che secondo la WHO non dovrebbero mai considerare il settore della produzione di alcolici come un partner per la promozione della salute (avendo interessi commerciali inconciliabili con la tutela della salute pubblica).

Una tattica utilizzata per presentare l'industria dell'alcol come partner affidabile è il finanziamento di progetti di ricerca per produrre, pubblicare e diffondere informazioni che giovano alla loro causa. Si scelgono temi che possono avvantaggiare l'industria; si controlla direttamente il finanziamento selezionando i progetti di ricerca e indirettamente influenzando le priorità di altri finanziatori; si scelgono metodi di ricerca per predeterminare i risultati di uno studio.

È noto che fare affidamento su politiche basate sull'evidenza per prevalere gli interessi economici non è sufficiente per superare i conflitti d'interesse. Considerati i rapporti tra i governi e l'industria dell'alcol, la volontà politica è un elemento essenziale per questo successo. Tuttavia, alcuni governi o funzionari governativi sono in parte proprietari o azionisti di aziende produttrici di bevande alcoliche, quindi è necessario iniziare col gestire correttamente i conflitti di interesse. Peraltro, l'industria dell'alcol utilizza anche nuove vie per rallentare l'implementazione delle politiche di controllo sull'alcol quali il diritto commerciale e le controversie commerciali a livello regionale e mondiale ad esempio, escludendo l'alcol dagli accordi commerciali, ostacolando le restrizioni pubblicitarie, promuovendo esenzioni fiscali nazionali. Di conseguenza, organismi internazionali come l'Organizzazione Mondiale del Commercio (*World Trade Organization*) sono diventati centrali per plasmare le norme e gli standard.

L'istantanea presenta inoltre alcuni esempi che possono aiutare nella gestione di conflitti di interesse a livello governativo prendendo anche spunto dal lavoro svolto per quanto concerne il tabagismo e la nutrizione (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms-conflitti-di-interesse-e-politiche-nazionali>).

4. Informazioni sanitarie nelle etichette delle bevande alcoliche: un'opportunità per scelte consapevoli e più salutari (*Health warning labels on alcoholic beverages: opportunities for informed and healthier choices*)

È la quarta istantanea della WHO che sintetizza il lavoro svolto nell'ambito del webinar specifico che si è svolto il 7 ottobre 2021, pubblicata nel 2022, al quale ha partecipato attivamente anche l'ISS. Tra gli argomenti trattati: una sintesi delle evidenze scientifiche sull'efficacia delle informazioni sanitarie contenute nelle etichette delle bevande alcoliche; la condivisione di esperienze da Paesi e Regioni che hanno già attivato l'implementazione dell'etichettatura; i possibili passi successivi per la società civile, i ricercatori, i decisori politici.

Questa istantanea:

- sintetizza le evidenze scientifiche sull'efficacia delle informazioni sanitarie contenute nelle etichette delle bevande alcoliche
- esamina le esperienze di Paesi e Regioni che hanno già attivato l'implementazione dell'etichettatura con le avvertenze anche, se disponibili, in associazione ad altri interventi
- sottolinea l'importanza dell'implementazione dell'etichettatura nei Paesi e nelle Regioni interessate a attivarsi e suggerisce possibili passi successivi per la società civile, i ricercatori, i decisori politici.

In sintesi, sebbene l'alcol influisca negativamente sulla salute, la consapevolezza pubblica dei rischi per la salute associati al consumo di alcol è relativamente bassa tanto che la WHO raccomanda (ormai da molto tempo) l'etichettatura delle bevande alcoliche con le informazioni sui danni da alcol per aumentare la consapevolezza e facilitare scelte informate e salutari da parte dei consumatori.

Allo stato attuale, al contrario di quanto avviene per farmaci, prodotti alimentari e bevande analcoliche, l'etichettatura delle bevande alcoliche non è standardizzata

internazionalmente. Alcuni Paesi hanno avviato iniziative volte a colmare queste lacune che tuttavia differiscono sulla base della tipologia di bevanda alcolica considerata (il vino, la birra, i liquori).

Secondo i dati della WHO, nel 2016, la percentuale di alcol puro da riportare sulle etichette delle bevande alcoliche è richiesta nella maggior parte dei Paesi, ma non l'inclusione di informazioni nutrizionali come le calorie, gli additivi, gli allergeni, gli ingredienti e le vitamine. Complessivamente, meno di un terzo dei Paesi richiedono etichettature con avvertenze per la salute e per la sicurezza sui contenitori delle bevande e nelle pubblicità. Nella maggior parte dei casi, le avvertenze si concentrano sul consumo di alcol nei minori e su alcol e guida.

Solo alcuni Paesi richiedono che l'etichetta indichi il numero di UA contenute della bevanda.

Attualmente, i meccanismi per regolare l'etichettatura delle bevande alcoliche sono una combinazione di norme diverse, che includono anche regolamentazioni su base volontaria, sebbene queste ultime si siano rivelate insufficienti per affrontare l'incoerenza, l'inadeguatezza e la scarsa qualità dell'etichettatura degli alcolici.

Le avvertenze per la salute sulle etichette delle bevande alcoliche aumentano la consapevolezza nei consumatori dei rischi associati al consumo, ma l'evidenza è meno robusta sulla riduzione dei consumi o sul cambiamento del comportamento individuale sebbene studi sperimentali indichino che le avvertenze di salute possono avere un impatto sulla riduzione del consumo auto-riferito. In generale per questa e altre politiche di contrasto, l'effetto delle avvertenze sulle etichette è ottimizzato quando rafforzato da altre politiche di contrasto sul consumo dell'alcol.

Sebbene l'etichettatura con avvertenze di salute sia un possibile approccio politico per contrastare il consumo di alcol, l'implementazione di tale pratica dipende da tanti fattori, oltre al fatto che può essere valutata in vario modo e tutto ciò influenza i risultati di efficacia.

L'istantanea fornisce una breve panoramica del perché l'etichettatura sui contenitori è importante per la salute della popolazione e del perché vale la pena esaminarlo all'interno di una politica globale sull'alcol (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms-etichettatura-bevande-alcoliche>).

5. Interventi a livello di popolazione per la riduzione del consumo di alcol: cosa ci dice l'indicatore "consumo di alcol *pro capite*"? (*Population-wide interventions for reducing alcohol consumption: what does the per capita consumption indicator say?*)

È la quinta istantanea (*snapshot*) di politiche e pratiche sull'alcol prodotta dalla WHO che concentra l'attenzione sugli interventi a livello di popolazione per la riduzione del consumo di alcol e su cosa ci dice, da questo punto di vista, l'indicatore "consumo di alcol *pro capite*" (APC). L'istantanea sintetizza il lavoro svolto nell'ambito del webinar dello scorso 16 novembre 2021 e pubblicato nel 2022.

In sintesi, il consumo di alcol *pro capite* in litri di alcol puro è il miglior indicatore disponibile per monitorare a livello di popolazione le cause e gli interventi per ridurre il consumo e i danni alcol-correlati.

Numerosi Piani strategici e sistemi di sorveglianza internazionali (GISAH della WHO, SDG delle Nazioni Unite, *Global monitoring framework for Noncommunicable Diseases* della WHO, *Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen the implementation of the global strategy to reduce the harmful use of alcohol* della WHO) utilizzano l'APC per monitorare i progressi nell'attuazione di politiche sull'alcol. In particolare, dal momento

che sin dal 1996 l'APC è l'indicatore usato dalla WHO per il GISAH, è disponibile ogni anno per la maggior parte dei Paesi.

Il diffuso utilizzo dell'APC a livello internazionale è legato ai suoi numerosi vantaggi come indicatore: è prontamente disponibile, affidabile, può essere usato per comparazioni tra contesti diversi ed è strettamente associato al danno alcol-correlato.

L'indicatore APC è associato al consumo dannoso e alla mortalità, è sensibile alle variazioni nell'implementazione delle politiche di controllo sull'alcol ed è una risorsa per i modelli di studio sul consumo di alcol. Inoltre ha il vantaggio, trattandosi di dati derivati dalla produzione e dalla vendita delle bevande alcoliche, di non essere "sotto-riportato" e di escludere il problema della bassa percentuale di risposta rispetto al dato fornito da indagini conoscitive di popolazione.

Tra le politiche alcolologiche "testate" con l'utilizzo dell'APC come indicatore di risposta alla loro implementazione si trovano il prezzo minimo dell'alcol e l'incremento nella tassazione delle bevande che si sono dimostrate, entrambe efficaci nel ridurre il consumo e il danno alcol-correlato.

Nonostante i numerosi vantaggi, raramente l'APC è usato invece a livello nazionale per monitorare le politiche di contrasto al consumo. Ad esempio, nelle Americhe, solo 6 Paesi raccolgono dati sull'APC mentre la maggior parte si basa sui dati pubblicati dall'industria, che non possono essere validati.

Questa istantanea, la penultima della serie 2021, intende supportare l'utilizzo dell'indicatore APC per il monitoraggio di interventi di salute pubblica. Essa inoltre esamina il suo utilizzo in un gruppo selezionato di Paesi e riassume possibili opzioni future indirizzate ai politici e ai decisori, alla società civile, ai ricercatori e alle loro istituzioni promuovendone l'utilizzo. A completamento dell'argomento, l'istantanea considera anche la necessità per alcuni Paesi in particolare, di considerare altri indicatori addizionali oltre all'APC come nel caso di nazioni con tassi elevati di astinenti o di quelli con un'elevata proporzione di consumo di alcol non registrato (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms-indicatore-apc>).

L'ultima istantanea della prima serie di *snapshot*, sul marketing digitale delle bevande alcoliche è stata prodotta nel 2023 e pertanto rientrerà nel riassunto delle attività del 2023, a completamento della prima serie di riassunti.

Organizzazione del webinar mondiale della WHO su bevande zero alcol e a bassa gradazione alcolica

Bevande zero alcol e a bassa gradazione alcolica: un miglioramento reale o una soluzione apparente?" è il titolo in italiano del webinar mondiale che si è svolto il 23 giugno 2022, organizzato dalla *Less Alcohol Unit* della WHO in collaborazione con l'ONA-ISS (il titolo inglese è *Zero and Low alcohol beverages: real improvement or apparent solution?*).

