

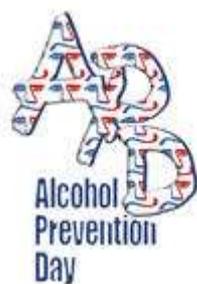
ALCOLOGIA E BENESSERE INTEGRALE

Dai problemi alcol correlati alla promozione della salute
Rivista Quadrimestrale

Supplemento Speciale

Alcohol PreventionDay

Roma 16 aprile 2025



Publicato con il patrocinio della Società Italiana
di Alcologia e di Eurocare Italia

ALCOLOGIE E BENESSERE INTEGRALE

EDITOR-IN-CHIEF

Valentino Patussi

DEPUTY EDITOR-IN-CHIEF

Donatello Cirone

EDITORIAL COMMITTEE

Emanuele Scafato

Fabio Caputo

Gianni Testino

ADVISORY BOARD

Alina Buciurescu

Andrea Quartini

Claudio Carpini

Chiara Cresci

Fabio Voller

Franco Marcomini

Massimo Trombini

Stefano Gitto

EDITORIAL OFFICE

Oreste Bazzani

Martina Cianti

GAMBLING SECTION CHIEF

Aniello Baselice

Lucia Coco

TOBACCO SECTION CHIEF

Chiara Cresci

Giuseppe Gorini

Salvatore Cardellicchio

ENGLISH LINGUISTIC

CONSULTANT

Birgitte Høiberg-Nielsen

SENIOR EDITOR

Giovanni Gasbarrini Remo Naccarato, Mario Salvagnini, Giuseppe Francesco Stefanini,
Calogero Surrenti

REGIONAL EDITOR BOARD

Anna Adamovit, Mateo Ameglio, Alfiero Arena, Marco Baldi, Gabriele Bardazzi, Aniello Baselice,
Marco Becattini, Carolina Bianchi, Donatella Bonechi, Valerio Cellesi, Laura Calviani, Elisa Cerrai,
Mimma Dardano, Mariagrazia di Bello, Loredana Faletti, Fabio Falorni, Fabrizio Fagni, Patrizia
Gai, Fabrizia Giusti, Guido Intaschi, Francesco Lamanna, Bruno lo Cicero, Gianni Lucia, Sofia
Malandrini, Lucia Mancino, Antonella Manfredi, Fabio Marra, Rossella Mazzoni, Vinicio Nardelli,
Marta Miliani, Nadia Piacentini, Donatella Posatelli, Serena Sassoli, Maura Tedici, Letizia Toni,
Paola Trotta, Maurizio Varese, Francesco Zanobini

NATIONAL EDITOR BOARD

Pierluigi Allosio, Giovanni Addolorato, Roberta Agabio, Mateo Ameglio, Maria Francesca Amendola,
Patrizia Balbinot, Casal Lareo Amparo, Mauro Cibir, Paolo Cimarosti, Marco Domenicali, Claudia
Gandin, Giovanni Greco, Guido Mannaioni, Cristina Meneguzzi, Giovanbattista Modonodutti, Andrea
Noventa, Michele Parisi, Raimondo Pavarin, Doda Renzetti, Bruno Sciutteri, Federica Vigna-
Taglianti, Teo Vignoli, Valeria Zavan, Erica Zola. Gabriele Sani, Marco di Nicola, Giovanni
Camardese, Antonio Mirijello, Gabriele Vassallo, Claudia Tarli, Tommaso Dionisi, Marco Diana,
Giovanni Martinotti

EDITOR

Associazione Solidarietà Arcobaleno - Istituto Andrea Devoto ODV

PIANO EDITORIALE DELLA NUOVA RIVISTA SCIENTIFICA

“ALCOLOGIA E BENESSERE INTEGRALE”

Missione

La rivista Alcologia cambia abito e rinasce come “Alcologia e Benessere Integrale” e in questa nuova veste si propone come punto di riferimento scientifico e culturale per l’analisi, lo studio e la gestione dei problemi legati agli stili di vita, al benessere integrale e ai comportamenti ad esso associati. Attraverso un approccio interdisciplinare la rivista mira a:

- Promuovere lo scambio di conoscenze tra professionisti di diverse aree scientifiche, quali medici, professioni sanitarie, sociologi, epidemiologi, economisti etc.
- Fornire una piattaforma per la condivisione di studi originali, ricerche applicate, esperienze cliniche e analisi di politiche pubbliche.
- Sensibilizzare le comunità accademiche e professionali sull'importanza della prevenzione, della prevenzione degli stili di vita e della promozione del benessere integrale.

Visione

La rivista aspira a diventare una fonte autorevole e consultata a livello nazionale per le tematiche legate agli stili di vita ed al benessere, integrando rigore scientifico, innovazione metodologica e rilevanza pratica. L’obiettivo è sostenere il miglioramento della salute pubblica, la qualità delle cure, l’interazione tra istituzioni e volontariato/terzo settore, delle politiche legate alla salute ed al benessere, la comprensione del ruolo sociale ed economico dell’uso delle bevande alcoliche, del tabacco e delle abitudini legate al fumo, alla qualità dell’alimentazione, al gioco d’azzardo, all’attività fisica ed al movimento, all’uso inappropriato dei farmaci, alle condizioni socio/economiche ed ambientali che incidono sulla salute.

Obiettivi Specifici

1. Diffusione delle conoscenze scientifiche:
 - Pubblicazioni di ricerche originali e revisioni critiche sulla vision della rivista
 - Favorire la disseminazione di dati epidemiologici aggiornati.
 - Offrire uno spazio per approfondimenti metodologici, innovazioni diagnostiche terapeutiche e di politiche legate alla salute ed al benessere.
2. Promozione della multidisciplinarietà e della poli-professionalità:
 - Stimolare il dialogo tra discipline diverse quali: medicina, psicologia, sociologia, economia, igiene pubblica etc. e tra le diverse professioni socio/sanitarie.
 - Favorire l’interazione tra ricerca accademica, pratica clinica, policy making, iniziative ed esperienze del Terzo Settore.
3. Adesione a standard etici:
 - Garantire il rispetto dei principi del Farmington Consensus Statement, promuovendo trasparenza, etica e integrità nei contributi scientifici.
4. Supporto alla formazione professionale:
 - Offrire strumenti e contenuti utili per la formazione di professionisti sanitari, del sociale, operatori del terzo settore, dei decisori politici, di esperti di comunicazione e marketing.
 - Diffondere linee guida e best practices nel trattamento delle problematiche legate agli stili di vita e alla promozione del benessere integrale.

5. Impatto sociale:

- Contribuire all'ampliamento della percezione sociale dei problemi legati al consumo di alcol, di tabacco, al gioco d'azzardo, agli stili alimentari, al consumo inappropriato di farmaci, all'attività fisica ed al movimento e delle loro conseguenze,
- Favorire politiche pubbliche basate sull'evidenza scientifica.

Struttura della Rivista

Tipologie di contenuti accettati:

- Editoriali: max 15.000 caratteri (spazi inclusi).
- Articoli Originali: max 30.000 caratteri (spazi inclusi).
- Contributi Brevi: max 5.000 caratteri.
- Figure e Tabelle: numerate e corredate da legenda. Processo Editoriale

Invio dei contributi

- Articoli inviati in italiano o inglese all'indirizzo: rivistaalcolologia@aou-careggi.toscana.it.
- Revisione peer review doppio cieco (double-blind review). Tempi di revisione:
 - Risposta preliminare entro 12 settimane.
 - Feedback per revisione completa entro 4 settimane.
- Analisi economiche e politiche sanitarie relative all'alcol.
- Nuove ricerche in campo clinico ed epidemiologico.

Norme Editoriali

- Formattazione: Times New Roman, dimensione 12.
- Citazioni numerate in ordine di comparsa nel testo (es. [1]).
- Bibliografia rigorosa per riviste, libri e siti web.
- Articoli protetti da copyright; riproduzioni richiedono autorizzazione.

Comunicazione e Distribuzione

- Lingue: Italiano e inglese.
- Formato: Versione digitale (open access) e stampa.
- Canali promozionali: Mailing list accademiche, social media, eventi scientifici.

Collaborazioni

- Destinatari: Ricercatori, medici, psicologi, sociologi, economisti, epidemiologi e policy maker.
- Modalità: Invio di contributi originali e collaborazione come revisori esperti.

Regole Etiche

- Gli articoli devono essere inediti e non sottoposti contemporaneamente ad altre riviste.
- Rispetto rigoroso degli standard etici e scientifici.

PER COLLABORARE CON NOI

Introduzione:

La rivista pubblica articoli originali, la loro pubblicazione è di competenza del Comitato di Redazione e degli Esperti, individuati di volta in volta, che collaborano nella valutazione dei testi.

La rivista “Alcologia e Benessere Integrale” ha sottoscritto il Farmington Consensus Statement; pertanto, anche gli autori degli articoli sono tenuti al rispetto dei principi in esso contenuti.

Inoltro dei lavori:

I lavori, in lingua italiana o in inglese, dovranno essere inviati all’indirizzo e-mail: rivistaalcologia@aou-careggi.toscana.it

In caso di accettazione tutto il materiale pubblicato resterà di proprietà esclusiva della rivista e sarà sottoposto alla revisione editoriale. Per ogni articolo i tempi di validazione scientifica saranno contenuti entro le 12 settimane, qualora la revisione del testo comporti un riesame completo, la risposta sarà inoltrata entro 4 settimane. La pubblicazione dei contributi avverrà entro 12 mesi dal loro invio.

Norme generali di invio:

- la lunghezza massima è di 15mila caratteri, spazi e note inclusi
- l’elaborato deve essere completo e interamente ricorretto in tutte le sue parti
- l’elaborato deve essere intitolato in maniera univoca
- l’articolo deve essere sempre accompagnato da un abstract in lingua inglese di circa 1000 caratteri / 150 parole
- tutti gli articoli (a esclusione delle recensioni) devono essere accompagnati da una bibliografia, da compilare secondo le norme riportate sotto

Norme di editing:

Gli editoriali non devono superare i 15.000 caratteri (spazi inclusi) e devono essere così strutturati: Carattere Times New Roman, dimensione 12

- Titolo
- Cognome e Nome dell’autore, qualifica, indirizzo a cui inviare la corrispondenza (anche e-mail)
- Presentazione o premessa
- Oggetto della trattazione
- Discussione
- Conclusioni
- Bibliografia in ordine di citazione nel testo

Gli articoli: non devono superare i 30.000 caratteri (spazi inclusi) e devono essere così strutturati: Pagina introduttiva

- Titolo del lavoro
- Cognome e nome degli autori
- Istituti di appartenenza
- Cognome e nome dell'Autore, indirizzo e indirizzo e-mail a cui dovrà essere inviata la corrispondenza

Riassunto e parole chiave, in italiano e in inglese: Deve essere conciso, comunque inferiore ai 1.000 caratteri, e riportare gli scopi, i risultati e le conclusioni del lavoro. Evitare abbreviazioni, note in calce, riferimenti bibliografici. Vanno completati con le parole chiave, in italiano ed in inglese.

- Testo dell'articolo
- Introduzione
- Materiale e metodi
- Risultati
- Discussione
- Conclusioni

Bibliografia:

Tutti gli articoli sulla rivista, a esclusione delle recensioni e delle note dovranno essere accompagnati da una bibliografia conclusiva, contenente esclusivamente i riferimenti già presenti nelle note a piè di pagina.

- Le voci bibliografiche andranno numerate nell'ordine in cui vengono citate nel testo, numero tra parentesi quadre (es. [1]).
 - Quelle riguardanti riviste dovranno essere complete di: cognome, iniziale del nome degli autori, titolo completo del lavoro, nome abbreviato della rivista, volume, prima e ultima pagina, anno di pubblicazione (es. Kaufman R.H.: Livercopper levels in liver disease. Studies using neutron analysis. Am. J. Med., 65, 607-613, 1978).
 - Quelle riguardanti libri, invece, dovranno essere complete di: cognome e iniziale del nome degli Autori, titolo completo del lavoro, titolo del libro in cui è contenuto il lavoro, curatore, casa editrice, eventuali pagine, anno di pubblicazione (es. Weinstein M.C., Fineberg H.V.: Clinical diagnostic process: an analysis. In Clinical decision analysis. Eds: Glambos J.T., Williams R., Saunders W.B., Philadelphia, 4-8, 1984).
 - Nel caso di citazioni relative a pubblicazioni di atti: titolo, a cura di (cognome ed iniziale nome), casa editrice, pagine citate, anno di pubblicazione (es. Atti Consensus Conference sull'Alcol-Società Italiana di Alcolologia, a cura di Ceccanti M., Patussi V., Scientific Press s.r.l. (FI), p. 49, 1995).
 - La bibliografia può contenere un elenco dei Siti web consultati con la denominazione dell'ente di riferimento o persona fisica (es. Nel caso di Blog) e la data dell'ultima consultazione (gg/mm/aaaa).
 - Esempio di corretta formulazione: Siti web consultati: www.alcolonline.it ultima consultazione 8/02/2019.
- Figure e tabelle:
- Figure e tabelle dovranno essere numerate con numeri arabi e citate nel testo. Inoltre, i grafici dovranno essere corredati dalla base dati con la quale sono stati realizzati
 - Ogni figura deve avere la propria legenda, breve e specifica

Altri contributi (segnalazioni, recensioni, documenti, lettere):

Non devono superare i 5.000 caratteri.

Note:

L'Editore non può essere ritenuto responsabile per errori o qualunque azione derivante dall'uso di informazioni contenute nella rivista; le opinioni espresse non riflettono necessariamente quelle dell'Editore.