Il webinar, come segnalato precedentemente, è stato parte integrante di un più ampio progetto WHO per il quale l'ONA è stato richiesto dall'*Head Quarter* di Ginevra come consulente per la redazione del primo di una serie di *policy brief* per il target internazionale dei *policy maker* nell'ottica del supporto tecnico scientifico all'implementazione dell'*Action Plan* della *Global Strategy on Alcohol* approvata a maggio dall'Assemblea Mondiale della Sanità.

In sintesi, negli ultimi anni, il consumo di "zero and low-alcohol beverages" (NoLo) è cresciuto in modo significativo, sebbene rappresenti ancora una piccola quota di mercato. I NoLo possono rappresentare un utile strumento per migliorare la salute delle persone solo se il loro

consumo implica una riduzione del consumo di alcol, ma sono molti i temi (dalla gestione del marketing all'etichettatura) che necessitano di particolare attenzione da parte dei principali portatori di interesse.

Il webinar ha avuto come principale obiettivo quello di sensibilizzare sui NoLo sfruttando le loro potenziali insidie nascoste, esaminando le politiche esistenti e le lacune normative, e le misure di salute pubblica necessarie per affrontare un futuro aumento del consumo di NoLo.

Al webinar hanno partecipato i massimi esperti mondiali in tema di alcol e salute pubblica con una tavola rotonda presieduta dall'ONA-ISS con il target di riferimento che comprendeva funzionari governativi, associazioni della società civile, ricercatori, enti locali, associazioni dei consumatori e il pubblico in generale (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/webinar-giugno-2022-bevande-zero-alcol>).

Al termine del webinar, evento realizzato nel corso del primo semestre 2022, sono proseguite, nel secondo semestre 2022, una serie di attività e di incontri (web meeting) per preparare un documento finale che sarà reso disponibile nel 2023.

Diffusione e aggiornamento periodico di documenti e partecipazione a eventi della WHO

Nel primo semestre 2022, l'ONA ha anche contribuito attivamente alla presentazione e disseminazione delle informazioni contenute in una serie di rapporti della WHO per ciascuno dei quali ha reso disponibile un approfondimento sulla pagina dell'ISS "Epicentro. L'epidemiologia per la sanità pubblica" quali:

- Marketing digitale dell'alcol e politiche di controllo: sfide e opzioni politiche per una salute migliore nella Regione europea della WHO (*Digital marketing of alcohol: challenges and policy options for better health in the WHO European Region*)

Tale rapporto, pubblicato nel dicembre 2021 dall'Ufficio europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili del *WHO European Office for the Prevention and Control of Non communicable Diseases* sottolinea che la limitazione della commercializzazione dell'alcol è uno dei cosiddetti *best buy* raccomandati dalla WHO, e cioè una delle politiche economicamente vantaggiose per ridurre il consumo di alcol e il carico di malattia alcol-attribuibile. Tre i principali punti del documento: la descrizione dell'ecosistema digitale in rapida evoluzione e dei metodi impiegati per invadere gli spazi personali online con il marketing degli alcolici; fornire un'istantanea dei contesti normativi in una selezione di Paesi della Regione europea della WHO e a livello internazionale; suggerimenti su una serie di opzioni politiche con azioni concertate tra Paesi e istituzioni internazionali in un approccio globale. Consulta l'approfondimento a cura dei ricercatori dell'ONA su epicentro (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/marketing-digitale-report-oms-europa-2021>).

- Ridurre i danni causati dall'alcol – regolando il marketing, la pubblicità e la promozione transfrontaliera dell'alcol (*Reducing the harm from alcohol – by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion: a technical report, WHO*)

Tale rapporto, pubblicato dalla *Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours Unit - Department of Mental Health and Substance Use* della WHO, nel maggio 2022, descrive e denuncia dettagliatamente il modo in cui la commercializzazione delle bevande alcoliche valica i confini nazionali aggirando le normative esistenti nei singoli Stati riceventi, usando

come nuova risorsa i mezzi digitali disponibili per la diffusione sui social network – o comunque nelle realtà di aggregazione e le piazze virtuali del web – per rendere più *appealing* il valore dell'alcol e del bere, in particolare tra i giovani e le donne. Consulta l'approfondimento a cura dei ricercatori dell'ONA-ISS su Epicentro (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/oms-2022-marketing-pubblicita-promozione-transfrontaliera>).

- Il prezzo minimo dell'alcol come misura di intervento e prevenzione (*No place for cheap alcohol. The potential value of minimum pricing for protecting lives*)

Tale rapporto, pubblicato nel giugno 2022 dall'Ufficio europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili del *WHO European Office for the Prevention and Control of Non communicable Diseases* sul prezzo minimo dell'alcol come misura di contrasto al consumo dannoso di alcol, esplora questa misura di intervento e prevenzione e, in modo approfondito, fornisce una prima revisione generale delle politiche sul prezzo minimo sull'alcol e riassume le evidenze più recenti da considerare sul loro impatto per i Paesi. Consulta l'approfondimento a cura dei ricercatori dell'ONA-ISS su Epicentro (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/politiche-prezzo-vendita-report-oms-2022>).

Di seguito sono riportati gli eventi WHO ai quali l'ONA-ISS ha preso parte:

- *Simposium online Alcohol taxes to save lives: a best practice symposium for the WHO European Region*, WHO Regional Director for Europe's Advisory Council on Innovation for Noncommunicable Diseases (NCD Advisory Council) (23/2/2022)
- *Meeting ibrido Technical expert meeting on building capacity in screening and brief interventions for alcohol in the WHO European Region*, WHO/Europe. Bishkek, Kyrgyzstan (19/5/2022)
- *Webinar Safeguarding public health: managing conflict of interest and interference in alcohol policy to support the SAFER implementation*, WHO/Europe e Pan American Health Organization (19/5/2022)
- *Webinar Launch of the WHO/Europe report on minimum pricing of alcohol*, WHO/Europe (21/6/2022)
- *Evento online Fetal alcohol spectrum disorders (FASD): Community approaches for prevention and care*, WHO/Europe (8/9/2022)
- *Meeting ibrido Launch of the national model for Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment (SBIRT) for substance use in primary care in Israel: national relevance and regional perspectives*, WHO/Europe, Tel-Aviv (Israel) (15/9/2022)
- *Evento ibrido Turning down the alcohol flow. Raising awareness, a framework for action on alcohol in the European Region*, WHO/Europe, European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease. Dublin (Ireland) (28/11/2022)
- *Evento online Book launch: "Alcohol: No Ordinary Commodity - Research and Public Policy"*, WHO/Europe, European Office for the Prevention and Control of Noncommunicable Disease (6/12/2022)
- *Online meeting Launch of the WHO/Europe Signature Initiative to reduce inequalities in cardiovascular disease burden and high blood pressure prevalence through improving hypertension control in primary care and implementing salt-reduction strategies*, WHO/Europe (9/12/2022).

Monitoraggio internazionale ed europeo

Nel corso del 2022 sono continuate le attività relative alla fornitura di informazioni ed i dati italiani richiesti per le survey annuali della WHO e per l'OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*) attraverso il progetto SIAS-SISTIMAL International, finanziato dal Ministero della Salute e affidato all'ONA-ISS, organismo incaricato per le attività di sorveglianza specifiche trasferite dal DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) marzo 2021 riguardanti l'elaborazione delle basi di dati del Sistema formale di Monitoraggio Alcol SISMA che ha dedicato e garantito:

- a) la raccolta e produzione di dati e informazioni utili a adeguare il contributo nazionale e delle regioni assicurando l'*expertise* richiesto dal livello europeo e internazionale per la partecipazione alle survey periodiche della WHO e internazionali
- b) l'aggiornamento e la riformulazione degli indicatori per il monitoraggio alcol-correlato, integrando, promuovendo e monitorando la possibile attivazione dei nuovi standard relativi alle nuove aree di attenzione della WHO tra i quali l'introduzione del nuovo indicatore puntuale dei consumatori dannosi (consumo di alcol quotidiano >40 g nelle femmine, >60 g nei maschi)
- c) la predisposizione di un rapporto tecnico scientifico annuale, integrato dalle varie fonti, oggetto peraltro di acquisizione nella Relazione al Parlamento su alcol e problemi alcol-correlati, secondo quanto previsto dalla Legge 125/2001.

Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours della WHO

Nel corso del 2022 sono iniziati i lavori per il IV *WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours* (FADAB) che si terrà nel 2023 che vede coinvolti, su invito della sede centrale della WHO, i ricercatori dell'ONA (trattandosi di un evento biennale, l'ultima edizione si è tenuta nel 2021).

Il Forum della WHO su alcol, droghe e comportamenti di dipendenza è un evento che mira a rafforzare i partenariati e la collaborazione tra organizzazioni, reti e istituzioni orientate alla salute pubblica internazionali al fine di affrontare alcune delle questioni più urgenti del nostro tempo. L'uso dannoso di alcol, di droghe e comportamenti di dipendenza ha effetti devastanti sugli individui, sulle famiglie e sulle comunità con un enorme impatto socioeconomico a livello nazionale e globale e per accelerare e sostenere le azioni di salute pubblica in un mondo in rapida evoluzione.

La *Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours Unit*, all'interno del *Department of Mental Health and Substance Use* presso la sede centrale della WHO, organizza, per la quarta volta, il FADAB per fare il punto sul passato e guardare al futuro, concentrandosi su compiti, sfide e opportunità future.

Progetti con la Commissione Europea

All'ONA-ISS sono stati affidati, in rappresentanza dell'Italia, tre contratti di servizio con la Commissione Europea e la *European Health and Digital Executive Agency* (HADEA) che fanno seguito alla *EU Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)* in coordinamento operativo e partnership consortile tra le principali istituzioni europee:

- DEEP SEAS (*Developing and Extending Evidence and Practice from the Standard European Alcohol Survey*);
- FAR-SEAS (*Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS-Standard European Alcohol Survey*) (già dettagliato nel capitolo dedicato);
- AIHaMBRA (*Alcohol Harm - Measuring and Building Capacity*).