È condizione necessaria per la pubblicazione che gli articoli inviati non siano già stati pubblicati altrove e che non vengano inviati contemporaneamente ad altre testate.

Gli articoli pubblicati sono coperti da Copyright, pertanto qualunque forma di riproduzione, totale o parziale, deve essere autorizzata dall'Editore con documento scritto.

IN QUESTO NUMERO

Introduzione al numero speciale Emanuele Scafato	9
ALCOHOL PREVENTION DAY: Esempio nazionale di buona pratica per le attività di sensibilizzazione ed educazione della popolazione per la prevenzione dei danni alcol – correlati Emanuele Scafato, Valentino Patussi	11
Il sistema SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol) per monitorare i consumi di alcol sviluppato dell’Istituto Superiore di Sanità Silvia Ghirini, Alice Matone, Claudia Gandin, Emanuele Scafato	14
Il consumo rischioso di alcol in Italia: lo zoccolo duro della prevenzione Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone, Emanuele Scafato	22
Il consumo dannoso di alcol in Italia e l’obiettivo di riduzione del 10% entro il 2025 dell’agenda 2030 delle Nazioni Unite Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone, Emanuele Scafato	33
Il binge drinking e il diffondersi del “Bere per ubriacarsi” in Italia Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone, Emanuele Scafato	42
Alcol e giovani in Italia: i dati del sistema di monitoraggio alcol SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol) 2025 Alice Matone, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Emanuele Scafato	50
Alcol e donne in Italia: i dati del sistema di monitoraggio alcol SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol) 2025 Silvia Ghirini, Alice Matone, Claudia Gandin, Emanuele Scafato	59
Alcol e anziani in Italia: i dati del sistema di monitoraggio alcol SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol) 2025 Alice Matone, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Emanuele Scafato	71
La prevenzione dei rischi e dei danni alcol-correlati in Italia: le indicazioni dell’Alcohol Prevention Day 2025 per rinnovate politiche Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone	86
Ringraziamenti	107

INTRODUZIONE

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Il consumo di alcol rappresenta al giorno d'oggi una delle principali cause di rischio e di danno per la salute umana in funzione delle sue riconosciute proprietà intossicanti, cancerogene e della sua capacità di indurre dipendenza. Gli effetti negativi del semplice uso e del consumo dannoso di alcol sulla salute sono di vasta portata e coinvolgono non solo i consumatori, ma in maniera passiva anche altre persone: le vittime di incidenti stradali causati dalla guida in stato di ebbrezza, di episodi di violenza interpersonale, i bambini affetti dallo spettro dei disordini feto-alcolici.

Nel 2010 la World Health Assembly ha approvato la Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol. Nel corso degli anni si è delineato sempre più chiaramente il disimpegno governativo di numerose nazioni, tra cui l'Italia. Questo disimpegno ha ostacolato, principalmente a causa dell'interferenza di interessi economici e commerciali prevalenti, l'incremento necessario nella prevenzione e tutela della salute. Tale situazione ha impedito un'adeguata attuazione delle politiche di salute pubblica basate sulla sostenibilità, mirate allo sviluppo delle nazioni afferenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, WHO), con l'obiettivo di ridurre l'impatto dei costi miliardari che l'alcol impone alla società, legati a un carico globale di malattia, mortalità e disabilità evitabili. Nonostante l'adozione di nuove strategie globali ed europee, l'attuazione è stata minima o assente, risultando comunque disomogenea, e il carico globale di morti e disabilità legate all'alcol rimane elevato, con indicatori in controtendenza rispetto alle attese riduzioni del consumo medio pro-capite, dei consumi dannosi e della mortalità. Le norme culturali, i potenti interessi commerciali e la mancanza di governance, finanziamenti e infrastrutture adeguate hanno nei fatti ostacolato l'attuazione di politiche e interventi efficaci che avrebbero potuto mitigare i danni causati dall'alcol.

Il Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030, adottato dalla *75th World Health Assembly*, è stato sviluppato per incentivare l'attuazione della suddetta strategia globale, trasformando le intenzioni e gli impegni in azioni concrete e misurabili, per raggiungere risultati tangibili. Per il raggiungimento di questi obiettivi sono necessari sforzi congiunti da parte di governi, delle organizzazioni intergovernative, degli enti di ricerca e delle autorità competenti nei vari settori, non esclusivamente sanitari, delle università, delle associazioni professionali e delle organizzazioni della società civile. È indispensabile richiedere e favorire una collaborazione in rete, ad oggi non favorita dall'atteso rinnovamento dei piani di azione e di prevenzione nazionali e regionali, per raggiungere gli obiettivi del piano d'azione globale, della Framework europea e degli Obiettivi di Salute e Sviluppo Sostenibile (Sustainable Development Goals, SDG) dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite.

Nonostante la WHO si sia impegnata a supportare tutti gli Stati membri nell'attuazione del Piano d'azione globale sull'alcol e nella Framework europea per ridurre i danni legati all'alcol, i dati e le tendenze delineate

dal monitoraggio periodico del SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato) (DPCM 3 marzo 2017) dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) a livello nazionale delineano un quadro complessivamente inadeguato al conseguimento degli obiettivi di salute e sviluppo sostenibili previsti dall'SDG 3.5. Tale obiettivo prevede di rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, inclusi gli stupefacenti e il consumo dannoso di alcol e, complessivamente, ridurre l'impatto più ampio del consumo dannoso di alcol sulla salute, che va oltre le malattie non trasmissibili e la salute mentale (SDG 3.4), includendo anche incidenti stradali (SDG 3.6), la salute riproduttiva (SDG 3.7), la copertura sanitaria universale (SDG 3.8) e le malattie infettive (SDG 3.3).

Il presente rapporto epidemiologico annuale dell'ONA-ISS, basato sui dati elaborati dinamicamente dal SISMA, acquisiti nella Relazione del Ministro della salute al Parlamento (Legge 125/2001), delinea, tra luci e ombre, le criticità dell'impatto del consumo di bevande alcoliche in Italia. Tale impatto è oramai definitivamente improntato ad un uso diametralmente opposto a quello "mediterraneo" delle passate generazioni che è oggi ispirato a modelli globalizzati e internazionalizzati sempre più distanti da quelli di uso "moderato" e controllato contestuale ai pasti. È inoltre in costante crescita e rafforzamento la diffusione dell'alcol tra le categorie più vulnerabili come minorenni, adolescenti, giovani, donne e popolazione anziana.

L'aumento dei consumi medi pro-capite registrati è in costante controtendenza rispetto ad una riduzione che avrebbe dovuto rappresentare entro il 2025 un target plausibile di sviluppo sostenibile intermedio (-10%), da completare con una riduzione finale del 20% prevista entro il 2030 dalla strategia delle Nazioni Unite. È evidente la sostanziale ininfluenza dei livelli di prevenzione dell'ultimo decennio sulle frequenze rilevate costantemente elevate, lì dove non in ulteriore aumento, di consumatori a rischio, di binge drinker e di consumatori dannosi, l'elevato ricorso a prestazioni sanitarie, l'incidenza invariata sui livelli di mortalità attribuita al consumo di alcol (prima tra tutte quella legata all'insorgenza di decine di migliaia di casi di cancro), l'inadeguatezza delle strutture e del personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) nella capacità di identificazione precoce. Si continua inoltre a sottolineare la preoccupante limitata capacità d'intercettazione di alcoldependenti, individuati in quantità veramente marginale, la cui maggioranza è e resta in necessità di un trattamento che l'SSN non assicura come atteso. In questo quadro gioca un ruolo importante la diffusione estrema di disinformazione non contrastata, che normalizza erroneamente un uso privo di rischi di quantità "moderate" di alcol e che incide profondamente e negativamente sullo sviluppo e sugli esiti di molte malattie e patologie evitabili. Si impone, nei fatti, la necessità e l'urgenza di un rinnovato e specifico piano strategico di azione, un nuovo Piano Nazionale Alcol e Salute, e una modifica profonda ed efficace del paradigma della prevenzione alcol-correlata, in linea con la missione fondamentale di garantire il più alto livello possibile di salute per tutte le persone e una società più sana.

**ALCOHOL PREVENTION DAY:
ESEMPIO NAZIONALE DI BUONA PRATICA PER LE ATTIVITÀ DI
SENSIBILIZZAZIONE ED EDUCAZIONE DELLA POPOLAZIONE PER LA
PREVENZIONE DEI DANNI ALCOL - CORRELATI**

Emanuele Scafato, SIA, Società Italiana di Alcologia, Osservatorio Nazionale Alcol, Istituto Superiore di Sanità

Valentino Patussi, SOD Alcologia AOU Careggi Firenze, Centro Alcolologico Regionale Toscana, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze

Riassunto

Lo scorso 16 aprile 2025 si è svolto a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità, la ventiquattresima edizione dell'Alcol Prevention Day (APD), parte di un'iniziativa che promuove il mese di aprile come mese della prevenzione alcolologica a livello nazionale.

L'APD è stato riconosciuto nel 2016, nell'ambito delle attività della Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm) della Commissione Europea, come esempio di buona pratica quale attività di sensibilizzazione ed educazione della popolazione per la prevenzione dei danni alcol-correlati.

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) è impegnato ad organizzare e promuovere dal 2003 l'APD, per molti anni sostenuto e finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito delle iniziative di comunicazione e prevenzione previste dalla Legge 125/2001, in stretta collaborazione con la Società Italiana di Alcologia (SIA), l'Associazione Italiana Club Alcolologici Territoriali (AICAT) ed Eurocare Italia, attraverso gruppi di lavoro congiunti e il Network dei Centri Alcolologici Regionali delle Regioni Toscana e Liguria.

L'APD è da sempre un'esperienza unica per condividere azioni concrete ed efficaci e buone pratiche da parte di diverse realtà regionali, comunali e locali basate sull'esperienza e l'impegno delle associazioni di volontariato e dell'auto e mutuo aiuto, tra cui Alcolisti Anonimi, AlAteen e AlAnon, e molte associazioni non convenzionate o formali che assicurano il loro prezioso supporto a coloro che hanno un forte bisogno di aiuto o nel difficile processo di riabilitazione e reintegrazione sociale.

L'evento viene svolto annualmente secondo obiettivi e contenuti previsti dalla legge quadro nazionale sull'alcol 125/2001, legge che in Europa rappresenta un esempio unico di attuazione dei principi della Carta Europea dell'Alcol di Parigi del 1994 e un'applicazione concreta dei richiami della Risoluzione del Parlamento Europeo per una strategia comunitaria sull'alcol, i Piani d'Azione Europei sull'Alcol e le linee guida internazionali specifiche dell'OMS.

La cornice dell'APD si concentra sugli sviluppi nella prevenzione dell'alcol e nelle politiche alcolologiche, sull'analisi dell'impatto e delle soluzioni possibili della gestione sanitaria e sociale dei disturbi da uso di alcol e sul contributo dei servizi, coinvolgendo nel dibattito tutti coloro che sono coinvolti nella gestione a livello

nazionale, regionale, locale, i professionisti della salute, le società scientifiche, le associazioni, i rappresentanti della società civile, i media, connotando e qualificando il momento centrale del mese di prevenzione alcolica attraverso un dibattito aperto, competente, approfondito che supera i limiti imposti dalla ore di svolgimento della conferenza, che impatta sui media e prosegue durante tutto l'anno, suscitando l'attenzione e l'attivazione dei diversi destinatari finali: le istituzioni, i ricercatori, i professionisti della salute e della prevenzione, i responsabili politici, i media, la società civile. L'APD incentiva lo sviluppo di azioni concrete per contribuire a affrontare un problema che ha dimostrato di generare ogni anno in Italia 25 miliardi di euro di costi sociali e sanitari.

Annualmente sono più di 250 gli iscritti all'evento che produce due ricche resource pages sul portale istituzionale di Epicentro (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd25> e <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd25-convegno>) di riferimento per la comunità scientifica e istituzionale. I relatori europei e internazionali che danno lustro all'APD sono rappresentanti della Commissione Europea, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e di altre organizzazioni internazionali attivamente coinvolte a sostenere la prevenzione alcol-correlata in sanità pubblica quali l'OECD "Organisation for Economic Cooperation and Development", il CAMH "Centre for Addiction and Mental Health", Toronto, l'Eurocare "European Alcohol Policy Alliance, Bruxelles, il GENCAT "Programme on Substance Abuse, Health Department. Government of Catalonia", che affiancano e integrano i rappresentanti del Ministero della Salute, i relatori nazionali, i massimi esperti del settore, le associazioni.

L'APD rappresenta l'occasione annuale, peraltro richiesta per l'estensione della Relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento (Legge 125/2001), di fornire l'analisi dei consumi di alcol nella popolazione attraverso il SISMA basata sull'elaborazione competente dei dati e degli indicatori originali dell'Indagine Multiscopo Istat per dare origine a una serie di nuovi indicatori di esposizione al rischio in grado di rispondere alle esigenze di monitoraggio formale previsto dal DPCM 3/3/2017 che trasferisce all'Osservatorio nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità la sorveglianza specifica sull'impatto dei consumi di alcol in Italia e nelle Regioni oltre a soddisfare l'impegno richiesto dall'ISTAT all'ISS di garantire la regolarità della SDE ISS-00034 "Monitoraggio dell'Impatto del consumo di Alcol sulla salute in Italia in supporto all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute" in ottemperanza agli impegni presi dall'Osservatorio Nazionale Alcol per l'attuazione del Piano Statistico Nazionale.