Per tutti i contratti di servizio all'ONA-ISS è stato richiesto di porgere consulenza per la produzione di uno standard operativo d'Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) sul consumo di alcol in gravidanza e sulla prevenzione della sindrome fetoalcolica, basato sulle esperienze già finanziate per corsi IPIB in assistenza sanitaria primaria all'ISS dal Ministero della salute e inserite nel Piano Nazionale di Prevenzione oltre che per la valutazione e supervisione dei protocolli, dei manuali operativi, della formazione specifica e delle linee guida relative agli studi pilota attuati a livello regionale (in Portogallo e in Polonia).

Nel corso del 2022 è stata rilevante la partecipazione attiva dell'ONA-ISS nelle attività dei suddetti contratti di servizio nel corso di simposi, webinar, meeting, gruppi tecnici e gruppi di lavoro (inclusa la partecipazione a indagini conoscitive) nonché nelle conferenze a conclusione delle attività. Di seguito sono riportati i workshop principali del progetto AIHaMBRA

- Workshop #5 online “Application of e-health tools to reduce alcohol-related harm”
 - Session 1. Digital approaches to identify and reduce alcohol consumption and harm: do they work and how are they best used? (15/2/2022)
 - Session 2. Practical implications – tailoring approaches to specific contexts and populations (17/2/2022)
- Workshop #6 online “Working together to prevent harm due to alcohol in the workplace”
 - Session 1. Context and evidence for tackling alcohol in European workplaces (12/5/2022)
 - Session 2. Coordination for alcohol prevention at work – perspective exchange to overcome barriers (17/5/2022)
 - Session 3. Challenges in implementing alcohol prevention in work settings – moving towards EU recommendations (20/5/2022)
- Final Conference a Lisbona (Portogallo) nell'ambito del Lisbon Addictions Meeting (22/11/2022)

Settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati 2022

La settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati (*Awareness Week on Alcohol Related Harm, AWAARH*) è stata istituita nel 2013 per aumentare la consapevolezza sui danni causati dall'alcol e sulla necessità di affrontarli attraverso un approccio politico integrato. Ogni

anno viene scelto un tema su cui incentrare l'iniziativa e sul quale confrontarsi. Sin dal 2013, l'ONA-ISS incoraggia a organizzare eventi a livello nazionale e locale rendendo disponibili i materiali e le infografiche dell'iniziativa.

Dal 28 novembre al 2 dicembre 2022 si è svolta la decima settimana di sensibilizzazione sui danni provocati dall'alcol (AWARH 2022), organizzata come ogni anno da Eurocare (*European Alcohol Policy Alliance*) in collaborazione con prestigiose società scientifiche europee del settore.

L'AWARH 2022 si è svolta in collaborazione con *Standing Committee of European Doctors* (CPME), *United European Gastroenterology* (UEG), *European Association for the Study of the Liver* (EASL), *European Liver Patients' Association* (ELPA), *European Brain Council* (EBC) e *European Federation of Addiction Societies* (EUFAS). Questa edizione si è concentrata sul coinvolgimento dei responsabili politici per attirarne l'attenzione sul livello devastante dei danni causati dall'alcol in Europa.

In Italia è sostenuta dall'ONA-ISS, già Centro Collaborativo della WHO per le problematiche alcol-correlate, in collaborazione con la SIA.

L'importanza di diffondere e ricordare i messaggi di prevenzione, è supportata dai dati dell'ONA-ISS pubblicati ogni anno in un documento (pubblicato nella serie *Rapporti ISTISAN*) sul monitoraggio alcol-correlato e riportati ogni anno nella relazione al Parlamento del Ministero della Salute sugli interventi realizzati ai sensi della legge 125/2001 in materia di alcol e problemi alcol-correlati (54), che lo scorso anno, nel marzo 2022, è stata presentata in occasione della Conferenza Nazionale Alcol, e documentata nel Libro Bianco a cura del Ministero della Salute "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana" (74).

Nell'edizione 2022, sono stati diffusi 32 "fatti" (*facts*, ovvero messaggi) in materia di alcol al fine di coinvolgere maggiormente i responsabili politici attirandone l'attenzione sul livello devastante dei danni causati dall'alcol in Europa. L'ONA-ISS ha partecipato alle riunioni di lavoro europee per l'identificazione dei messaggi fondamentali (tutti supportati da evidenze scientifiche) da diffondere e ricordare tutto l'anno. Per approfondire consulta la pagina del sito dedicata su Epicentro (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alco>), ove per ciascuno dei 32 messaggi sono disponibili i link delle evidenze scientifiche di riferimento, attività svolte nel mese di ottobre 2022, coordinate da Eurocare.

Progetto internazionale WHO per lo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici su *gaming* e *gambling*

Ulteriore impegno dell'ONA-ISS nella partecipazione alle politiche e alle iniziative di prevenzione internazionali è l'attività svolta, in qualità di componenti del gruppo di esperti, per il coordinamento del *WHO collaborative project on the development of new international screening and diagnostic instruments for gaming disorder and gambling disorder* che, a partire dall'esperienza ventennale di sviluppo dell'AUDIT sta sviluppando il test di popolazione utile per l'identificazione precoce nella popolazione giovanile della dipendenza da giochi e da gioco d'azzardo) anche sulla base della consolidata collaborazione nel network mondiale *Global information system on resources for the prevention and treatment of substance use disorders*.

Gli incontri online ai quali i ricercatori dell'ONA-ISS hanno preso parte sulla tematica specifica nel corso del 2022 sono stati 7 (circa uno ogni due mesi).

Partecipazione a altri network internazionali

L'ONA-ISS è, inoltre, componente di due network internazionali:

- APN - *Alcohol Policy Network*;
- INEBRIA - *International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs*.

Nell'ambito di queste reti di collaborazione, partecipa alle attività e incontri periodici, quali:

- 9th European Alcohol Policy Conference *What is the way forward for alcohol policy actions in Europe?* e APN symposium a Oslo (Norvegia), 17/6/2022;
- INEBRIA 18th Annual Conference *Early Identification and brief interventions: Innovation, sharing experience and facing challenges together for impact* a Edimburgo (Scozia), 23/9/2022.

IMPLICAZIONI DI SALUTE PUBBLICA PER UNA ROAD MAP DI RIDUZIONE DELL'IMPATTO DELL'ALCOL SULLA SALUTE IN ITALIA

I consumi di alcol in Italia e nelle Regioni evidenziano una situazione di rientro degli indicatori connessi al rischio e al danno entro i livelli pre-pandemia COVID-19, pur in un'apparente distinzione di genere che vede crescere l'esposizione al rischio da parte delle donne, tanto giovanissime, quanto anziane. Molti indicatori di rischio appaiono in diminuzione rispetto all'anno precedente pur se, nella migliore delle valutazioni, si può osservare che, per molti indicatori, una stagnante, perdurante stabilità, consolida la preoccupante considerazione, più volte espressa nel corso degli anni dall'ONA-ISS, anche attraverso le Relazioni al Parlamento del Ministro della Salute, di quell'inadeguatezza e inefficacia delle misure e delle politiche di prevenzione alcol-correlata, in Italia come in altre Nazioni, che nei fatti hanno spinto a richiedere alla WHO in Assemblea Mondiale della Sanità una maggiore determinazione e una sostanziale accelerazione nella predisposizione di politiche di salute pubblica sull'alcol e di piani o strategie di prevenzione nazionali, regionali, locali da rendere adeguate e orientate a intervenire rigorosamente attraverso approcci di maggior tutela evitando il coinvolgimento o la partnership di quelle componenti legate al settore allargato della produzione che, secondo la WHO, ha mostrato interessi inconciliabili con quelli di tutela della salute e di interferire con la realizzazione e implementazione di quelle *public health prevention policies* più volte richiamate come indispensabili a ridurre la mortalità, morbilità e disabilità causata dai livelli correnti di esposizione all'alcol come fattore di rischio per lo sviluppo della salute sostenibile.

Le tendenze dimostrate in Italia, specie per i consumatori appartenenti alle categorie più vulnerabili come le donne, gli anziani e i giovanissimi, rappresentano oggi un imperativo categorico della prevenzione. La necessità di ridurre le frequenze dei consumatori a rischio e di quelli dannosi è nei fatti un elemento non trascurabile alla luce dell'esigenza di dover conseguire entro il 2025 la riduzione sostanziale del 10% dei consumi/consumatori dannosi, quindi anche del consumo *pro capite*, avendo come riferimento il 2010 come linea di base indicata dagli SDG (SDG 3.5.2 *Harmful use of alcohol, defined according to the national context as alcohol per capita consumption within a calendar year, in litres of pure alcohol*), obiettivi di valenza economica oltre che di salute.

È importante ricordare, ai fini di un *policy making* più efficace, che gli obiettivi di riduzione dell'alcol sono inclusi anche nel Piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, nel Piano d'azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili nella Regione europea della WHO, nel tredicesimo programma generale di lavoro della WHO 2019-2023, il quadro di monitoraggio globale sulle malattie non trasmissibili e il programma di lavoro europeo 2020-2025. Questi evidenziano il riconoscimento del danno inflitto agli individui e alle società dal consumo di alcol, e la necessità di regolarlo in modo efficace.

L'uso di alcol è tra i principali fattori di rischio di mortalità prematura e disabilità a causa della sua relazione causale con condizioni patologiche che includono anche lesioni non intenzionali e suicidi. I giovani sono colpiti dall'alcol in modo sproporzionato rispetto agli anziani e il 13,5% di tutti i decessi tra i soggetti di età compresa tra 20 e 39 anni è attribuito all'alcol, prima causa di morte tra i giovani maschi, in Italia, in Europa, nel mondo (1).

L'alcol è una delle più rilevanti cause di disuguaglianza in salute, le popolazioni svantaggiate e vulnerabili hanno più elevati tassi mortalità e ospedalizzazione correlati all'alcol accresciuti ovunque nel periodo pandemico, come rilevato anche in Italia con l'aumento dei consumi a rischio

tra coloro che già erano consumatori a maggior rischio o con consumo dannoso rispetto ai consumatori moderati che in pandemia hanno invece ridotto ulteriormente i consumi (83).