L'APD è anche l'occasione per presentare e rinnovare l'offerta di un'ampia gamma di materiali utili nelle attività di sensibilizzazione, informazione, formazione alcol-correlate per la prevenzione del danno alcol-correlato nei giovani, negli adolescenti, nelle donne in gravidanza, per i decisori politici e gli operatori sanitari. Tutto il materiale di pubblico dominio è reso disponibile alla pagina web dell'ISS (www.epicentro.iss.it/alcol).

L'APD fin dalla sua prima edizione nel 2003 ispirata dall'iniziativa dell'anno precedente svolta a Firenze in

occasione del Mese di Prevenzione Alcolologica con la realizzazione di due convegni, promossi dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi-Firenze e dall'Università degli Studi di Firenze, in collaborazione con il Comune di Firenze e la Regione Toscana è diventato un punto di riferimento, specifico per le Regioni italiane, i Comuni e le Unità Sanitarie Locali del servizio sanitario nazionale che replicano localmente la giornata di prevenzione, fungendo da catalizzatore per l'attuazione di eventi, piani e strategie di prevenzione nazionali, regionali e locali rivolti alla popolazione generale attraverso eventi territoriali di sensibilizzazione nella comunità e di distribuzione di materiale informativo reso disponibile anche tramite pagine web dedicate dall'ISS. L'APD si qualifica, quindi, come volano della prevenzione, moltiplicando l'attenzione ai temi centrali e urgenti su azioni e iniziative, per i quali sono coinvolti diversi protagonisti impegnati per contribuire ad affrontare al meglio la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol. Rilevante è anche l'attività di integrazione delle iniziative sanitarie e sociali sollecitate dall'APD il cui programma prevede infatti ogni anno la partecipazione ai lavori delle associazioni e delle organizzazioni del terzo settore. sul territorio

La ventiquattresima edizione dell'International Workshop dell'APD, che si è svolta a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità, sostenuta dalle passate azioni centrali del Ministero della Salute e attualmente attraverso il progetto SISMA GD (Sistema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne), ha rappresentato un'occasione preziosa e fruttuosa di confronto internazionale, europeo, nazionale e regionale. La giornata si è concentrata sul dibattito e le proposte per la promozione di rinnovate strategie di prevenzione tra le quali la definizione di un nuovo Piano Nazionale Alcol e Salute è stato indicato come la risorsa principale da attuare al fine di recuperare i gap che i dati hanno evidenziato e che sollecitano il raggiungimento degli SDGs, gli Obiettivi di salute sostenibile ancora distanti dal loro raggiungimento anche a causa, secondo l'OMS, di pressioni da parte del settore della produzione che ostacolano un convinto orientamento alla definizione di pertinenti piani d'azione e di contrasto all'impatto dell'uso di alcol in Italia e nelle Regioni.

II SISTEMA SISMA (SISTema di Monitoraggio Alcol) PER MONITORARE I CONSUMI DI ALCOL SVILUPPATO DELL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Riassunto

Il SISMA (SISTema di Monitoraggio Alcol) è un prodotto sviluppato dall'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) per monitorare il consumo di bevande alcoliche e dei comportamenti alcolcorrelati a rischio in Italia. Il sistema è finalizzato a valutare: - il conseguimento degli obiettivi di prevenzione attuati dalle azioni regionali, nazionali ed europee di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione e il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione delle azioni nazionali, europee, mondiali per obiettivi previsti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite. Il SISMA rappresenta l'unica fonte di dati che contribuisce alla predisposizione della sezione epidemiologica dalla Relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento ai sensi della Legge 125/2001 e all'implementazione del sistema di sorveglianza nazionale e regionale, richiesto dal DPCM 3 marzo 2017 per i Sistemi di sorveglianza sanitaria e registri.

Parole chiave: Consumo di alcol, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia

Abstract

The SISMA (Alcohol Monitoring System) is a product developed by the National Alcohol Observatory (ONA) of the Istituto Superiore di Sanità (ISS) to monitor the consumption of alcoholic beverages and risky behaviors in Italy. The system is aimed to evaluate: - the achievement of prevention objectives and aimed to achieve regional, national and European actions to combat risky and harmful alcohol consumption in the population. The SISMA also aimed to monitor the achievement of prevention objectives and national, European, global actions and the objectives set by the United Nations 2030 Agenda. SISMA represents the only source of data that contributes to the development of the epidemiological section of the Annual Report of the Minister of Health to Parliament pursuant to Law 125/2001 and to the implementation of the national and regional surveillance system, required by the Prime Ministerial Decree of 3 March 2017 on Health Surveillance Systems and Registers.

Keyword: Alcohol consumption, monitoring, risk factors, epidemiology

Introduzione

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) classifica l'alcol come un cancerogeno di gruppo 1, ovvero il gruppo a più alto rischio in quanto sostanza cancerogena per l'uomo così come l'amianto, le radiazioni e il tabacco [1]. Le ricerche scientifiche hanno infatti evidenziato un chiaro legame tra il consumo di alcol e l'aumento del rischio di alcuni tumori e per questo, ridurre o evitare il consumo di alcol è una scelta che può contribuire alla prevenzione oncologica [2]. Il sistema SISMA è un sistema di monitoraggio costituito da una serie di indicatori validati a livello nazionale e internazionale, in grado di identificare dal 2007 ad oggi i consumi di alcol e le problematiche alcol-correlate nella popolazione italiana, suddivise per Regioni e Province Autonome al fine di consentire la verifica del raggiungimento degli obiettivi di sanità pubblica previsti dai principali organismi nazionali, europei e internazionali [3-8]. Il SISMA rappresenta ad oggi l'unica base di dati utilizzata per predisporre la sezione epidemiologica della Relazione del Ministro della Salute al Parlamento ai sensi della Legge 125/2001 e all'implementazione del sistema di sorveglianza nazionale e regionale, richiesto dal DPCM 3 marzo 2017 sui Sistemi di sorveglianza sanitaria e registri. Il SISMA contribuisce inoltre ad assolvere agli obblighi previsti dal Piano Statistico Nazionale 2023-2025 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" [9].

Gli indicatori presenti nel SISMA sono stati selezionati basandosi sulle indicazioni sviluppate a livello nazionale, europeo ed internazionale in collaborazione con il CNAPA - Committee on National Alcohol Policy and Action, la Commissione Europea, l'Organizzazione Mondiale della Sanità - OMS e il Centro OMS per la Ricerca sull'Alcol al fine di garantire la confrontabilità dei dati sia a livello nazionale ed internazionale che degli stessi indicatori nel corso degli anni.

Il sistema esamina più di 20 indicatori che contribuiscono a formare cinque gruppi:

1. Abitudini di consumo delle bevande alcoliche e quantità di alcol consumate dalla popolazione: "Monitoraggio dei consumi di alcol"
2. Consumo medio pro-capite della popolazione: "Monitoraggio consumo medio pro capite"
3. Carico di mortalità e morbilità legato al consumo di alcol: "Monitoraggio morbilità e mortalità – non ancora disponibile per gli utenti"
4. Attività dei servizi preposti alla presa in carico dei soggetti alcolodipendenti: "monitoraggio dei servizi per l'alcolodipendenza - non ancora disponibile per gli utenti"
5. Documentazione nazionale e internazionale per il monitoraggio delle politiche alcolologiche: "Monitoraggio politiche alcolologiche".

L'obiettivo di questo articolo è illustrare le potenzialità della sezione relativa al gruppo "Monitoraggio dei consumi alcol" del SISMA al fine di consentire a tutti gli utenti di interrogare la banca dati per necessità istituzionali e conoscitive. Gli indicatori relativi al consumo di bevande alcoliche e alle abitudini di consumo sono stati analizzati dall'Osservatorio Nazionale sull'Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate nell'ambito del programma CCM SISTIMAL (SISTema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto Alcol correlato), finalizzato a valutare il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione nazionale e regionale a sostegno del Piano Nazionale di Prevenzione e delle Azioni Centrali del Ministero della Salute e del programma CCM SISMA GD (SISTema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne).

Materiale e metodi

Nel gruppo "Monitoraggio dei consumi di alcol" vengono analizzati i dati, presenti nel SISTema di Monitoraggio Alcol correlato SISMA (istituito tra i sistemi di sorveglianza con il DPCM 3/3/2017), rilevati a partire dal 2007, relativi ai consumi e alle abitudini ~~di consumo~~ della popolazione presenti nell'"Indagine multiscopo sulle famiglie-aspetti della vita quotidiana", condotta ogni anno dall'ISTAT [9,10]. In questo gruppo è stata sviluppata una nuova sezione relativa ai target sensibili di popolazione, in cui, per classi di età sono state analizzate le bevande maggiormente consumate nel corso dell'ultimo decennio e le seguenti abitudini: consumo lontano dai pasti, consumo in modalità binge drinking e consumo a rischio.

Risultati

Il gruppo "Monitoraggio dei consumi di alcol" è strutturato in sei aree:

1) A colpo d'occhio

(disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index>).

In questa area vengono illustrati i dati relativi ai principali indicatori del gruppo, al fine di dare una panoramica sulle differenze annuali tra le regioni. È possibile selezionare l'anno di riferimento, di cui si vogliono valutare i dati, ed automaticamente si accede ai dati dei principali indicatori dell'area suddivisi per regione. I valori regionali sono presentati con tre diverse tonalità cromatiche: con il colore rosso si evidenziano i valori che sono statisticamente superiori alla media nazionale, con il colore verde i valori che sono statisticamente inferiori alla media nazionale, con il colore giallo i valori che non si discostano in maniera significativa dalla media nazionale.

2) In dettaglio

(disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/dettaglio>).

In questa area sono accessibili i dati di tutti gli indicatori del gruppo suddivisi per genere (Maschi, Femmine, Totale) sotto forma di istogramma. È possibile selezionare gli indicatori in base a quattro sezioni: astemi, consumatori di bevande alcoliche, consumatori per singole bevande (vino, birra, aperitivi alcolici, amari e super alcolici) e comportamenti a rischio. Per ogni sezione è possibile visionare gli indicatori specifici. Le funzioni del sistema permettono inoltre di “accendere o spegnere” la colonna relativa al genere al fine di agevolare i confronti ed è possibile visionare la tabella con i dati cliccando su pulsante “mostra tabella” presente sotto ogni grafico. Infine, è possibile visionare i valori di riferimento ponendo il cursore del mouse sul grafico d'interesse. Il sistema permette all'utente di consultare i dati per anno di riferimento rispetto al livello territoriale desiderato: nazionale, regionale. Ogni grafico o tabella è esportabile in formato pdf e stampabile.

3) Mappe

(disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/mappe>).

In questa area vengono mostrati, in un formato cartina geografica ed istogramma, i dati territoriali per ogni anno di riferimento selezionato, di tutti gli indicatori per ognuna delle quattro sezioni di rischio. I valori regionali sono presentati con tre diverse tonalità cromatiche: con il colore rosso si evidenziano i valori che sono statisticamente superiori alla media nazionale; con il colore verde i valori che sono statisticamente inferiori alla media nazionale; con il colore giallo i valori che non si discostano in maniera statisticamente significativa dalla media nazionale. Il sistema permette di selezionare l'anno di riferimento, la sezione specifica degli indicatori di monitoraggio (astemi, consumatori di bevande alcoliche, consumatori delle singole bevande e comportamenti a rischio) ed infine l'indicatore di interesse. È possibile selezionare i dati per genere (Maschi, Femmine, Totale) e per ogni indicatore è possibile aggiungere sul grafico i valori numerici di prevalenza (%) dell'indicatore selezionato. Anche in questa area è possibile esportare le rappresentazioni grafiche (in formato PDF o PNG) oppure stamparle direttamente.

4) Trend

(disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/trend>)

In questa area è mostrato l'andamento temporale di tutti indicatori del gruppo monitoraggio dei consumi; per ogni indicatore di ognuna delle quattro sezioni (astemi, consumatori di bevande alcoliche, consumatori delle singole bevande e comportamenti a rischio), è possibile selezionare attraverso un pulsante situato nella parte superiore della schermata l'indicatore d'interesse. È anche possibile visionare un grafico con l'andamento temporale con diverse modalità: per genere (Maschi, Femmine, Totale) a livello nazionale, regionale e nelle Province Autonome. Selezionando il livello Regioni, il sistema, in automatico, presenta il trend dell'indicatore per la Regione (o Provincia Autonoma) selezionata con una linea intera diversificata per genere a cui si potrà

aggiungere per facilitare i confronti, una linea dei dati per area geografica. È possibile accendere o spegnere le linee per % o per Intervalli di Confidenza - IC (95%) al fine di facilitare i confronti di genere e/o territoriali. È infine possibile visionare i singoli valori degli indicatori in % percento e gli IC, posizionandosi con il cursore del mouse sopra al grafico. Anche in questa sezione è possibile esportare le rappresentazioni grafiche create dall'utilizzatore secondo le necessità, in formato PDF o PNG o stamparle direttamente.

5) Target sensibili

(disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/target_sensibili)

In questa area è possibile selezionare il target di popolazione sensibile: giovani, donne, anziani al fine di ottenere statistiche specifiche per questi sottogruppi di popolazione a maggior rischio di sviluppo di problematiche alcol-correlate. Per ogni target è possibile selezionare il tipo di grafico (trend o dettaglio). Selezionando il grafico "trend" si accede all'andamento dei diversi indicatori per classe di età selezionata, sesso e realtà territoriale (Italia, Regione, Provincia Autonoma). Selezionando il grafico "dettaglio" è possibile visionare per ogni anno, l'istogramma per ciascun indicatore presente nel sistema per classe di età specifica; anche in questo tipo di rappresentazione, è possibile selezionare il sesso e il livello territoriale d'indagine. È possibile mostrare i valori di prevalenza dell'indicatore selezionato e i relativi IC nel grafico ed è possibile esportare le rappresentazioni grafiche create, in formato PDF o PNG o stamparle direttamente.