Il carico globale di malattia attribuibile all'alcol è misurato in DALY, in altre parole la somma degli anni di vita persi per mortalità prematura (*Years of Life Lost*, YLL) e degli anni di vita vissuti in condizioni di salute non ottimale o di disabilità (*Years of Life lived with Disability*, YLD). Complessivamente, il consumo di alcol ha causato l'8,3% di YLL nell'UE, in pratica 7,6 milioni di anni persi prematuramente a causa del consumo di alcol. Nel 2016 nell'UE si sono contati più di 10,3 milioni di anni di DALY attribuibili all'alcol: il 6,8% di tutti i DALY. La principale causa di morte per alcol è stata il cancro (29% dei decessi attribuibili all'alcol), seguito da cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%) e lesioni (18%).

L'alcol, come classificato dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro, è una sostanza tossica, psicoattiva e che produce dipendenza e un cancerogeno di gruppo 1 che è causalmente collegato a sette tipi di cancro, tra cui tumori dell'esofago, del fegato, del colon-retto e del seno (84).

Il consumo di alcol è associato a 740.000 nuovi casi di cancro ogni anno a livello globale (2) e la IARC ha messo a disposizione uno strumento di valutazione e stima dell'impatto dell'alcol sull'incidenza di cancro in funzione delle differenze di genere e di livelli di consumo che sono emblematici rispetto al dovere istituzionale di formulare una comunicazione efficace atta a favorire nei consumatori un incremento della consapevolezza che anche piccole quantità di alcol possono rappresentare un rischio.

Nell'UE, il consumo di alcol da "leggero" a "moderato" (<20 g di alcol puro al giorno, che equivale al consumo di circa <1,5 litri di vino, 12% di alcol in volume, <3,5 litri di birra, 5% di alcol in volume, o <450 mL di superalcolici, 40% di alcol in volume a settimana) è stato associato a quasi 23.000 nuovi casi di cancro nel 2017, pari al 13,3% di tutti i tumori attribuibili all'alcol e al 2,3% di tutti i casi dei sette tipi di cancro correlati all'alcol (85).

Quasi la metà di questi tumori (circa 11.000 casi) erano tumori al seno femminili. Inoltre, più di un terzo dei casi di cancro attribuiti al consumo da leggero a moderato (circa 8500 casi) erano associati a un livello di consumo leggero (<10 g al giorno).

Secondo gli ultimi dati disponibili, la metà di tutti i tumori attribuibili all'alcol nella Regione europea della WHO è causata da un consumo "leggero" e "moderato" di alcol, responsabile della maggior parte dei tumori al seno attribuibili all'alcol nelle donne. Nel 2017, quasi 23.000 nuovi casi di tumore nell'UE (il 13,3% di tutti quelli alcol-attribuibili), sono stati causati dovuti a consumi inferiori o pari a 20 g di alcol puro al giorno, in pratica il classico bicchiere consumato a pranzo e a cena; di questi, circa 8500 casi, sono stati associati a un consumo di meno di un'unità alcolica al giorno.

Nel 2017, secondo la WHO (86) bere meno di due drink (circa 20 g di alcol puro) al giorno ha causato quasi un caso su 10 di cancro del cavo orale attribuibile all'alcol e un caso su quattro di cancro al seno attribuibile all'alcol nelle donne. Tenendo conto di tutti i casi di cancro causalmente legati all'alcol, a livello europeo è stato dimostrato che l'11% è stato causato dal consumo di alcol sotto la soglia di 20 g – vale a dire il consumo di non più di una bottiglia grande di birra (500 mL), due bicchieri grandi di vino (200 mL) o 60 mL di alcolici al giorno. Lo studio del *Global Burden of Diseases* ha calcolato in 10.100 i casi di cancro causati dall'alcol in Italia nel 2020, 6.900 per i maschi e 3.200 per le donne, con un tasso di 7,6 nuovi casi di cancro causato dall'alcol ogni 100.000 abitanti (10,6/100.000 per i maschi e 4,9/100.000 per le donne). (2).

Nei dati elaborati dall'ONA-ISS, è evidente che la media di 7,65 litri di alcol puro *pro capite* consumati in Italia nel 2019 (erano 6,95 nel 2010), se riferiti ai soli consumatori sale a 10,5 litri (la stima WHO precedente del 2016 riferiva 7,5 litri *pro capite*/anno per la popolazione verso effettivi 12 litri tra i soli consumatori). Con i livelli attuali di consumo è facile calcolare che

mediamente i veri consumatori assumono poco meno di 30 g di alcol al giorno lì dove dovrebbero essere 10 per le donne e 20 per gli uomini, al massimo.

Sapere che 7,5 litri *pro capite*/anno di alcol puro, corrispondenti in media a consumi giornalieri di 30 g di alcol, espongono in Italia circa sette milioni e settecentomila consumatori a un maggior rischio che è evitabile a fronte di un rientro nei consumi individuati dalle linee guida compatibili con un minor rischio per la salute (12 g per la donna e l'anziano, 24 g per l'uomo, zero per i giovani sotto i 18 anni di età) deve poter rappresentare l'argomento centrale di una prevenzione condivisa, quella che non può che riguardare tutti i consumatori di bevande alcoliche, senza alcuna distinzione di tipo di bevanda, se si vuole esser certi di poter raggiungere gli obiettivi per i quali le strategie richiedono di ridurre complessivamente del 10% i consumi di alcol compresi tra il 2010 e il 2025.

Nel 2010, il consumo medio *pro capite* di alcol puro di 6,95 litri era rappresentato da 4,45 litri di etanolo derivato dal consumo di vino, 1,66 litri dal consumo di birra e da 0,84 litri dall'alcol ingerito attraverso il resto degli alcolici; è evidente che la riduzione da conseguire debba andare in direzione opposta alla media attuale di 7,65 litri, raggiungere quote di 6,25 litri *pro capite* con una riduzione di 1,24 litri *pro capite* l'anno in media e che tale riduzione debba riguardare inevitabilmente quote proporzionalmente più consistenti per quelle bevande che più contribuiscono a determinare livelli più elevati di consumo *pro capite* essendo, peraltro, note le quote di consumatori dannosi di vino birra e altri alcolici.

L'ONA-ISS ha collaborato di recente con la WHO al calcolo della stima del più recente consumo *pro capite* di alcol, elaborata sulla base degli indicatori di rischio calcolati in ISS dal sistema SISMA e di produzione/consumo disponibili. Tale stima, che sarà resa ufficiale nei prossimi mesi dalla WHO attraverso i *country report* nazionali, valuta che una riduzione parziale sia stata già raggiunta nel 2020 con 6,97 litri/*pro capite* ma che, al contrario delle attese, sia in ulteriore progressiva risalita come anche dimostrato da statistiche di produzione che vedono tra il 2020 e il 2021 un incremento dei consumi *pro capite* di vino e birra in particolare.

I rischi e i danni complessivi derivanti dal consumo di alcol sono stati nel corso degli anni sempre più ben documentati, discussi, valutati sistematicamente e in maniera estensiva giungendo alla costruzione del consenso della comunità scientifica internazionale indipendente sull'opportunità di contrasto della diffusione di un comportamento che l'evidenza scientifica e il monitoraggio epidemiologico indicano tra le principali cause di elevati costi sanitari e sociali da abbattere attraverso l'incremento della consapevolezza del rischio e il supporto a scelte informate ai consumatori a tutela della salute e della sicurezza individuale e collettiva.

Secondo le ultime stime della WHO, il consumo di alcol ha contribuito a tre milioni di morti nel 2016 a livello globale ed è stato responsabile del 5,1% del carico globale di malattie e lesioni.

In Europa l'alcol è causa evitabile di decesso di un milione di consumatori il cui consumo, anche moderato, è associato a un aumento del rischio di molte condizioni di salute malata ed è la causa principale e sufficiente per diversi disturbi, tra cui la dipendenza da alcol, il cancro, la cirrosi epatica, molte altre malattie non trasmissibili e condizioni di salute mentale.

In Italia, secondo i livelli di consumo utilizzati dalla WHO, si può stimare che, nel 2020, la platea degli esposti a un maggior rischio di sviluppare un tumore a fronte di un consumo leggero o moderato sia stata di 4.493.653 consumatori e consumatrici di età superiore a 15 anni che hanno bevuto fino a una unità alcolica al giorno, e ulteriori 4.158.556 che hanno consumato fino a 2 UA al giorno. Nei fatti, come conseguenza del rischio alcol-correlato per qualunque livello di consumo, la IARC ha stimato e pubblicato ufficialmente per l'Italia una mortalità specifica per cancro alcol-correlato pari a 10.000 morti l'anno, tra questi 2000 donne morte a causa di un cancro evitabile al seno.

Livelli crescenti di consumo di alcol sono associati a livelli crescenti di rischio di malattia e mortalità (32), portando alla questione se sia possibile definire un livello sicuro di consumo di alcol associato a zero rischi di conseguenze per la salute (87).

La comunità scientifica si è da sempre impegnata nell'identificazione di un livello sicuro di consumo di alcol e sono numerose le esperienze dedicate alla ricerca di prove scientifiche per dimostrare l'assenza di un aumento del rischio di malattia o infortunio associato al consumo di alcol a un certo livello di consumo e/o al di sotto di esso. Il risultato degli ultimi decenni di ricerche specifiche ha consentito di tracciare un quadro ben definito sull'effetto esercitato dall'alcol sullo stato di salute. Alcuni studi, hanno suggerito che il consumo leggero di alcol potrebbe avere un piccolo effetto protettivo, misurato dal rischio di alcune malattie cardiovascolari o diabete di tipo 2 (88, 89).

Altri studi hanno dimostrato l'esistenza di tali effetti su alcuni tipi di malattie cardiovascolari nelle persone di mezza età e negli anziani (90); tuttavia, diverse revisioni sistematiche hanno anche scoperto che gli effetti "protettivi" del consumo moderato scompaiono con il consumo episodico pesante, che aumenta il rischio di eventuali malattie cardiovascolari (32, 91).