6) Indicatori

(disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/indicatori>)

In questa area è possibile visionare, per le quattro sezioni: astemi, consumatori di bevande alcoliche, consumatori delle singole bevande e comportamenti a rischio, il foglio di metadati relativo ad ogni indicatore del gruppo. Il foglio di metadati rappresenta la scheda tecnica dell'indicatore, è strutturato in sei parti:

- Nome indicatore: nome dell'indicatore presente nelle sezioni del sistema;
- Definizione dell'indicatore: la misura epidemiologica utilizzata per identificare il fenomeno;
- Calcolo dell'indicatore: metodologia di calcolo dell'indicatore;
- Sottogruppi d'interesse: eventuali sottogruppi e target d'interesse;
- Fonte di dati: Fonte statistica del dato;
- Disponibilità dei dati: intervallo di dati consultabili nel sistema;
- Periodicità del dato: arco temporale della rilevazione.

Discussione

L'ONA-ISS elabora e analizza dal 2007, per ogni anno, le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio epidemiologico su mandato del Ministero della Salute e in base a quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale [9] e dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 3 marzo 2017 [11].

Il sistema di monitoraggio epidemiologico SISMA permette di sistematizzare le attività di raccolta, elaborazione ed analisi di dati e flussi informativi e rappresenta un valido strumento di supporto per il Ministero della Salute per la stesura e la valutazione degli obiettivi presenti nel Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) [12], e alle Regioni ed alle Provincie Autonome per la stesura dei piani di prevenzione Regionali (PNPR) [13]. Attraverso l'aggiornamento annuale della banca dati sarà inoltre possibile monitorare l'efficacia delle azioni di contrasto sviluppate a livello centrale e locale per contrastare il consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione previste dal Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) [14] e dalla Legge quadro in materia di alcol [15].

Conclusioni

Le informazioni derivate dai sistemi di rilevazione, analisi e disseminazione dei risultati sono rese sempre più disponibili e centrali per garantire la disponibilità di dati epidemiologici e di monitoraggio alcol-correlato indispensabili e insostituibili per la pianificazione di strategie di prevenzione, la programmazione socio-sanitaria e per la definizione di azioni di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione. Il monitoraggio alcol-correlato SISMA è caratterizzato da indicatori originali e specifici, costruiti e validati dall'ONA-ISS, già sede del WHO Collaborative Centre for Research on Alcohol). SISMA consente, attraverso la rigorosa applicazione delle norme del Piano Statistico Nazionale, di oltrepassare la mera registrazione del consumo medio pro-capite di alcol definito dall'OMS, producendo flussi informativi di dettaglio nazionale, regionale e di Provincie Autonome che consentono di stimare la dimensione e l'andamento del numero di consumatori e dei consumatori a maggior rischio e dannosi, che rappresentano potenziali nuovi utenti in carico ai centri e servizi di alcologia. Il SISMA permette quindi di sottoporre all'attenzione dei decisori politici e dei programmatori, sia a livello nazionale che a livello regionale e di Provincie Autonome, le criticità rilevate per la corretta definizione degli interventi di prevenzione e di tutela della salute e, affinché venga garantita in tutto il territorio:

- l'equità nelle cure;
- lo sviluppo di programmi di prevenzione delle principali malattie totalmente o parzialmente alcol correlate,
- la formazione dei professionisti per l'identificazione precoce e l'intervento breve in relazione ai principali fattori di rischio e di malattia.

Per Corrispondenza

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. E-mail: silvia.ghirini@iss.it

Bibliografia

1. 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>.
2. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
3. World Health Organization. (2023). Global alcohol action plan 2022-2030 Action plan (2022–2030) to effectively implement the global strategy to reduce the harmful use of alcohol as a public health priority. Disponibile all'indirizzo: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/final-text-of-aap-for-layout-and-design-april-2023.pdf?sfvrsn=6c5adb25_2.
4. UN, Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://digitallibrary.un.org/record/3923923?v=pdf#files>.
5. 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-ONACNESPS. 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>.
6. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013–2020. Geneva: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>.
7. World Health Organization. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of Non Communicable Diseases of the WHO. Geneva: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
8. World Health Organization. The SAFER initiative. A world free from alcohol related harm. Geneva: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/initiatives/SAFER>.
9. Sistema Statistico Nazionale. Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2023-2025. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.sistan.it/index.php?id=688>.
10. Istituto Nazionale di Statistica. Siquil. Sistema informativo sulla qualità.

<http://siqua.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0058000>.

11. 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 Serie generale - n. 109, 12 maggio 2017.
12. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Piano Nazionale Prevenzione-PNP. 2020-2025. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf
13. Ministero della Salute. I Piani Regionali della Prevenzione 2020-2025. Roma: Ministero della Salute; 2021. Disponibile all'indirizzo:
<https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/Default.aspx?ReturnUrl=%2f>.
14. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. 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.
15. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 125, 30 marzo 2001.

IL CONSUMO RISCHIOSO DI ALCOL IN ITALIA: LO ZOCCOLO DURO DELLA PREVENZIONE

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Riassunto

Il monitoraggio dei consumi di bevande alcoliche in Italia ha evidenziato che nel 2023 sono circa 8 milioni i consumatori di alcol definiti "a rischio", (popolazione dagli 11 ai +85) quelli cioè che non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica (il 21,2% dei maschi e il 9,2% delle femmine della popolazione italiana) costituendo la vasta platea degli italiani e delle italiane che potrebbe essere ricondotta verso consumi più bassi, che rimangono comunque a rischio, ma che sono almeno compatibili con le indicazioni delle linee guida nazionali. La fascia della popolazione in cui è stata registrata la più elevata frequenza di consumatori rischiosi risulta essere quella dei 615.000 minori 11-15enni, (M = 9,1% e F = 6,6%) e 16-17enni per entrambi i generi (M = 39,2%; F = 30,7%); seguono gli anziani maschi ultra 65enni (65-74 anni = 31,2%; 75+ anni = 29,1% 30,6%) e infine le giovani donne 18-24enni (11,2%). Tali evidenze richiedono urgenti interventi di prevenzione differenziati per età e per genere. Appare urgente e inderogabile promuovere programmi di prevenzione nelle scuole e intercettare il rischio precocemente, facilitando l'implementazione di programmi di Identificazione Precoce e Intervento Breve, favoriti da adeguata formazione, auspicabilmente obbligatoria per i medici e i professionisti della salute del SSN, al fine di aumentare la consapevolezza dei rischi e dei danni causati dall'alcol—prima che i consumatori a rischio sviluppino un Disturbo da Uso di Alcol. L'articolo riassume i dati sul monitoraggio dei consumi di bevande alcoliche in Italia nel 2023.

Parole chiave: Consumo di alcol, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia

Abstract

The monitoring of consumption of alcoholic beverages in Italy has highlighted that in 2023 there are approximately 8 million of hazardous alcohol consumers, defined as "at risk" who have not complied with public health recommendations (M = 21.2% and F = 9.2%), constituting the vast group of Italians who could be traced back to lower consumption, still at risk, but at least compatible with the indications of the national guidelines. The segment of the population in which the highest frequency of hazardous consumers was recorded is that of the 615,000 minors aged 11-15 (M = 9.1% and F = 6.6%) and 16-17 year olds for both genders (M = 39.2%; F = 30.7%); followed by elderly males over 65 (65-74 years = 31.2%; 75+ years = 29.1%) and finally young women aged 18-24 (11.2%).

These findings require urgent preventive interventions, differentiated by age and gender. It appears urgent and imperative to promote prevention programs in schools and early identification of the risk, facilitating the implementation of early identification and brief intervention programs (IPIB), supported by adequate training, hopefully mandatory for doctors and health professionals of the NHS, in order to increase awareness of the risks and harms caused by alcohol in the body before hazardous consumers develop an Alcohol Use Disorder. The article summarizes the data on monitoring the consumption of alcoholic beverages in Italy in 2023.

Keyword: Alcohol consumption, monitoring, risk factors, epidemiology

Introduzione

Il consumo di alcol, un fattore di rischio completamente prevenibile [1], di cui la Regione europea della World Health Organization (WHO) registra i livelli di consumo più elevati al mondo, è responsabile di molte e severe conseguenze, tra cui morte prematura e oltre 200 patologie e condizioni morbose. Queste includono sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, patologie cardiovascolari, cirrosi epatica e malattie infettive [2-11]. Almeno 40 sono le malattie e condizioni identificate dalla WHO, e descritte nel manuale International Classification of Diseases, decima edizione, ICD-10, totalmente attribuibili all'alcol [12], oltre 200 le patologie e condizioni parzialmente attribuibili al consumo di alcol, per le quali la correlazione significativa tra l'assunzione di alcol e lo sviluppo della malattia è stata dimostrata da solide evidenze scientifiche [2-11]. Tra gli effetti del consumo di alcol si annoverano le malattie croniche non trasmissibili (Non Communicable Diseases, NCD), come i tumori, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e le disfunzioni metaboliche, oltre a episodi di violenza, sia autoindotta che diretta a terzi, tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali [1, 13, 2, 5].

Numerose ricerche hanno evidenziato che il rischio per la salute aumenta all'aumentare della quantità di alcol consumata ma che non esiste un livello di alcol sicuro per la salute [14, 15]. Anche piccole quantità di alcol aumentano la possibilità di sviluppo di tumori [2, 6-11, 13, 16] di danni al cervello [17] di favorire lo sviluppo di diverse patologie [2]. Oltre alla quantità totale di alcol ingerita nel corso della vita, diversi elementi influenzano i rischi associati al consumo, tra cui la frequenza, le dosi assunte in singoli episodi e il contesto in cui l'alcol viene consumato, ad esempio, a digiuno o in concomitanza con farmaci e altre sostanze. Infine, anche fattori individuali come il sesso e l'età incidono sulla vulnerabilità agli effetti nocivi dell'alcol.

In Italia, l'identificazione dei consumatori a rischio si basa su un indicatore sintetico elaborato seguendo le raccomandazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN), e dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS). Questo strumento consente di individuare in modo efficace i due principali comportamenti a rischio legati al consumo di alcol: il consumo abituale eccedentario e il binge drinking, ossia il consumo episodico eccessivo [18]. La validazione dell'indicatore è stata condotta da esperti in statistica, epidemiologia e clinica, che ne hanno riconosciuto la solidità metodologica e lo hanno adottato formalmente nei sistemi di monitoraggio nazionale [19-22]. A tal riguardo, secondo il criterio ISS sono da considerarsi consumatori a rischio:

- 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 Unità Alcoliche (UA) al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni) e le donne che ne hanno consumata più di una, e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e dall'età, che hanno praticato il binge drinking almeno una volta nel corso dell'anno.

In questo articolo illustriamo i risultati dell'elaborazione dei dati dell'Indagine multiscopo sulle famiglie- aspetti della vita quotidiana relativa alle abitudini di consumo di alcol degli italiani nel 2023. Gli indicatori relativi al consumo di bevande alcoliche, in modalità a rischio per la salute, sono stati costruiti ed analizzati dall'ONA-ISS, avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate nell'ambito del programma CCM SISTIMAL (SISTema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto ALcolcorrelato), finalizzato a valutare il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione nazionale e regionale a sostegno del Piano Nazionale di Prevenzione e delle Azioni Centrali del Ministero della Salute).

Negli anni, molti Paesi europei hanno adottato strategie sanitarie e alimentari per tutelare la salute pubblica, sviluppando linee guida standardizzate per un consumo di alcol a basso rischio. Queste raccomandazioni sono state raccolte nel rapporto “Good practice principles for low risk drinking guidelines” nell'ambito della Joint Action della Commissione Europea RARHA (Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm) [23-26]. Il monitoraggio dei comportamenti legati al consumo di alcol è un elemento chiave per definire e attuare efficaci politiche sanitarie, contribuendo alla prevenzione dei danni correlati.

Le abitudini di consumo vengono analizzate da istituzioni internazionali come l'Eurostat, la WHO e l'OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), valutando sia il volume e la frequenza dell'assunzione di alcol, sia il consumo episodico eccessivo. In Italia, il Ministero della Salute ha affidato all'ISS la supervisione di tali dati, che vengono aggiornati annualmente attraverso il sistema SISTema di Monitoraggio Alcol - SISMA, in conformità con il DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri) del 3 marzo 2017 sulle sorveglianze [20].

All'interno del SISMA è presente una sezione dedicata al monitoraggio dei consumi e dei comportamenti a rischio per la popolazione. Gli indicatori sono stati costruiti basandosi sulle linee guida per il consumo a basso rischio, inserite nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione [27]; il dossier è stato curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l'Economia Agraria (CREA), nel quale si sottolinea che non esistono livelli di consumo di alcol considerati sicuri e che l'astinenza rappresenta la scelta migliore per la prevenzione delle patologie tumorali. Inoltre, il dossier esclude qualsiasi beneficio attribuibile a vino o birra, poiché i loro componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrolo, xantumolo) sono presenti in quantità insufficienti per avere effetti apprezzabili, a meno di un consumo di alcol incompatibile con la sopravvivenza. I comportamenti a rischio monitorati attraverso il SISMA sono:

- il consumo abituale eccedentario,
- il consumo lontano dai pasti
- il binge drinking, ovvero l'assunzione concentrata di grandi quantità di alcol in un'unica occasione [19, 28].
- La raccolta dei dati avviene attraverso l'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita

quotidiana”, condotta ogni anno dall’Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) per analizzare le abitudini degli italiani. L’indagine include un modulo specifico dedicato al consumo di alcol e costituisce una risorsa fondamentale per seguire le tendenze. Tali attività di monitoraggio rientrano nelle disposizioni previste dal DPCM del 3 marzo 2017 [20] dal Piano di attuazione per l’anno 2020 del Programma statistico nazionale 2023-2025 [29] e rientrano nell’accordo di collaborazione tra l’ONA-ISS con il Ministero della Salute “SISMA GD” (SIStema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne).

Materiale e metodi

L’ONA-ISS ha analizzato i dati relativi al 2023. Come accennato nell’introduzione, l’indagine utilizzata per il monitoraggio dei consumi di alcol nella popolazione (previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA del DPCM del 3 marzo 2017) [20] è l’indagine multiscopo sulle famiglie-aspetti della vita quotidiana, condotta ogni anno dall’ISTAT [20, 29]. Nella definizione dei consumi a rischio, come noto, non esistono livelli sicuri di consumo di alcol privi di rischio per la salute (solo a consumo zero si registra rischio zero) ed è evidenza consolidata che i rischi aumentano all’aumentare del consumo in UA (1 UA=12 grammi di alcol) e in relazione a diversi altri fattori. In Italia, il CREA, ha definito puntualmente le linee guida per il consumo a più basso rischio, stabilendo i limiti di consumo di qualunque bevanda alcolica, che secondo l’evidenza scientifica è opportuno non superare per non incorrere a rischi per la salute [27, 30]. In base a tali limiti l’ONA-ISS, ha costruito l’indicatore di sintesi utilizzato dal SISMA (DPCM 3/3/2017), che tiene conto delle indicazioni della WHO condivise nel gruppo congiunto ISS-SIA, Società Italiana di Alcolologia, e nei gruppi di lavoro internazionali [28]. L’indicatore nasce dalla combinazione dei due principali comportamenti a rischio, ovvero il consumo abituale eccedentario quotidiano e il binge drinking, ed è l’unico validato a livello formale anche nell’ambito del Programma Statistico Nazionale ISTAT come Statistica DERivata (SDE ISS 000036) a cui far riferimento a livello nazionale e regionale per la valutazione dell’implementazione degli obiettivi di salute sostenibile e per l’orientamento delle misure e delle politiche di salute pubblica [28, 31].

Pertanto, sono considerati “consumatori a rischio”:

- I minori di 18 anni, maschi e femmine, che hanno consumato anche una sola volta bevande alcoliche;
- I maschi maggiorenni che hanno consumato più di 2 UA al giorno;
- Le femmine maggiorenni che hanno consumato più di 1 UA al giorno
- Gli anziani di entrambi i generi che hanno consumato più di 1 UA al giorno
- Tutti coloro che praticano almeno una volta nel corso dell’anno il binge drinking (oltre 6 UA in un’unica occasione indipendentemente dal sesso e dall’età).

Risultati

Nel 2023 la prevalenza dei consumatori a rischio nella popolazione generale sopra gli 11 anni di età è stata del 21,2% per gli uomini e del 9,2% per le donne, per un totale di 8 milioni di persone (M=5.500.000, F=2.500.000). L'analisi per classi di età mostra che la fascia di popolazione più a rischio è quella dei 16-17enni per entrambi i sessi (M=39,2%; F=30,7%) seguita dagli anziani ultra 65enni per i maschi (65-74 anni=31,2; 75+ anni= 29,1%) e dalle 18-24enni per le femmine (11,2%). Nei minorenni non vi è una differenza statisticamente significativa fra maschi e femmine nella prevalenza dei consumatori a rischio, sia per gli 11-15enni che per i 16-17enni, mentre per tutte le altre fasce d'età il consumo a rischio è sempre più alto nei maschi (Figura 1). L'analisi del trend mostra che se, complessivamente, nel corso degli ultimi 10 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio ha fatto registrare un decremento del 10,4% per gli uomini (2023 vs 2013), nello stesso periodo per le donne i valori sono rimasti pressoché stabili, oscillando tra l'8,2% e il 9,2%, a testimoniare la carenza o, alternativamente, l'inefficacia della prevenzione sull'alcol in Italia (Figura 2).

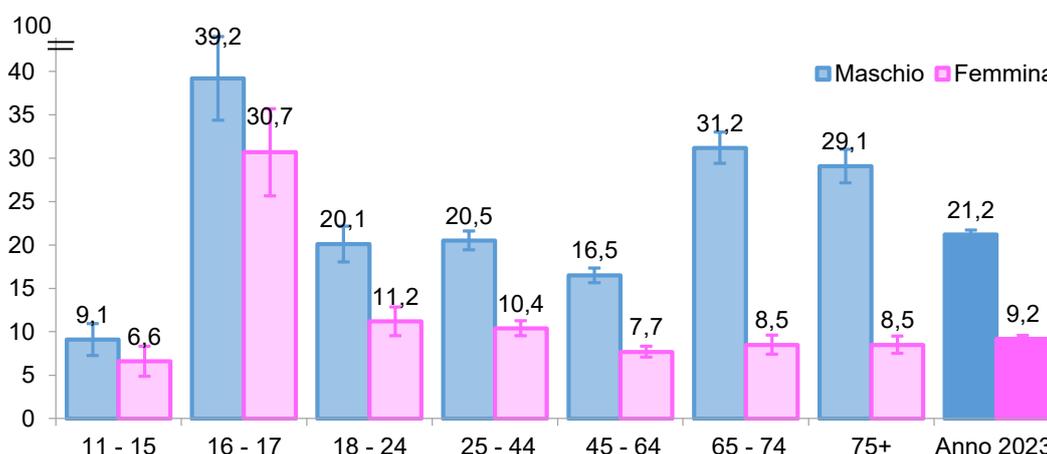


Figura 1. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

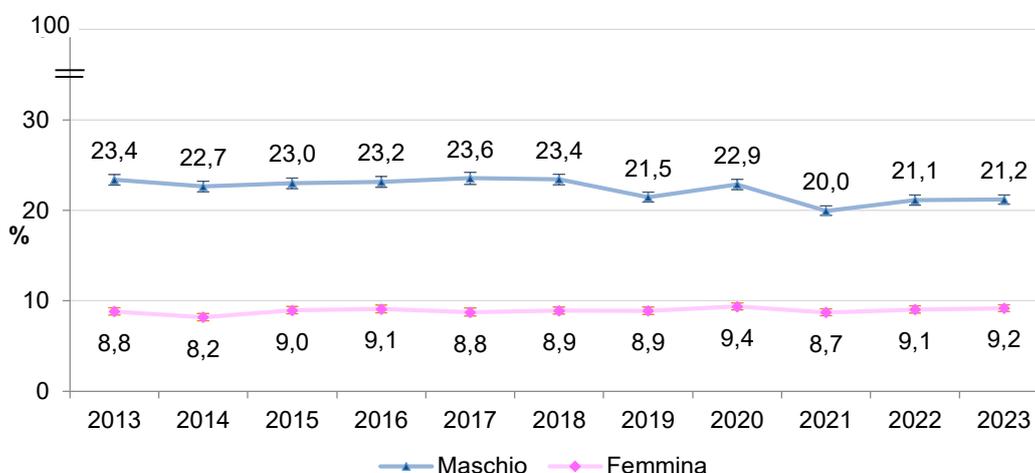


Figura 2. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso (2013-2023)

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

È di particolare rilievo che, tra le donne, siano le minorenni tra i 16 e 17 anni, quelle con la più elevata frequenza di consumo a rischio, condizione resa ancor più grave dall'immaturità metabolica e cognitiva e da elevati livelli fisiologici di estrogeni, ancor più stimolati dall'alcol, e fortemente influenti sull'incremento, evitabile, del rischio di sviluppo, di cancro al seno.

La frequenza di consumo a rischio è generalmente sempre più elevata tra i maschi per tutte le classi di età, con una differenza di genere che aumenta con l'età. I comportamenti a rischio di consumo di alcol nella popolazione giovanile si pongono come reale criticità che impone inderogabili azioni ed interventi miranti ad un piano "alcol zero", come recentemente richiesto anche dal Parlamento Europeo nell'adozione dell'European Beating Cancer Plan [32].

Discussione

Verso i target di popolazione sensibili, la WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni volte a incrementare la health literacy in merito ai numerosi rischi e ai danni che il consumo rischioso causa alla salute, e a contrastare la disinformazione e le massicce campagne di fake-news che propongono proprietà salutistiche implausibili con uno stato di buona salute e di benessere.

Il consumo di alcol mina l'impegno delle Nazioni Unite al raggiungimento di molti obiettivi di sviluppo sostenibili (SDG), influenzando una serie di indicatori riguardanti la salute. Può infatti avere ripercussioni sulla diffusione di malattie infettive, sull'incidenza degli infortuni stradali, sulla salute dei bambini nonché una ricaduta negativa su un'ampia gamma di indicatori relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza [33]. Secondo la WHO, gli attuali consumi di alcol nella Regione Europea e nel mondo hanno un impatto negativo su 13 di 17 SDG e su un totale di 52 obiettivi presenti in tutte e tre le dimensioni dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite (economica, sociale e ambientale). A cinque anni dalla scadenza del raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile delle Nazioni Unite, fissata al 2030 (Sustainable Development Goals - SDGs), giunti alla valutazione di medio termine, lo scorso 24 marzo 2025 l'Ufficio Regionale OMS per l'Europa, ha lanciato, attraverso un evento virtuale, la pubblicazione su "Lancet Regional Health - Europe" del documento che identifica 25 interventi di supporto per i paesi (quick buys), di cui 5 riguardano l'alcol, finalizzati ad accelerare i progressi verso il raggiungimento degli impegni in materia di salute. Gli "acquisti rapidi" (quick buys) sono interventi basati sulle evidenze, caratterizzati da un elevato rapporto costo-efficacia, che possono avere un impatto sulla salute pubblica entro i prossimi 5 anni [34]. Tra questi interventi, più prossimo al settore della sanità pubblica è quello per l'alcol e riguarda gli interventi brevi (d'incremento della consapevolezza, a supporto del cambiamento attraverso un approccio cognitivo-comportamentale e motivazionale) nei rivolti ai consumatori con consumo rischioso e dannoso di alcol, che si sono dimostrati soddisfare i criteri di costo-efficacia, rigorosamente definiti dal gruppo di esperti della WHO, con impatti rilevabili nell'arco di 12 mesi dall'intervento.

Conclusioni

A sostegno del recente documento della WHO e sulla base degli interventi identificati per sostenere ed accelerare il raggiungimento degli impegni in materia di salute per quanto riguarda il contrasto al consumo dannoso di alcol, appare urgente e inderogabile promuovere programmi di prevenzione nelle scuole in modo da intercettare il rischio precocemente. Ciò prevede l'implementazione di programmi di identificazione precoce e intervento breve (IPIB), preceduti da una adeguata formazione, auspicabilmente obbligatoria per i medici e i professionisti della salute del SSN, al fine di aumentare, nei professionisti e nella popolazione, la consapevolezza dei rischi e dei danni causati dall'alcol prima che i consumatori a rischio sviluppino un danno, un disturbo da uso di alcol e/o una dipendenza. Occorre, inoltre, mirare alla riduzione della disponibilità fisica ed economica di tutte le bevande alcoliche, anche attraverso una più adeguata regolamentazione della pubblicità, del marketing, delle politiche sui prezzi e dei livelli di tassazione, come richiesto dal Comitato Economico della Nazioni Unite per il raggiungimento degli Obiettivi di Salute Sostenibili e dalla WHO.