È stato ampiamente rilevato che gli effetti osservati non sarebbero da mettere in relazione al consumo di una specifica bevanda, come il vino o la birra, ma all'alcol (etanolo) e molte linee guida, e tra queste quelle italiane del CREA, nel razionale scientifico che giustifica le indicazioni da seguire nel consumo di alcolici, escludono che, ad esempio, nella birra o nel vino la quantità di sostanze bioattive, antiossidanti (polifenoli principalmente) contenute in uno-due bicchieri, compatibili con l'esigenza di rimanere nel range del basso rischio, possano essere dotate di qualunque tipo di efficacia biologica o di "protezione". A fronte di tali evidenze, che hanno smontato definitivamente anche il cosiddetto paradosso francese, è da rilevare che nessuno studio al mondo ha mai dimostrato che la potenziale esistenza di un effetto protettivo per le malattie cardiovascolari o il diabete di tipo 2 possa ridurre anche il rischio di cancro per il singolo consumatore. Le prove sinora disponibili non indicano l'esistenza di una particolare soglia alla quale gli effetti cancerogeni dell'alcol iniziano a manifestarsi nel corpo umano.

Pertanto, in maniera consonante con il messaggio del più recente contributo apparso su *Lancet* (92) con il commento del gruppo di studio congiunto di tutti gli uffici della WHO «Nessun livello di consumo di alcol, è sicuro per la nostra salute», non è possibile stabilire una quantità sicura di consumo di alcol per i tumori e la salute.

La conseguenza di tal evidenza, sancita anche dalle direttive europee, è che i consumatori di alcol hanno il diritto a essere oggettivamente informati sui rischi di cancro e di altre condizioni di salute associate all'uso e non solo all'abuso di una qualunque bevanda alcolica. Tutti i consumatori di bevande alcoliche, al fine di garantirne scelte informate, vanno resi consapevoli del messaggio del Codice Europeo contro il Cancro: "Se bevi alcolici di qualsiasi tipo, limitane il consumo. Per prevenire il cancro è meglio evitare di bere alcolici".

È intuitivo che nessuna linea guida possa "raccomandare" il consumo di alcol e che anche semplicemente consigliare un uso moderato di alcol in funzione di possibili effetti di riduzione del rischio di alcune, poche condizioni patologiche, sarebbe di potenziale pregiudizio alla salute del consumatore o della consumatrice in funzione del noto incremento del rischio di oltre 200 condizioni patologiche e incidenti oltre a sette tipi di cancro con soglie di rischio già rilevate nel singolo bicchiere consumato.

Puntare a una prevenzione che accompagni i trentasei milioni di consumatori di bevande alcoliche in Italia assume un'importanza centrale in termini di comunicazione, informazione, sensibilizzazione e prevenzione alla luce dell'evidenza rilevata dai dati di monitoraggio SISMA di oltre 7.700.000 consumatori a rischio che possono essere ricondotti verso livelli di consumo compatibili con le linee guida a più basso rischio contribuendo a non alimentare e incrementare

la preoccupante platea dei 3 milioni e mezzo di *binge drinker* e degli oltre 750.000 consumatori dannosi.

Ed è per affrontare questa sfida che a ottobre 2022, il Ministero della Salute ha pubblicato il Libro Bianco sull'alcol dal titolo "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo e integrato dell'alcolologia italiana" documento di analisi, sintesi e consenso dei lavori svolti in occasione della seconda conferenza nazionale sull'alcol tenutasi presso il Ministero nei giorni 15-17 marzo 2022 (78).

Questo evento, organizzato a più di 10 anni dal precedente (promosso dal governo nel 2008), ha avuto come obiettivo principale il confronto fra tutti gli attori impegnati in questo ambito per condividere conoscenze, costruire nuove alleanze e proporre interventi per contrastare l'impatto da uso di alcol nella popolazione e i DUA in Italia valorizzando l'esperienza dell'alcolologia italiana. La conferenza ha visto la partecipazione di diversi attori, tra cui i rappresentanti delle associazioni di auto-mutuo aiuto, delle Regioni, dell'ANCI, degli operatori del settore, delle società scientifiche, dell'ISS e di altre istituzioni.

Il Libro Bianco, il cui testo è largamente rappresentativo della prolungata consultazione pubblica rivolta alla creazione partecipata del consenso sulle tematiche identificate come prioritarie, è la summa degli orientamenti sulle proposte in materia di prevenzione, salute e politiche sanitarie e sociali. Tale documento rappresenta il più avanzato progetto di "intelligenza collettiva" per elaborare, insieme, una nuova *governance* della complessità d'impatto che l'alcol determina sull'SSN, nei contesti, nella società e nell'individuo.

A fronte dell'impegno preso come esito finale della Conferenza, un Decreto istitutivo di un Tavolo di Lavoro ha conferito mandato a un gruppo di lavoro nominato formalmente per la realizzazione/redazione di un Libro Bianco, tipicamente istituzionale, come strumento privilegiato per la diffusione delle evidenze e conoscenze discusse nel corso della conferenza, al fine di fornire un documento guida di riferimento per gli operatori del settore, le strutture dell'SSN, le autorità nazionali e regionali competenti. Secondo quanto discusso dal Tavolo Tecnico Alcol, è stato proposto e inteso per "libro bianco", un documento ufficiale privo di valenza normativa, dedicato a uno specifico tema, l'alcol, esaminato attraverso le tematiche prioritarie individuate per i gruppi di lavoro della Conferenza Nazionale Alcol, per le finalità alternativamente informative, esplorative o dichiarative sul problema specifico affrontato e sulle sue possibili soluzioni. Ciò è stato svolto con l'obiettivo di permettere di affrontare un problema in modo aperto, discutendo una gamma d'idee o di proposte su questioni di particolare rilevanza, in vista di possibili interventi.

Lo scopo di quest'attività è stato quello di sintetizzare le evidenze e l'attuale stato d'implementazione delle normative e delle azioni messe in campo. Il testo pone l'accento sull'importanza delle diverse tematiche offrendo lo spunto per proposte di azione in settori specifici, per avviare consultazioni, una discussione con le parti interessate, per suggerire possibili passi successivi per la società civile, i ricercatori, i decisori politici a livello regionale/locale rimarcando la prevenzione specifica, universale e ad alto rischio, come competenza esclusiva del settore di salute pubblica e degli stakeholder istituzionali per i quali non sussistano dichiarati conflitti d'interesse, sottolineando la necessaria distanza da mantenere e l'esclusione degli attori dei settori con interessi differenti da quello della tutela della salute.

Il Libro Bianco prendendo atto dell'impatto attuale dell'alcol sull'SSN e sulla società e valutato lo scenario attuale e le tendenze in atto, ha approfondito i limiti e le "disfunzioni" del presente e le potenzialità delle proposte per affrontare le disfunzioni, analizzato e meglio definito i target a cui rivolgersi valutando lo stato di avanzamento rispetto allo status quo con considerazioni dedicate alle implicazioni di salute e alla prevenzione che manca (78).

Per quanto riguarda i riferimenti programmatici europei e internazionali che rappresentano il nucleo di ciò che ora è da integrare nel Piano Nazionale di Prevenzione, auspicabilmente

attraverso la definizione di un nuovo PNAS, il Libro Bianco, quale strumento di spiccata vocazione operativa oltre che propositiva, mette in pieno risalto la necessità di centrare gli impegni assunti per gli anni a venire sulla base delle finalità e delle azioni del nuovo Piano d'Azione europeo della WHO 2022-2030 per implementare la strategia globale di riduzione dell'uso dannoso di alcol, i cui obiettivi sono stati resi esecutivi dall'Assemblea Mondiale della Sanità lo scorso 24 maggio 2022 (che a sua volta è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie croniche non trasmissibili, azione principe dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e degli SDG).

In tale ottica è stata ritenuta urgente la richiesta di adozione di misure e politiche di prevenzione che, convergendo anche sull'adozione del Piano Europeo di lotta contro il cancro da parte del Parlamento europeo, prevedano e favoriscano l'aggiornamento immediato e l'integrazione dei piani di prevenzione nazionale e regionali funzionali alla riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025.

La Risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 (93) sul rafforzamento dell'Europa nella lotta contro il cancro, con valenza e implicazioni di adempimento richiesto ben diverso da quella di principio delle strategie WHO, esige e richiede una strategia globale e coordinata in conformità a quanto votato dal Parlamento come approccio formale e sostanziale, condiviso in una cornice legale che testualmente:

- rammenta “che l'IARC ha classificato l'etanolo e l'acetaldeide da metabolismo dell'etanolo contenuti nelle bevande alcoliche come cancerogeni per l'essere umano e che in Europa circa il 10% di tutti i casi di cancro negli uomini e il 3% di tutti i casi di cancro nelle donne sono riconducibili al consumo di alcol”;
- sottolinea che “minore è il consumo di alcol minore è il rischio di sviluppare neoplasie; evidenzia che il consumo nocivo di alcol è un fattore di rischio per molti carcinomi differenti, quali i carcinomi del cavo orale, della faringe, della laringe, dell'esofago, del fegato, del colon-retto e della mammella nelle donne; rammenta lo studio menzionato dalla WHO che riconosce che il livello più sicuro di consumo di alcol non esiste per quanto riguarda la prevenzione oncologica e sottolinea la necessità di tenerne conto nella definizione e nell'attuazione della politica di prevenzione del cancro”.
- accoglie con favore “l'obiettivo della Commissione di ridurre di almeno il 10% il consumo dannoso di alcol entro il 2025; incoraggia la Commissione e gli Stati Membri a promuovere azioni tese a ridurre e prevenire i danni provocati dall'alcol nel quadro della revisione della strategia europea sull'alcol, ivi compresa una strategia europea volta ad azzerare il consumo di alcol per i minori, corredata, se del caso, di proposte legislative, rispettando nel contempo il principio di sussidiarietà e le normative nazionali vigenti sui limiti di età per il consumo di alcol”;
- sostiene “la necessità di offrire ai consumatori informazioni appropriate migliorando l'etichettatura delle bevande alcoliche con l'inclusione di informazioni su un consumo moderato e responsabile di alcol e introducendo l'indicazione obbligatoria degli ingredienti e delle informazioni nutrizionali nonché mediante l'introduzione dell'etichettatura digitale”;
- chiede alla Commissione “di adottare azioni specifiche contro il consumo eccessivo e pericoloso di alcol”;
- ritiene importante “tutelare i minori dall'esposizione alla comunicazione commerciale sul consumo di alcol, nonché dall'inserimento di prodotti e sponsorizzazioni di marchi di prodotti alcolici, anche in ambiente digitale, dal momento che la pubblicità non dovrebbe rivolgersi espressamente ai minori e non dovrebbe incoraggiare il consumo di alcol”;
- invita a “proibire la pubblicità e la sponsorizzazione di bevande alcoliche in occasione degli eventi sportivi qualora a tali eventi partecipino principalmente i minori”;

- chiede il “monitoraggio rigoroso dell’attuazione della direttiva sui servizi di media audiovisivi riveduta”;
- chiede “che la proposta relativa a una legge sui servizi digitali rafforzi la capacità degli Stati Membri di sostenere e applicare la legislazione volta a tutelare i minori e altre popolazioni vulnerabili dalle comunicazioni commerciali delle bevande alcoliche”;
- invita a “stanziare fondi pubblici a favore di campagne di sensibilizzazione a livello nazionale ed europeo”;
- sostiene “la prevista revisione della legislazione europea in materia di tassazione dei prodotti alcolici e di acquisti transfrontalieri di alcol da parte di privati cittadini nonché la revisione delle politiche sulla definizione dei prezzi”.