Per Corrispondenza

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcolologia. E-mail: claudia.gandin@iss.it

Bibliografia

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen: WHO; 2019.
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. Shield KD, Gmel G, Mäkelä P, Probst C, Room R, Rehm J. Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction.* 2017 Sep;112(9):1535-1544. doi: 10.1111/add.13827.
4. Shield K, Manthey J, Rylett M, et al. National, Regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health* 2020;5:e51–61.
5. 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.
6. International Agency for Research on Cancer, 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>.
7. 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.
8. Scafato E, Gandin C. Aumentare la consapevolezza del legame tra alcol e cancro: la dichiarazione congiunta OMS Europa/IARC al Parlamento europeo. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/dichiarazione-congiunta-oms-iarc-2023>.
9. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Infografica OMS: 5 cose da sapere su alcol e cancro. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/8%20SCAFATO%20FINALE%20FACSHEET%20CANCRO%20E%20ALCOL%20TRADUZIONE%20PER%20OMS.pdf>; ultima consultazione 20.03.2024.
10. Testino G, Ghiselli A, Balbinot P, Gandin C, Patussi V, Scafato E, Caputo F. Alcol e rischio oncologico. *Alcologia* 2024; 54:79-85.
11. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Alcol e tassazione, necessità e urgenza delle più efficaci ma contrastate misure delle politiche di prevenzione per ridurre la mortalità per cancro e i rischi per la salute causati dall'alcol in Europa e in Italia. *Alcologia* 2021; 46:12-16.
12. 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 30.01.2025.
13. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Coglianò V; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol.* 2007;8(4):292-293.
 14. World Health Organization. No level of alcohol consumption is safe for our health. WHO, 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/europe/news/item/04-01-2023-no-level-of-alcohol-consumption-is-safe-for-our-health>.
 15. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet.* 2018;392(10152):987-88.
 16. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW ed. *World Cancer Report 2020*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (pp. 68-76).
 17. Topiwala A, Ebmeier KP, Maullin-Sapey T, Nichols TE. 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>.
 18. 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/imgs/C_17_pubblicazioni_3059_allegato.pdf.
 19. 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 2023. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3).
 20. 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.
 21. Tinto A (Ed.). BES 2023. Il benessere equo e sostenibile in Italia. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/04/Bes-2023-Ebook.pdf>
 22. Ghirini, A. Matone, C. Gandin, M. Vichi, E. Scafato. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2023. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2023. p. 26-31 Disponibile all'indirizzo <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2023>.
 23. 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.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>
24. Scafato E, Silvia G, Lucia G, Claudia G. The implementation in Europe (EU) of the low risk drinking guidelines: results from the RARHA survey. *Addict Sci Clin Pract.* 2015;10 (Suppl 2):P17. doi: 10.1186/1940-0640-10-S2-P17.
 25. 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>.
 26. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R e Scafato E per il gruppo di lavoro RARHA WP5. Principi di buone pratiche per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: le attività della Joint Action europea RARHA (Reducing Alcohol Related Harm). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporti ISTISAN 17/2).
 27. Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peperario 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: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione CREA; 2020. p. 1015-122.
 28. 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 e del Piano Nazionale Prevenzione. Rapporto 2024. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/3).
 29. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2023-2025. Roma: ISTAT; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.sistan.it/index.php?id=688>.
 30. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione. Linee guida per una sana alimentazione. Edizione 2018. Roma: CREA; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.crea.gov.it/en/web/alimenti-e-nutrizione/dettaglio-servizio/-/asset_publisher/F0XeJNWBgoFK/content/crea-presenta-le-nuove-linee-guida-per-una-sana-alimentazione/20126.
 31. 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; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Relazione%20al%20parlamento%20alcol%20luglio%202024.pdf>.
 32. European Commission. Europe's Beating Cancer Plan Communication from the commission to the

- European Parliament and the Council. Bruxelles: EC; 2022. Disponibile all'indirizzo:
https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf.
33. 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://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340806/WHO-EURO-2020-2370-42125-58041-eng.pdf?sequence=1>.
34. Galea G, Ekberg A, Ciobanu A, Corbex M, Farrington J et al. Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. *The Lancet Regional Health - Europe* 2025: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101281>.

IL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL IN ITALIA E L'OBIETTIVO DI RIDUZIONE DEL 10% ENTRO IL 2025 DELL'AGENDA 2030 DELLE NAZIONI UNITE

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Riassunto

Nel 2023, i consumatori dannosi di bevande alcoliche, coloro che hanno consumato alcolici secondo modalità che determinano un danno all'organismo, raggiungono la quota di 780.000, l'1,91% della popolazione maschile e l'1,16% di quella femminile in Italia (M=470.000; F=310.000). Tutti i consumatori dannosi sono da considerarsi clinicamente pazienti affetti da Disturbo da Uso di Alcol (DUA) che rappresenta una tra le prime condizioni patologiche di salute mentale non trattate in Italia. Per il 91,9% degli attesi, non è erogata alcuna prestazione da nessuna struttura del SSN che intercetta solo l'8,1% degli attesi (sono 62.886 alcolodipendenti in carico al SSN al 2022, ultimo dato disponibile) contribuendo allo stigma dell'alcolodipendente e a disuguaglianze da affrontare e risolvere. Alla luce di questi dati, non sarà raggiunto dall'Italia l'obiettivo intermedio di riduzione del 10% del consumo dannoso al 2025 dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite. Per il raggiungimento dell'obiettivo finale, la riduzione entro il 2030 del 20% del consumo dannoso e del consumo di alcol pro-capite, richiederà un forte impegno politico, una forte advocacy e mobilitazione delle risorse per la rigorosa attuazione del Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030.

Parole chiave: Disturbo da Uso di Alcol, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia

Abstract

In 2023, harmful alcohol drinkers, those who have consumed alcohol in ways that cause damage to the body, are 780,000, 1.91% of the male and 1.16% of the female population in Italy (M = 470,000; F = 310,000). All harmful drinkers are to be considered clinically patients affected by Alcohol Use Disorder in need for treatment that, for 91.9% of those expected, is not provided by any NHS facility that intercepts only 8.1% of those expected (there are 62,886 alcohol dependents in the care of the NHS in 2022, the latest available data) contributing to the stigma of alcohol dependency and to inequalities to be addressed and resolved, representing one of the first untreated pathological mental health conditions in Italy. In light of these data, Italy will not reach the intermediate target of reducing harmful alcohol use by 10% by 2025 of the United Nations Agenda 2030. To achieve the final target, reducing harmful alcohol consumption and per capita alcohol consumption by 2030 by 20%, will require strong political commitment, strong advocacy and mobilization of resources for the rigorous implementation of the Global Action Plan on Alcohol 2022-2030.

Keywords: Alcohol Use Disorder, monitoring, risk factors, epidemiology

Introduzione

L'uso dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione nel mondo con un impatto diretto su 13 dei 17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (Sustainable Development Goals - SDG), inseriti nell'Agenda 2030, 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. L'alcol incide infatti su una serie di indicatori di salute, quali: la salute materna e infantile, le malattie infettive (HIV, epatite virale, tubercolosi), le malattie non trasmissibili e la salute mentale, gli infortuni e le intossicazioni, gli incidenti stradali, nonché su 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 nei SDG dell'obiettivo 3.5 specifico sull'uso dannoso di alcol: *“Strengthening the prevention and treatment of substance abuse, including harmful use of alcohol - 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 [1-4].

L'uso dannoso di alcol, con la crescente importanza assunta dalle malattie non trasmissibili (NCD) per il carico globale di malattia, è stato riconosciuto come un fattore di rischio chiave oltre che nei SDG delle Nazioni Unite (SDG 3.5) [1-3], anche nel 13° *General Programme of Work della World Health Organization (WHO)* [5] e nella *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs della WHO* [6]. Ciò evidenzia il riconoscimento internazionale dell'impatto dell'alcol sul carico delle malattie non trasmissibili, sul danno inflitto a individui e società, e sulla necessità di regolamentare efficacemente il suo consumo. A tal riguardo, nelle nuove strategie, l'Action Plan (2022-2030) to effectively implement the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol [7], e l'European framework for action on alcohol (2022–2025) [8], la WHO richiama i Governi a prevenire i decessi e le patologie alcol-correlate, come previsto dai SDG che attende entro il 2025 la riduzione del 10% del consumo dannoso nel contesto nazionale (SDG 3.5.2) e del consumo medio pro-capite, e l'incremento della copertura dei trattamenti farmacologici e bio-psico-sociali (SDG 3.5.1), una vera sfida per il SSN per riuscire a diminuire l'impatto sociale e di salute dell'alcol e ridurre gli elevati costi per la società ~~pag~~. Il consumo dannoso corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute a livello fisico e mentale. Nel SISMA - il SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato (attività previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 e svolta per mandato dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS), tale modalità viene rilevata in relazione al consumo giornaliero di oltre 40 grammi di alcol per le donne adulte (circa 4 Unità Alcoliche standard, UA) e di oltre 60 grammi di alcol per gli uomini adulti (circa 6 UA) [9-12].

Il consumatore dannoso corrisponde sul piano clinico al paziente con Disturbo da Uso di Alcol, (DUA), condizione riportata nel manuale DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5a edizione), come 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 [13].

I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti da considerarsi “*in need for treatment*” e per il DSM-5 assimilati clinicamente all'alcol dipendente e quindi da prendere in carico presso i servizi territoriali, come i 62.886 alcol dipendenti in carico al SSN (ultimo dato disponibile relativo al 2022) che rappresentano, solo l'8,2% dei pazienti attesi. Nonostante il DUA sia un disturbo invalidante molto diffuso frequentemente non viene identificato e di conseguenza non viene correttamente trattato. La corretta identificazione del DUA fondamentale per aiutare le persone con questo disturbo ad accedere ai servizi specialistici.

Il consumo di alcol ad alto rischio e il DUA sono importanti fattori di rischio per morbilità e mortalità dovute a disturbi quali ipertensione, malattie cardiovascolari, ictus, cirrosi epatica, diversi tipi di cancro e infezioni, pancreatite, diabete di tipo due e varie lesioni. È inoltre dimostrato che il DUA è associato a numerose comorbidità psichiatriche e a perdita di produttività causando costi sociali e finanziari nei consumatori, nelle loro famiglie, negli amici e colleghi, e nella società nel suo insieme.

Il rischio che un individuo sviluppi un DUA può essere rilevato individualmente utilizzando uno strumento di screening appositamente progettato a tale scopo dalla WHO (test AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test) [14] oppure, nella popolazione generale, misurando indirettamente quantità e frequenza dei consumi dichiarati. A tal riguardo, è stato sviluppato un indicatore che stima la prevalenza dei consumi attraverso la rielaborazione delle quantità di alcol rilevate dall'indagine annuale multiscopo sulle famiglie dell'Istituto Nazionale di Statistica, ISTAT. In questo articolo illustriamo gli indicatori relativi al consumo dannoso di alcol degli italiani nel 2023.

Materiale e metodi

Nell'ambito delle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA del DPCM del 3 marzo 2017 [9] l'ONA-ISS elabora i dati dell'Indagine Multiscopo sulle Famiglie - Aspetti della vita quotidiana, condotta ogni anno dall'Istituto Nazionale di Statistica - ISTAT [15]. Per il monitoraggio del consumo dannoso di alcol nella popolazione, l'ONA-ISS ha costruito un indicatore che tiene conto dei consumi giornalieri di oltre 40 grammi di alcol per le donne adulte (circa 4 Unità Alcoliche standard - UA) e di oltre 60 grammi di alcol per gli uomini adulti (circa 6 UA) [10, 16].

Risultati

Nel 2023, in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi di alcol, ovvero di coloro che hanno consumato bevande alcoliche secondo modalità che implicano un danno all'organismo e una condizione assimilata all'alcol dipendenza, è stata del 1,91% tra i maschi e del 1,16% tra le femmine, pari a circa 780.000 persone (M=470.000; F=310.000). L'analisi per classi d'età mostra che la prevalenza è più bassa per entrambi i sessi nelle classi di età più giovani (15-17 e 18-44 anni) rispetto alle altre classi di età; per tutte le classi di età

considerate, il valore nei maschi è superiore a quello delle femmine (Figura 1). I 780mila consumatori dannosi sono a tutti gli effetti pazienti “*in need for treatment*” ai sensi del DSM-5 e assimilati clinicamente all’alcol dipendente, da prendere quindi in carico presso i servizi territoriali insieme ai 62.886 alcol dipendenti in carico al 2022 (ultimo dato disponibili, in attesa di aggiornamento da parte del Ministero della Salute), che rappresentano, quindi, solo l’8,1% dei pazienti attesi.

Analizzando l’andamento dei consumatori dannosi negli ultimi 10 anni, per i maschi l’indicatore ha avuto un picco negativo nel 2018 (1,43%) e uno massimo nel 2020 (2,21%), rinforzando l’evidenza che durante la pandemia sono stati colpiti più duramente i consumatori già problematici, per poi ritornare ai livelli precedenti il 2018. Il picco negativo del 2018 si è registrato in misura minore anche tra le femmine (0,78%), ed è poi lentamente ma costantemente risalito fino a oggi (Figura 2).

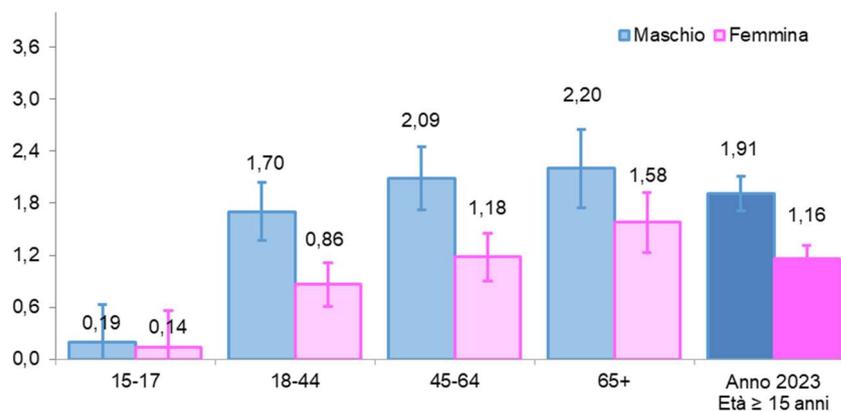


Figura 1: Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere e classi di età (2023)

Fonte: Elaborazioni SISMA (Sistema di Monitoraggio Alcol) – ONA-ISS, su dati Indagine Multiscopo sulle famiglie

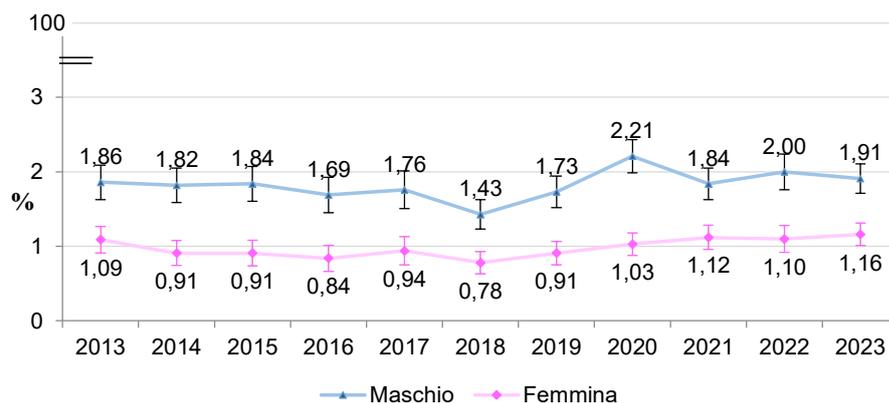


Figura 2: Prevalenza (%) di consumatori dannosi per genere (2013-2023)

Fonte: Elaborazioni SISMA (Sistema di Monitoraggio Alcol) – ONA-ISS, su dati Indagine Multiscopo sulle famiglie

La sofferenza del Sistema Sanitario Nazionale, insieme alla disomogeneità di erogazione dell'assistenza sanitaria a livello regionale rilevata dalla Corte dei Conti, consolida lo stigma e la disuguaglianza di nell'offerta di salute, che richiede urgenti interventi mirati al potenziamento delle risorse, programmi condivisi, ampliamento dell'accesso al trattamento, protocolli terapeutici innovativi e condivisi con valutazione dell'efficacia del trattamento, *case management*, coordinamento delle competenze, e superamento della frammentazione delle stesse, tanto a livello di *governance* che di sistema.