La *road map* da tracciare e seguire è quindi ben più articolata e complessa della “semplice” necessità di raggiungimento di una riduzione del consumo medio *pro capite*; nei fatti, la riduzione della morbilità, mortalità e disabilità causata dall’uso di alcol mira ad una cultura sana del bere, quella per la quale la comunità scientifica internazionale non dispone di elementi validati, verificati o compiacenti logiche di convenienza che possano considerare il dualismo uso/abuso implausibile in termini di tutela della salute e, ricorda la WHO, consolidata e verificata espressione d’interessi inconciliabili con quelli della prevenzione specifica, quella necessariamente orientata dalle numerose aree di interesse in cui intervenire efficacemente come condiviso nel corso della Conferenza Nazionale Alcol e nel Libro Bianco sull’Alcol del Ministero della Salute nel ribadire le priorità d’azione di spiccata valenza e competenza sanitaria ma anche nel merito dello sviluppo urgente di sinergie in settori economici relativi agli ambiti inerenti all’alcol nelle altre politiche come le politiche di tassazione e dei prezzi, l’etichettatura e le restrizioni del marketing digitale.

La Framework europea di azione sull’alcol 2022-2025 e la Strategia Globale colmano con SAFER, uno strumento operativo basato sui *best buys* basati sul miglior rapporto costo-beneficio, il divario tra il potenziale del precedente *European Alcohol Action Plan* e l’importante esigenza di rinnovato impegno espresso da un approccio più efficace, più garante delle tutele di salute pubblica con la promozione di azioni chiave per migliorarne l’attuazione.

La programmazione sanitaria e di salute in Italia non può non tener conto del portafoglio di opzioni politiche, guidate e formulate da interessi di salute pubblica, sulla base di chiari obiettivi di salute pubblica e delle migliori prove disponibili, con le aree incentrate sulle attività relative agli *NCD Best Buys* per la lotta ai fattori di rischio delle malattie croniche. In totale, sono prioritarie sei aree: prezzo degli alcolici; disponibilità di alcol; commercializzazione delle bevande alcoliche; informazioni sulla salute, con particolare attenzione all’etichettatura degli alcolici; risposta dei servizi sanitari e azione comunitaria. Queste aree d’interesse s’intersecano tra loro esigendo un approccio globale per poter conseguire il massimo impatto. Le priorità di azione e attuazione a livello nazionale e regionale possono essere prese in considerazione come risposta alle circostanze e alle esigenze specifiche, con particolare attenzione alle differenze dei contesti sociali, economici, giuridici e culturali, le priorità di sanità pubblica, le politiche del sistema sanitario e le risorse disponibili che dovrebbero dare priorità anche al coinvolgimento delle competenze, dell’esperienza e delle connessioni di persone con esperienza vissuta di problemi con l’alcol, nonché attori non statali (comprese le ONG), attivisti per il recupero e organizzazioni di mutuo soccorso e auto-aiuto.

È indispensabile rendere obbligatoria la formazione specifica di quanti operano nei servizi e nelle strutture dell’SSN perché è dimostrato che la fornitura di consigli, il counseling motivazionale, gli interventi brevi, così come forniti attraverso gli elementi dei corsi di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB), attuato da vent’anni dall’Osservatorio Nazionale Alcol dell’ISS secondo lo standard WHO, consentono di recuperare ad un consumo plausibile con le linee guida per una sana alimentazione una quota rilevante di consumatori a

rischio e possono essere utili anche a favorire il processo di mantenimento della sobrietà richiesta ai consumatori dannosi/alcolodipendenti nel quadro più articolato e complesso della riabilitazione e della restituzione del paziente ad una vita sociale, lavorative e di relazioni.

È indispensabile, secondo la WHO, garantire un'informazione valida e corretta e contrastare le *fake news* diffuse dal settore della produzione, amplificate dai social e dai media e incrementare la *health literacy* dei *policy maker*; l'informazione sul rischio legato al consumo delle bevande alcoliche è un diritto di tutti i consumatori che devono essere resi consapevoli dei rischi associati ai prodotti offerti per il consumo, compreso l'alcol, che non è un bene ordinario, in modo che possano agire scelte informate. È obbligo dei governi garantire che i consumatori siano sempre più forniti della corretta informazione tutelata rispetto alla disinformazione che vorrebbe introdurre implausibili distinzioni sull'impatto delle diverse bevande alcoliche e ostacolare l'attuazione delle politiche sulla fornitura d'informazioni sanitarie mediante etichette.

La consapevolezza pubblica sulla gamma di danni associati al consumo di alcol è molto bassa nella società che, al contrario, normalizza il bere anche in funzioni delle pressioni al consumo delle bevande alcoliche. Molte persone non sono consapevoli dei rischi di sviluppare malattie e una serie di tumori a causa di livelli di alcol anche molto bassi consumo; nonostante il noto nesso causale tra alcol e cancro, nessun Paese nel mondo ha la disposizione obbligatoria per visualizzare queste informazioni sull'etichetta dei prodotti alcolici. Il piano europeo di lotta contro il cancro si è impegnato a implementare informazioni sulla salute nelle etichette delle bevande alcoliche che aumentino la conoscenza e la maggiore consapevolezza dei rischi associati al consumo di alcol può portare a un aumento del sostegno pubblico per altre misure politiche per ridurre i danni dovuti all'alcol consumato. Per queste ragioni la Commissione Europea ha indicato che rivedrà la sua politica di promozione delle bevande alcoliche attraverso l'indicazione obbligatoria dell'elenco degli ingredienti e la dichiarazione nutrizionale sulle etichette delle bevande alcoliche entro la fine del 2022, e della salute avvertenze sulle etichette entro la fine del 2023, termine entro il quale su tutte le etichette comparirà l'informazione delle calorie, elemento centrale per la riduzione del consumo e sostanziale contributo alla lotta al sovrappeso e all'obesità.

In tutto questo percorso non può continuare a mancare una dovuta risposta dei servizi sanitari che forniscono una prima linea vitale nella prevenzione e nell'intervento precoce per prevenire e ridurre i danni dovuti al consumo di alcol, oltre a facilitare un supporto completo, ovunque necessario, per sostenere le persone a riprendersi, così come le loro famiglie, parte del processo di recupero insieme alle organizzazioni di mutuo soccorso per sostenere il recupero a lungo termine. Le azioni del servizio sanitario devono essere riallineate con l'azione della comunità nell'identificazione del consumo di alcol come rischio comportamentale, fornendo interventi precoci prima che i problemi sanitari e sociali diventino evidenti e si sviluppino forme gravi di DUA che richiedono cure mediche. Gli interventi di facilitazione possono ottenere risultati importanti per le persone con DUA riguardo al raggiungimento e mantenimento della sobrietà/astinenza, con l'ulteriore risultato di un notevole risparmio economico per i servizi sanitari.

Come con altri disturbi da uso di sostanze, i DUA devono essere considerati principalmente come problemi di salute e le persone con questi problemi intercettate e curate dalle strutture dell'SSN con urgente necessità di garantire il trattamento ad oggi necessario ma non erogato al 91,5% di coloro "in need for treatment" mai intercettati da personale o da strutture dell'SSN e quindi in una dimensione lontanissima dall'SDG 3.5: rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol.

Le persone con problemi di alcol sono spesso alle prese con molti altri problemi di salute. Ad esempio, molte persone con problemi di alcol affrontano la salute mentale problemi e molte persone con problemi di salute mentale hanno problemi di alcol, ma i servizi continuano a trovare difficile trattare efficacemente la loro co-occorrenza. Le prove supportano fortemente

l'implementazione diffusa di programmi di screening e intervento breve (SBI) nelle scuole primarie strutture sanitarie (PHC) a cura di quanti hanno mandato e vocazione sanitaria e di prevenzione escludendo rigorosamente programmi sul “bere responsabile” o sulla storia o la cultura del bere privi di qualunque efficacia e solitamente oggetto di promozione di interessi distanti da quelli di tutela della salute su minori la cui capacità critica non è ancora tale da consentire un'adeguata svalorizzazione di argomentazioni prive di evidenza scientifica su implausibili proprietà salutistiche di una qualunque bevanda alcolica, come ribadito dal Dossier Scientifico delle Linee Guida CREA.

I sistemi di cura orientati al recupero costituiscono un approccio alla gestione a lungo termine di pazienti all'interno della rete di risorse e servizi di supporto basati sulla comunità. Gestione del recupero diretta professionalmente, come con la gestione di altre malattie croniche disturbi, sposta l'attenzione del trattamento da un modello che cerca di “ammettere, trattare e dimettere” a un partnership di gestione sanitaria sostenuta tra i servizi e il paziente. In questo modello, monitoraggio post-stabilizzazione, educazione al recupero, coaching al recupero, collegamento attivo al recupero comunità (incluso il supporto dell'auto- e mutuo-aiuto), sviluppo delle risorse e accesso rapido indietro al trattamento, quando necessario, sostituiscono, come indicato dalla WHO, il tradizionale processo di dimissione.