Discussione

La riduzione del 10% del consumo dannoso nel contesto nazionale (SDG 3.5.2) e del consumo medio *pro-capite*, nonché l'incremento della copertura dei trattamenti farmacologici, bio-psico-sociali (SDG 3.5.1) entro il 2025 è il richiamo ai Governi che la WHO fa attraverso due importanti strategie: l'*Action Plan to effectively implement the Global strategy to reduce the harmful use of alcohol 2022-2030* [7], e l'*European framework for action on alcohol (2022–2025)* [8]. Ciò per riuscire a diminuire l'impatto sociale e di salute dell'alcol e ridurre gli elevati costi che la società paga.

Le tendenze attuali del sistema di monitoraggio epidemiologico annuale a cura dell'ONA-ISS, che alimenta formalmente la Relazione del Ministro della Salute al Parlamento ai sensi della Legge 125/2001 [17, 18] mostrano che l'obiettivo intermedio di riduzione del 10% del consumo dannoso e del consumo di alcol *pro-capite* al 2025 fissato dagli indicatori d'impatto sulla salute non sarà raggiunto dall'Italia.

È evidente che il raggiungimento dell'obiettivo finale, e cioè di riduzione del 20% del consumo dannoso e del consumo di alcol *pro-capite*, richiederà l'utilizzo di politiche sull'alcol basate sulle indicazioni delle Nazioni Unite e dell'OMS, i *best buys* e i *quick buys*: fornire un intervento breve ai soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol, aumentare le accise, far rispettare le restrizioni sulla pubblicità e sulla disponibilità fisica delle bevande alcoliche. Il mancato raggiungimento degli SDG, attesi dal Piano Nazionale di Prevenzione, delinea una disuguaglianza tra le più rilevanti nel settore della tutela della salute mentale. Ciò rappresenta un *vulnus* ai rispetto ai principi di equità e adeguatezza degli interventi di cura, miranti a contrastare uno stigma esacerbato dalla mancata individuazione dei pazienti a rischio e del conseguente mancato accesso agli interventi erogabili dalle strutture del SSN che non raggiungono solo una piccola parte delle persone altamente vulnerabili e in legittima attesa di un'offerta di prestazioni per la cura e la riabilitazione dei disturbi da uso di alcol e l'alcoldipendenza, rappresentando così le condizioni di salute mentale meno trattate in Italia [19-21].

Sul piano nazionale, prendendo in esame il Piano d'Azione della WHO e l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, rispetto alla riduzione del consumo dannoso di alcol, risulta più che evidente la necessità di provvedere urgentemente ad opportune integrazioni del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-25 (e del piano che seguirà), rivolte specificamente all'area del trattamento, valorizzando l'esperienza già attuata nel corso di precedenti Piani di Prevenzione. Appare necessaria la definizione e l'implementazione di un nuovo Piano Nazionale Alcol

e Salute (PNAS) che favorisca il riallineamento rispetto ai SDGs, ancora lontani dall'essere raggiunti rispetto a quanto previsto dalla strategia in corso sulla prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. Nei fatti, quanto evidenziato, rappresentando un fallimento verificato per assenza o inadeguatezza d'interventi specifici. È fondamentale una rinnovata attenzione dei decisori politici nei confronti di coloro che vivono lo stigma di un Disturbo che trova ulteriore elemento di esclusione nell'inadeguatezza dei livelli di assistenza e di accesso a cure necessarie ma non garantite nonostante l'impegno degli operatori del settore. Occorre rispondere al richiamo della Corte dei conti e assicurare adeguati e omogenei livelli d'intervento territoriali, basati sulla ridefinizione dei servizi del SSN in modo da rendere gli interventi più accessibili e disponibili alla platea di quanti necessitano di trattamento, sulla base dell'approccio dell'Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) secondo standard disponibili a livello nazionale [22-24]. Vi è la necessità di individuare protocolli basati su linee guida e standard omogenei rispetto a diagnosi, trattamento, riabilitazione, di assistenza e supporto alle famiglie sul territorio nazionale, contribuendo a diminuire le disuguaglianze e dei gradienti di salute tra Regioni.

Per Corrispondenza

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcolologia. E-mail: claudia.gandin@iss.it

Bibliografia

1. 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: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>.
2. 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://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340806/WHO-EURO-2020-2370-42125-58041-eng.pdf?sequence=1>.
3. United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2024. New York (USA); 2024. ISBN: 978-92-1-003135-6. Disponibile all'indirizzo: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2024.pdf>.
4. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Le politiche sull'alcol basate sulle evidenze possono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite in Europa. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping – ISS, 26 novembre 2020 <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-materiali-infografica-alcol-sviluppo-sostenibile>.
5. World Health Organization. Thirteenth General Programme of Work 2019–2023. Geneva (Svizzera); 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf?sequence=1>.
6. World Health Organization. Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases 2008-2013. Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=0AEB340C72E5C21CB4C18A5773BA230D?sequence=1.
7. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva: WHO; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376939/9789240090101-eng.pdf?sequence=1>.
8. World Health Organization. European framework for action on alcohol, 2022–2025 Vision: A SAFER European Region free from harm due to alcohol. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/regional-committeemeeting-reports/rc72/european-framework-for-action-on-alcohol-2022-2025-cheat-sheeten.pdf?sfvrsn=8e63aef4_4&download=true.
9. 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.
10. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Manno V, 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 e del Piano Nazionale Prevenzione. Rapporto 2024. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/3)
 11. Ghirini S, Matone A, Gandin C, Scafato E. Il sistema di monitoraggio alcol SISMA. (SISTema di Monitoraggio Alcol). *Alcologia* 2024; 56 (Supplemento speciale): 13-23.
 12. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Sisma online. Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping – ISS, 20 ottobre 2024 <https://www.epicentro.iss.it/alcol/sismaonline>.
 13. DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
 14. Babor T, et al. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed. Geneva: WHO; 2001.
 15. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2023-2025. Roma: ISTAT; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.sistan.it/index.php?id=688>.
 16. Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peperario 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: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione CREA; 2020. p. 1015-122.
 17. 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; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Relazione%20al%20parlamento%20alcol%20luglio%202024.pdf>; ultima consultazione 30.01.2025.
 18. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 125, 30 marzo 2001.
 19. Galeaa G, Ekberga A, Ciobanua A, Corbexa M, Farringtona J, Ferreira-Bores C. Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. *The Lancet Regional Health – Europe* 2025. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2025.101281>.
 20. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Quick buys per il contrasto al consumo dannoso di alcol: un nuovo documento dell'OMS. Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping – ISS, 3 aprile 2025. <https://www.epicentro.iss.it/alcol/quick-buys-consumo-dannoso-alcol-oms>.

21. Gandin C, Scafato E. Consumo di alcol e disuguaglianze socioeconomiche: in che modo un approccio basato sulla promozione della salute può essere d'aiuto. Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping – ISS, 20 ottobre 2022. <https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms-consumo-alcol-disuguaglianze-socioeconomiche>.
22. 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 30.01.2025.
23. Gandin C, Baseli A, Acconcia C, Armenante C, Ghirini S, Grandinetti A, Iuliano L, Lamanna C, Matone A, Napolitano G, Palumbo S, Sorrentino MR, De Luna A, Scafato E. Identificazione Precoce e Intervento Breve per i disturbi da uso di alcol e da gioco d'azzardo: il progetto di formazione e di attivazione aziendale e istituzionale della rete IPIB della ASL Salerno. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISTISAN 21/18).
24. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R e Scafato E per il gruppo di lavoro RARHA WP5. Principi di buone pratiche per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: le attività della Joint Action europea RARHA (Reducing Alcohol Related Harm). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017. (Rapporto ISTISAN 17/2).

IL BINGE DRINKING E IL DIFFONDERSI DEL “BERE PER UBRIACARSI” IN ITALIA

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Riassunto

Sono 4 milioni e 130 mila gli italiani e le italiane che nel 2023 hanno bevuto per ubriacarsi di cui 74mila i minori 11-17enni di entrambi i sessi. È tra i 18-24 che si raggiungono i valori massimi in assoluto con 590mila binge drinker. Rilevante anche il fenomeno del binge drinking tra gli adulti in età produttiva (25-64 anni): il 14,3% dei maschi e il 5,5% delle femmine bevono per ubriacarsi. La percentuale di binge drinker di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età, a eccezione dei minorenni, età peraltro in cui il consumo dovrebbe essere pari a zero, come richiesto anche dalla normativa che prevede il divieto di vendita e somministrazione di alcolici ai minorenni. Nel 2023, a fronte del minimo storico registrato nel 2021, si osserva, per il genere maschile, un nuovo aumento, così come era già stato registrato nel 2022, sovrapponibile a quello di 7 anni fa (2016), a testimoniare l'invarianza, registrata anche per le femmine, di un fenomeno che non si giova, da oltre un decennio, di adeguate misure ed iniziative di efficace prevenzione e contrasto, con elevati costi sociali, sanitari ed economici. Nel 2023 sono 17 milioni e 300mila i consumatori fuori pasto di tutte le età, in aumento nel corso degli ultimi 10 anni per entrambi i sessi, e con un massimo storico (23,9%) registrato tra le donne, notoriamente più vulnerabili agli effetti dell'alcol sulla salute. L'articolo sintetizza i dati del monitoraggio del consumo di alcol del 2023 in Italia secondo la modalità “binge drinking”

Parole chiave: Consumo di alcol, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia

Abstract

In 2023, around 4 million 130 thousand are binge drinkers in Italy, consumers who drink to get drunk. And there are 74 thousand minors aged 11-17 of both sexes, but it is among the 18-24 age group that the highest values are reached in the population with 590 thousand binge drinkers. The phenomenon of binge drinking among adults of productive age (25-64 years) is also significant: 14.3% of males and 5.5% of females drink to get drunk. The percentage of male binge drinkers is statistically higher than of female in every age group, with the exception of minors, young people under 18, an age at which consumption should be zero, as also required by the legislation (prohibition of the sale and supply of alcohol to minors). In 2023, compared to the historical minimum recorded in 2021, a new increase is observed for the male gender, as had already been recorded in 2022, comparable to that of 7 years ago (2016), testifying to the invariance, also recorded for females, of a phenomenon that has not benefited, for over a decade, from adequate measures and from even requested initiatives of effective prevention and contrast, with high social, health and economic costs. In 2023, there are 17 million and 300 thousand consumers outside of meal times of all ages, increasing over the last 10 years for both sexes, and with a historical maximum (23.9%) recorded among women, notoriously more vulnerable to the effects of alcohol on health. The article summarizes the data on monitoring the consumption of alcoholic beverages in Italy in 2023 by "binge drinking" pattern.

Keyword: Alcohol consumption, monitoring, risk factors, epidemiologia

Introduzione

Il consumo di alcol è il fattore causale di almeno 40 malattie e condizioni totalmente alcol-attribuibili e di oltre 200 condizioni e malattie parzialmente attribuibili all'alcol per le quali la correlazione significativa tra l'assunzione della bevanda alcolica e lo sviluppo della malattia è stata dimostrata da solide evidenze scientifiche [1-3].

Tra i vari modelli di consumo di bevande alcoliche, si è diffuso, diversamente dal consumo tradizionalmente mediterraneo che avviene durante i pasti e in quantità moderate assunte con il controllo formale e informale della famiglia o della collettività, a livello nazionale in particolare tra i giovani, un modello di consumo episodico ma ricorrente di assunzione di bevande alcoliche a digiuno, eccedente le 6 unità in un arco temporale compreso tra le 2 e le 3 ore. Tale modello, importato dal nord-Europa, è denominato “*binge drinking*”, ossia “bere per ubriacarsi”. Il *binge drinking* è un modello di consumo di alcol determina livelli di alcolemia sempre più crescenti in tempi brevi, con gravi conseguenze per la salute. Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nel Nord Europa [17] ed è particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile, tra gli adolescenti che ripetuti episodi di *binge drinking* possono alterare lo sviluppo cerebrale e causare disturbi persistenti nelle funzioni sociali e cognitivi quali disturbi di attenzione, della memoria e delle altre funzioni cerebrali [18]. Si tratta di un fenomeno pericoloso sia per la propria salute, sia per i comportamenti a rischio che ne derivano in funzione dell'abbassamento della percezione del rischio che si sperimenta già a partire da 1-2 bicchieri assunti e che, progressivamente, porta all'intossicazione e progressivamente al coma etilico.