I servizi e i programmi, i processi mirati al recupero del consumatore dannoso e dell'alcol dipendente dovrebbero mirare a essere incentrati sulla persona e basate interventi bio-psico-sociali da combinarsi in modo flessibile e integrato in funzione delle diverse competenze richieste, facendo uso dell'esistente e dei rapporti con colleghi e persone valorizzando l'esperienza vissuta sui problemi alcol-correlati mirando a co-produrre piani e incorporare azioni che supportano il recupero a lungo termine per i bevitori e le loro famiglie seguendo un approccio sistemico, un orientamento relativamente nuovo ma in rapido sviluppo che può offrire una serie di approcci sistemici per affrontare complessi problemi di salute pubblica come la prevenzione delle malattie non trasmissibili (MNT). L'uso di approcci sistemici può potenzialmente contribuire allo sviluppo di politiche efficaci basate su prove, incoraggiare il coinvolgimento delle parti interessate nel processo decisionale e migliorare la coerenza dell'attuazione delle politiche che derivino dall'applicazione ragionata delle risorse e delle buone pratiche alle diverse fasi del ciclo politico:

- identificazione dei problemi e analisi delle politiche;
- sviluppo delle politiche;
- attuazione delle politiche;
- monitoraggio, applicazione e valutazione delle politiche.

La politica di prevenzione delle malattie non trasmissibili deve poter contare su un adeguato e pratico ausilio decisionale basato sui vantaggi e sui limiti di ciascun approccio da adottare nella comunicazione, nell'informazione, nelle indicazioni e nelle azioni da porgere nell'operatività quotidiana di prevenzione soppesando le considerazioni sulle risorse e i potenziali benefici.

Riguardo ai giovani, gli elementi di consenso nella prevenzione scolastica sono risultati sostanzialmente convergere sull'importanza di sviluppare un'azione preventiva strategicamente orientata alla sensibilizzazione e alla prevenzione dei rischi alcol-correlati nel *setting* scolastico.

A tale riguardo trovano fondamento in molteplici atti normativi nazionali, e ha visto gli esperti coinvolti nei lavori preparatori della Conferenza Nazionale Alcol l'importanza e il valore di:

- uniformare l'approccio e i contenuti dei progetti di prevenzione sul territorio nazionale, secondo le indicazioni delle evidenze scientifiche sugli interventi efficaci e in conformità a standard omogenei, seppure adattabili a diversi contesti;
- preferire interventi inseriti in programmi più ampi di promozione della salute e che coinvolgano tutta la comunità scolastica (studenti, personale scolastico e famiglie) secondo un modello di *empowerment* di comunità;

- preferire per gli esperti di prevenzione l’esercizio del ruolo di formatore e consulente degli insegnanti piuttosto che gestire direttamente gli interventi di assumere;
- privilegiare interventi precoci dedicati a un target in una fase del ciclo di vita – e quindi di sviluppo evolutivo- precedente o coincidente con i primi consumi alcolici;
- incrementare l’approccio socio-educativo, che abbia quale obiettivo prioritario quello di incrementare le *life skill* insieme all’incremento delle conoscenze e competenze;
- prevedere metodi che stimolano il coinvolgimento attivo dei giovani e le loro risorse;
- consolidare le competenze degli esperti di prevenzione, in particolare sulla progettazione di interventi *evidence-based*.

In definitiva, gli esperti raccomandano nel Libro Bianco sull’Alcol un’immediata e urgente operatività da attivare anche per contrasto al marketing, alle mode, alla promozione del *digital marketing* e di tutte le forme manifeste e occulte di promozione delle bevande alcoliche, dal product placement nelle fiction italiane alla sponsorizzazione di eventi musicali, culturali, sportivi ricordando e sottolineando che prevenzione a scuola significa:

- riconoscere e potenziare la funzione preventiva della Scuola e dei suoi attori naturali;
- adottare una Strategia preventiva nazionale nel setting scolastico, intersettoriale e multilivello, unitaria e coerente, finalizzata a:
 - aumentare il livello di alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*), sensibilizzando i giovani sui rischi per la salute del consumo di alcol all’interno delle più ampie strategie di prevenzione e promozione della salute (ad es. Modello della Scuola che Promuove Salute ecc.)
 - investire nella costruzione di una vera “infrastruttura” preventiva, professionale, organizzativa e operativa, adeguatamente supportata da risorse umane, tecniche e finanziarie (in coerenza con strategie del Piano Nazionale Prevenzione)
 - prevedere e sostenere forme cooperative fra mondo accademico, della ricerca, della formazione e dell’intervento educativo e preventivo
 - orientare e supportare coerentemente e sinergicamente l’azione di tutti gli attori in campo, nel rispetto delle competenze dei diversi livelli istituzionali
- investire in prevenzione con indispensabili coerenti investimenti sul piano organizzativo ed economico-finanziario;
- sviluppare azioni di sistema per favorire la diffusione di interventi appropriati – a tutti i livelli programmatori devono trovare posto approcci e programmi *evidence-based*, in grado di poter promettere – sulla base delle teorie di riferimento – gli esiti preventivi e i guadagni di salute attesi;
- promuovere programmi preventivi orientati alle *life skills*.

Le azioni e le misure proposte, quando implementate e applicate, hanno il potenziale dimostrato come il più elevato per ridurre il consumo dannoso di alcol. La WHO ha più volte richiamato l’attenzione sulle responsabilità dell’industria e i conflitti d’interesse inconciliabili con quelli di salute, segnalando le interferenze del settore della produzione che hanno rallentato e rallentano le politiche di salute pubblica sull’alcol ostacolando il raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile. Proprio in virtù di tali considerazioni la WHO ha posto l’accento sulla valutazione di opportunità di evitare di coinvolgere l’industria nella produzione di politiche di prevenzione sull’alcol evitando partnership per iniziative di prevenzione che sono di esclusiva pertinenza del settore di salute pubblica e devono essere svolte da operatori sanitari. Ciò specialmente se queste iniziative sono rivolte a minori, nei contesti educativi e di aggregazione, che vanno tutelati e sottratti ad un comportamento, il bere inadeguato fisiologicamente per la fase di sviluppo evolutivo dei giovanissimi.

Uno dei principi guida della strategia globale afferma che “le politiche e gli interventi pubblici tesi a prevenire e ridurre i danni causati dall’alcol dovrebbero essere guidati e formulati dagli interessi della salute pubblica e sulla base di chiari obiettivi di salute pubblica e delle migliori evidenze disponibili”, la sfida per l’Italia è quella di aggiornare il Piano Nazionale di Prevenzione e quelli regionali, attualmente mancanti di una serie di azioni e di interventi basati su evidenze aggiornate e individuate come efficaci, e procedere alla definizione e implementazione, come già accaduto nel recente passato, di un nuovo PNAS valorizzando auspicabilmente la consulenza tecnico-scientifica derivante dalle competenze del settore della ricerca di cui l’ONA-ISS mantiene, in coordinamento con il Ministero della Salute, anche a livello europeo e internazionale, un ruolo di riconosciuta *leadership* di cui giovare per contribuire sicuramente al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo di salute sostenibili ma più sostanzialmente a costruire nuove dimensioni di maggiore benessere per tutti.

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>; ultima consultazione 06.03.2023
2. Runggay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens VEPP, Rehm J, Soerjomataram I. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: A population-based study. *Lancet Oncol*. 2021;22:1071-80.
3. Glantz MD, Bharat C, Degenhardt L, Sampson NA, Scott KM, Lim CCW, Al-Hamzawi A, Alonso J, Andrade LH, Cardoso G, De Girolamo G, *et al*. The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addict Behav*. 2020 Mar;102:106128. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106128. Erratum in: *Addict Behav*. 2020 Jul;106:106381.
4. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland (2018)*. Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/386577/fs-alcohol-eng.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
5. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO; 2019.
6. United Nation. Department of Economic and Social Affairs. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York, NY: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>; ultima consultazione 06.03.2023.
7. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020)*. Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/464642/Alcohol-consumption-and-sustainable-development-factsheet-eng.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
8. Movendi International. *Alcohol obstacle to development. How Alcohol Affects the Sustainable Development Goals*. Stockholm: Movendi International; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol-and-SDGs-Movendi.pdf>; ultima consultazione 06.03.2023.
9. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2)*. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption); ultima consultazione 06.03.2023.
10. Gandin C, Scafato E. *Interventi a livello di popolazione per la riduzione del consumo di alcol: cosa ci dice l'indicatore "consumo di alcol pro capite"?* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms-indicatore-apc>; ultima consultazione 06.03.2023.
11. World Health Organization. The Global Health Observatory (GHO). *Indicators. Alcohol, consumers past 12 months (%)*. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-consumers-past-12-months-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-consumers-past-12-months-(-)); ultima consultazione 06.03.2023.
12. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol use disorders (15+), 12 month prevalence (%) with 95%*. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-use-disorders-\(15-\)-12-month-prevalence-\(-\)-with-95-](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-use-disorders-(15-)-12-month-prevalence-(-)-with-95-); ultima consultazione 06.03.2023.

13. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
14. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie-CCM. *Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS 2007-2010*. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
15. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Prevenzione-PNP. 2010-2012*. Roma: Ministero della salute; 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.comunitapnp.it/file.php/1/Allegato1_PNP_10-12.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
16. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018*. Roma: Ministero della Salute; 2015. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
17. Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*. Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
18. European Commission. *Communication from the commission to the council, the European parliament, the European economic and social committee and the committee of the regions An EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm*. Brussels: European Commission; 2006. COM(2006). Disponibile all'indirizzo: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006DC0625&from=EN>; ultima consultazione 06.03.2023.
19. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategie.pdf. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol. Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 06.03.2023.
20. World Health Organization. Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen (Denmark): WHO Regional Office for Europe; 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 06.03.2023.
21. World Health Organization. *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*. Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=0AEB340C72E5C21CB4C18A5773BA230D?sequence=1; ultima consultazione 06.03.2023.
22. World Health Organization Europe, European Health Information Gateway. *Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+*. Disponibile all'indirizzo: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_426-3050-pure-alcohol-consumption-litres-per-capita-age-15plus/visualizations/#id=19443&tab=notes; ultima consultazione 06.03.2023.
23. Eurostat. Statistics Explained. *European health interview survey (EHIS) – methodology. 2021*. Disponibile all'indirizzo: <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics->

- explained/index.php?title=European_health_interview_survey_-_methodology#Data_dissemination; ultima consultazione 06.03.2023.
24. Eurostat. *Health in the European Union – facts and figures Alcohol consumption statistics 2021*. Disponibile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Alcohol_consumption_statistics#Frequency_of_alcohol_consumption; ultima consultazione 06.03.2023.
 25. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 109, 12 maggio 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2017/05/12/109/sg/pdf>; ultima consultazione 06.03.2023.
 26. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022*. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sistan.it/index.php?id=592>; ultima consultazione 06.03.2023.
 27. Istituto Nazionale di Statistica. *Il consumo di alcol in Italia – Periodo di riferimento anno 2019. Tavole di dati* Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/244222>; ultima consultazione 06.03.2023.
 28. World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. Geneva: WHO. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health> ; ultima consultazione 06.03.2023.
 29. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Scipione R, Palma G e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2021. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (*Rapporti ISTISAN 21/7*)
 30. World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
 31. Cogliano VJ, Baan R, Straif K, Grosse Y, Lauby-Secretan B, El Ghissassi F, *et al.* Preventable exposures associated with human cancers. *J Natl Cancer Inst.* 2011;103(24):1827-39.
 32. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S, *et al.* The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction.* 2017;112(6):968-1001.
 33. Global Burden of Disease 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390(10100):1345-422.
 34. Baan R, *et al.* Policy watch, carcinogenicity of alcoholic beverages. *The Lancet Oncology* 2007;8(4):292-3.
 35. International Agency for Research on Cancer. *Alcohol drinking*. Lyon: IARC; 1988. (IARC Monography on the evaluation of the carcinogenic risk to humans, 44).
 36. Stewart BW, Wild CP (Ed.). *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
 37. Anderson, P. Alcohol and the workplace. In: Anderson P, Møller L, Galea G (Ed.). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO Regional Office in Europe; 2012. p. 69-82
 38. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, *et al.* Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and

- occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2015;386(10010):2287-323.
39. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-73.
 40. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines*. Joint Action RARHA. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item30909/WP5_Good_practice_principles_low_risk_drinking_guidelines.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
 41. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. Disponibile all'indirizzo: https://www.rarha.eu/Resources/Guidelines/Documents/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
 42. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 06.03.2023.
 43. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Pepparai M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. Capitolo 9: Bevande alcoliche. In: *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico*. Edizione 2018. Roma: CREA; 2020. p. 979-1086.
 44. CREA. *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico*. Edizione 2018. Roma. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.crea.gov.it/web/alimenti-e-nutrizione/-/dossier-scientifico-linee-guida-per-una-sana-alimentazione-2018> ; ultima consultazione 06.03.2023.
 45. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1)
 46. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A, Scipione R. Consumo di alcol. In: *Rapporto Osservasalute 2020. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2021. Disponibile all'indirizzo <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2020>; ultima consultazione 06.03.2023.
 47. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Understanding Binge Drinking*. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2021. https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Binge_Drinking_3.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
 48. Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res*. 2018;39(1):87-96.
 49. Committee on National Alcohol Policy and Action. *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2020*)*. CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-03/alcohol_key-doc_cnapa_ap_2014_0.pdf ; ultima consultazione 06.03.2023.
 50. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d'Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016)*. Traduzione e adattamento

- di “Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (binge drinking) (2014-2016)”. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. Disponibile all’indirizzo: [http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%202014-16.pdf](http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%202014-16.pdf); ultima consultazione 06.03.2023.
51. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016) endorsed by CNAPA: progress evaluation report*. WHO. Regional Office for Europe; 2019. Disponibile all’indirizzo: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/405371/Report-on-the-evaluation-of-CNAPA-Action-Plan-Final-May-2019-rev.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
 52. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet*. 2018;392(10152):987-88.
 53. Topiwala A, Ebmeier KP, Maullin-Sapey T and Nichols T.E. No safe level of alcohol consumption for brain health: observational cohort study of 25,378 UK Biobank participants. *MedRxiv* 2021. doi:<https://doi.org/10.1101/2021.05.10.21256931>
 54. Ministero della Salute, Direzione generale della prevenzione sanitaria - ufficio 6. *Relazione del Ministro della Salute al parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 “legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati”*. Roma: Ministero della Salute; 2020. Disponibile all’indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3059; ultima consultazione 06.03.2023.
 55. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Il Programma nazionale Guadagnare Salute e il contrasto all’abuso di alcol. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):29-38.
 56. American Psychiatric Association. *DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: APA; 2013
 57. Scafato E, Gandin C, Patussi V e il gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *L’alcol e l’assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l’identificazione e l’intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità – WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol; 2010. Disponibile all’indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
 58. Anderson P, Gual A, Colom J. *Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.
 59. Babor T, et al. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed*. Geneva: WHO; 2001
 60. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Ayuso-Mateos J, L, Miret M: Prevalence of Alcohol Consumption and Pattern of Use among the Elderly in the WHO European Region. *Eur Addict Res* 2015;21:88-96. doi: 10.1159/000360002
 61. Rigler SK. Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*. 2000;61(6):1710-6.
 62. Patil SS, Suryanarayana SP, Rajaram D, Shivraj NS, Murthy NS. Risk factors for falls among elderly: A community-based study. *International Journal of Health & Allied Sciences* 2015;4(3):135-40.
 63. Riuttanen A, Jääntti S.J. & Mattila V.M. Alcohol use in severely injured trauma patients. *Sci Rep* 2020;10:17891. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-74753-y>
 64. ISTAT. *Demografia in cifre*. GeoDemo istat. Disponibile all’indirizzo: <https://demo.istat.it/app/?i=POS&l=it>.
 65. Henriksen TB, Hjollund NH, Jensen TK, et al. Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion. *Am J Epidemiol* 2004;160:661-7.

66. Kesmodel U, Wisborg K, Olsen SF, Henriksen TB, Secher NJ. Moderate alcohol intake during pregnancy and the risk of stillbirth and death in the first year of life. *Am J Epidemiol* 2002;155:305-12.
67. Albertsen K, Andersen AN, Olsen J, Grønbaek M. Alcohol consumption during pregnancy and the risk of preterm delivery. *Am J Epidemiol* 2004;159:155-61.
68. Kesmodel U, Olsen SF, Secher NJ. Does alcohol increase the risk of preterm delivery? *Epidemiology*. 2000;11:512-8.
69. Patra J, Bakker R, Irving H, Jaddoe VW, Malini S, Rehm J. Dose-response relationship between alcohol consumption before and during pregnancy and the risks of low birth weight, preterm birth and small for gestational age (SGA)—a systematic review and meta-analyses. *BJOG* 2011;118:1411-21.
70. Yang Q, Witkiewicz BB, Olney RS, et al. A case-control study of maternal alcohol consumption and intrauterine growth retardation. *Ann Epidemiol* 2001;11:497-503.
71. Popova S, Lange S, Shield K, Mihic A, Chudley AE, Mukherjee RA, et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2016;5(387):978-87.
72. May PA, Gossage JP. Estimating the prevalence of fetal alcohol syndrome. A summary. *Alcohol Res Health*. 2001;25(3):159-67.
73. May PA, Gossage JP, Kalberg WO, Robinson LK, Buckley D, Manning M, et al. Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. *Developmental Disabilities Research Reviews*. 2009;15(3):176-92.
74. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. 2017;5(3):e290-e9.
75. Popova S, Lange S, Shield K, Burd L, Rehm J. Prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among special subpopulations: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2019;114(7):1150-72.
76. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*. 2017;171(10):948-56.
77. Minutillo A, Pichini S, Berretta P. *Prevenzione, diagnosi precoce e trattamento mirato dello spettro dei disturbi feto alcolici e della sindrome feto alcolica*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISTISAN 21/25).
78. Scafato E, Gandin C, Giannini M.A, Migliore M, Zavan V, Greco G, Bravi A per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol (Ed.). *Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana"*. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3274_allegato.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
79. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.03.2001 N. 125 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati" anno 2021*. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3202_allegato.pdf; ultima consultazione 06.03.2023.
80. World Health Organization. *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. Geneva: WHO; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf ; ultima consultazione 06.03.2023.
81. Europe. *Europe's Beating Cancer Plan Communication from the commission to the European Parliament and the Council*. Bruxelles: European Commission; 2022. Disponibile all'indirizzo:

- https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf ; ultima consultazione 06.03.2023.
82. Osservatorio Nazionale Alcol. *5 cose da sapere su alcol e cancro*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022.
 83. Matone A, Ghirini S, Gandin C e Scafato E Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* 2022; 58(1):6-15.
 84. Secretan B, Straif K, Baan R et al. A review of human carcinogens—part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol*. 2009;10:1033-4.
 85. Rovira P, Rehm J. Estimation of cancers caused by light to moderate alcohol consumption in the European Union. *Eur J Public Health*. 2021;31:591-6.
 86. IARC. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Alcohol and cancer in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y> ; ultima consultazione 06.03.2023.
 87. Wood AM, Kaptoge S, Butterworth AS et al. Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet*. 2018;391:1513-23.
 88. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:d671
 89. Schrieks IC, Heil AL, Hendriks HF, Mukamal KJ, Beulens JW. The effect of alcohol consumption on insulin sensitivity and glycemic status: a systematic review and meta-analysis of intervention studies. *Diabetes Care*. 2015;38:723-32.
 90. GBD 2020 Alcohol Collaborators. Population-level risks of alcohol consumption by amount, geography, age, sex, and year: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2020. *Lancet*. 2022;400:185-235.
 91. Roerecke M, Rehm J. Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Med*. 2014; 12: 182
 92. Benjamin O, Anderson, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge H.P, Krech R, Mikkelsen B, Neufeld M, Poznyak V, Rekve D, Slama S, Tello J, Ferreira-Borges C. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet* 2023;8(1):E6-E7.
 93. Europa. *Risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 su rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro – Verso una strategia globale e coordinata (2020/2267(INI))*. Strasburgo: Parlamento europeo; 2022 P9_TA(2022)0038.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di marzo 2023*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, aprile 2023