L'intossicazione acuta da alcol è una condizione intercorrente, transitoria che influisce negativamente su una serie di funzioni cognitive, tra cui la memoria, la pianificazione e il controllo motorio complesso. Questa condizione può portare a comportamenti inattesi e lesivi. Uno studio effettuato su pazienti con traumi in accesso al pronto soccorso ha evidenziato che l'intossicazione alcolica è in gran parte responsabile di: incidenti stradali, lesioni a pedoni, atti di violenza, tra cui la violenza domestica, tentativi di suicidio, cadute e incidenti con, traumi cranici ed eventi che hanno determinato grave disabilità post-traumatica e mortalità [4]. Il *binge drinking*, è quindi dannoso per la salute, per la sicurezza personale e di terzi. L'intossicazione da assunzione di alcol rappresenta un'emergenza clinica ed è una tra le maggiori causa di ricovero d'urgenza. Nei casi di contemporanea assunzione di farmaci (ipnotici, ansiolitici) e/o di sostanze, può portare a quadri severi di intossicazione fino al coma etilico [5-6]. Le conseguenze acute legate al *binge drinking* generalmente mostrano una relazione dose-risposta [7] e cioè i danni aumentano all'aumentare delle quantità di alcol consumate e della frequenza degli episodi di *binge drinking* [8-10].

A livello europeo non esiste un indicatore standardizzato per il monitoraggio delle intossicazioni acute da alcol la cui definizione varia in termini di quantità di alcol consumato e in riferimento al periodo di osservazione. In Italia, al fine di monitorare le intossicazioni acute da alcol viene rilevata annualmente la prevalenza di consumatori *binge drinking*.

In Italia il *binge drinking* è definito come il consumo di oltre 6 Unità Alcoliche, una UA corrisponde ad 12 g di

alcol in un'unica occasione [11-14] ed è indagato nella terza domanda dell'AUDIT-C [15,16]. Il dato viene annualmente rilevato dall'ISTAT tramite l'"Indagine multiscopo sulle famiglie".

Già nel 2010 la prima strategia globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol dell'Organizzazione Mondiale della Sanità prevedeva tra le 10 aree prioritarie d'intervento, la riduzione delle conseguenze negative del bere e delle intossicazioni acute da alcol [19]. Successivamente, a causa della diffusione della pratica del binge drinking tra i giovani dei Paesi europei dell'area mediterranea, i rappresentanti degli Stati Membri dell'UE, rappresentati dal Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA) hanno approvato la strategia comunitaria Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016) [20, 21] con l'obiettivo di sostenere gli Stati Membri nella riduzione dei danni alcol-correlati in questa fascia vulnerabile di popolazione. Tale piano d'azione è stato successivamente prorogato al 2020 e le attività sostenute nel periodo 2014-2016 sono state descritte in un rapporto. [22].

Ogni anno l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana" condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) raccoglie dati sul consumo di alcol nella popolazione italiana che vengono elaborati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-ISS. Tali attività di monitoraggio sono previste dal DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri) del 3 marzo 2017 [23] e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022 [24].

In questo articolo illustriamo i risultati dell'elaborazione dei dati dell'Indagine multiscopo sulle famiglie- aspetti della vita quotidiana, relativa alle abitudini di consumo di alcol degli italiani nel 2023. Gli indicatori relativi al consumo di bevande alcoliche, in modalità a rischio per la salute, sono stati costruiti ed analizzati dall'ONA-ISS, avvalendosi delle competenze e delle metodologie sviluppate nell'ambito del programma CCM SISTIMAL (SISTema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto ALcolcorrelato), finalizzato a valutare il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione nazionale e regionale a sostegno del Piano Nazionale di Prevenzione e delle Azioni Centrali del Ministero della Salute).

Materiale e metodi

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS (ONA-ISS) ha analizzato i dati relativi al 2023. Come accennato nell'introduzione, l'indagine utilizzata per il monitoraggio dei consumi di alcol nella popolazione (previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA - SISTema di Monitoraggio Alcol del DPCM del 3 marzo 2017) [23] è l'indagine multiscopo sulle famiglie-aspetti della vita quotidiana, condotta ogni anno dall'ISTAT [24].

Il binge drinking, o "consumo episodico eccessivo", è definito come l'ingestione di più di 6 UA di qualsiasi tipo assunte consecutivamente in un tempo ristretto. In Italia è identificato come un consumo, in un'unica occasione, di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere, una Unità Alcolica di 12 grammi di alcol puro) [5,6].

Risultati

Nel 2023 la prevalenza di chi ha praticato il binge drinking almeno una volta negli ultimi 12 mesi è stata pari all'11,3% tra i maschi e al 4,5% tra le femmine di età superiore a 11 anni che identificano 4 milioni e 130 mila binge drinker di età superiore a 11 anni (M=2.900.000; F=1.230.000) con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età (Figura 1). Le percentuali di binge drinker sia di sesso sia maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=18,7%; F=10,1%) per poi diminuire nuovamente con l'avanzare dell'età, raggiungendo tra gli ultra 75enni il valore di 2,9% tra gli uomini e 1,7% 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, età in cui peraltro il consumo dovrebbe essere pari a zero, come indicato dalla normativa sul divieto di vendita e somministrazione di alcolici ai minorenni.

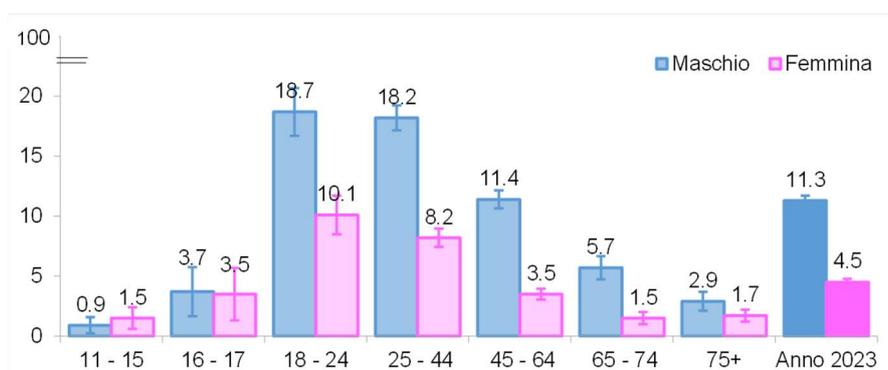


Figura 1. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'andamento delle prevalenze dei consumatori binge drinker negli ultimi 10 anni mostra un lento ma costante aumento nelle femmine, che in 10 anni sono aumentate dell'80% passando dal 2,5% nel 2013 al 4,5% nel 2023. L'andamento nei maschi ha subito più oscillazioni e, dopo un picco negativo del 9,5% registrato nel 2021, il trend è da allora in risalita a connotare il persistere della modalità di consumo, il bere per ubriacarsi, e quindi il fallimento della prevenzione e del contrasto (Figura 2).

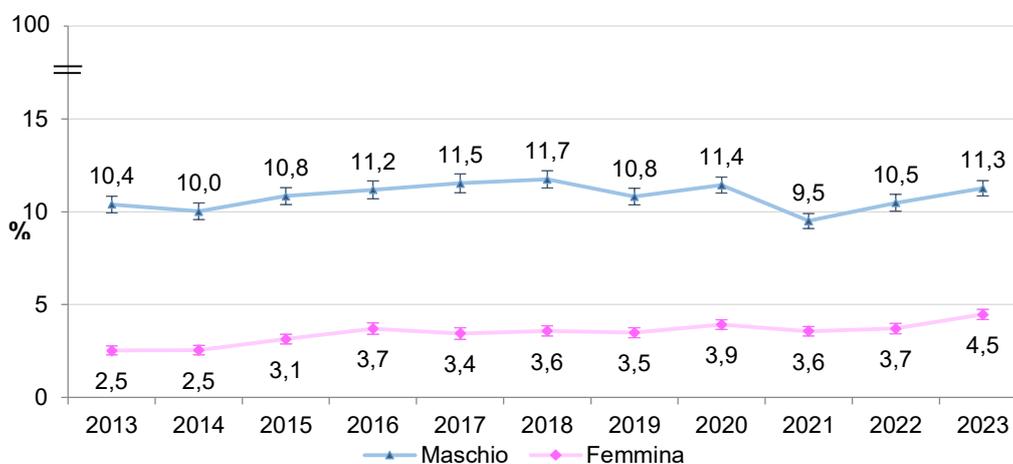


Figura 2. Prevalenza (%) di consumatori binge drinking per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Discussione

È inderogabile rivolgere l'attenzione ai giovani e ai minori e al fenomeno del "binge drinking" che negli ultimi anni caratterizza una delle abitudini più comuni oramai quotidiana (happy hours) oltre che nei fine settimana. Sono da implementare progetti di prevenzione scolastica in grado di sensibilizzare a comportamenti di sobrietà, di zero consumo, così come raccomandato anche dal Ministero della Salute nel Libro Bianco: "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo e integrato dell'alcolologia italiana" di recente pubblicazione, evitando la comunicazione ambigua del "bere responsabile", inadeguato per la fase di sviluppo evolutivo e cognitivo del minore che non dispone di adeguati livelli di capacità critica e ha bassa percezione del rischio [25]. A tal fine, è urgente programmare campagne di sensibilizzazione rivolte a ridurre il consumo di bevande alcoliche, concentrando l'attenzione sui giovanissimi e i giovani adulti in età produttiva in qualità di target più sensibili al rischio e al danno alcol-correlato.

L'ONA-ISS da anni sollecita la formazione obbligatoria dei medici, offrendo e proponendo lo svolgimento della formazione regionale e l'attuazione di corsi avanzati di aggiornamento e supervisione (formazione medica continua), per l'integrazione dello screening sul consumo di alcol, mediante il test AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test, nei contesti di assistenza primaria e adeguata gestione del caso. Altrettanto importante è l'aggancio in Pronto Soccorso di chi giunge in ospedale con intossicazione acuta e altre acuzie alcol-correlate, promuovendo collaborazioni tra strutture ospedaliere (Pronto Soccorso e ambulatori) e territoriali (Centri Alcologici e Ser.D). È da promuovere la collaborazione con associazioni di gestori di locali e pubblici esercizi ove si somministrano e vendono bevande alcoliche quale idonea e ulteriore misura di contrasto a condotte dannose alla salute correlate al consumo di bevande alcoliche, con particolare riguardo ai minori. Sono altrettanto urgenti iniziative di prevenzione per le donne, e in generale negli adulti in età produttiva, informando e sensibilizzando rispetto all'alcol e alle problematiche alcol-correlate in contesti diversi come, ad esempio, i luoghi di lavoro, dove si praticano attività sportive, nei consultori al fine di favorire scelte informate e consapevoli evitando ambiguità comunicative che propongano livelli sicuri di consumo che non esistono.

Per Corrispondenza

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcolologia. E-mail: claudia.gandin@iss.it

Bibliografia

1. 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.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcoholattributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-andswitzerland-\(2018\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcoholattributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-andswitzerland-(2018))
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen: WHO; 2019.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
4. World Health Organization (WHO). (2018). Global status report on road safety. Include dati globali sull'incidenza dell'alcol negli incidenti stradali. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565684>.
5. Centro di ricerca Alimenti e Nutrizione – CREA. Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018. Roma: Centro di ricerca alimenti e nutrizione (CREA); febbraio 2020.
6. World Health Organization (WHO). The Global Health Observatory. WHO. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/458#:~:text=Heavy%20episodic%20drinking%20\(drinkers%20only\)%20is%20defined%20as%20the%20proportion,to%206%20standard%20alcoholic%20drinks](https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/458#:~:text=Heavy%20episodic%20drinking%20(drinkers%20only)%20is%20defined%20as%20the%20proportion,to%206%20standard%20alcoholic%20drinks).
7. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, et al. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics*. 2007;119(1):76-85. PMID: 17200273.
8. Esser MB, Kanny D, Brewer RD, et al. Binge drinking intensity: A comparison of two measures. *Am J Prev Med*. 2012;42(6):625-629. PMID: 22608381.
9. Jackson KM. Heavy episodic drinking: Determining the predictive utility of five or more drinks. *Psychol Addictive Behav*. 2008;22(1):68-77. PMID: 18298232.
10. Read JP, Beattie M, Chamberlain R, et al. Beyond the “binge” threshold: Heavy drinking patterns and their association with alcohol involvement indices in college students. *Addict Behav*. 2008;33(2):225-234. PMID: 17997047).
11. 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 e del Piano Nazionale Prevenzione. Rapporto 2024. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 24/3).
12. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peparaio 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.
13. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2022. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2023. Disponibile all'indirizzo <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2022>
 14. ISTAT. Glossario. In: Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà. Anno 2021. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files//2022/05/Glossario_fattori_rischio_salute_2021.pdf.
 15. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Jul;31(7):1208-17. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x.
 16. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 2002 Nov-Dec;37(6):591-6. doi: 10.1093/alcalc/37.6.591. PMID: 12414553.
 17. 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.
 18. Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res*. 2018;39(1):87-96.
 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/msbalcstrategy.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>.
 20. 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.
 21. 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). Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. Disponibile all'indirizzo: [https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%2014-16.pdf](https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%2014-16.pdf).
 22. 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. Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe; 2019. Disponibile all'indirizzo:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346532/WHO-EURO-2019-3574-43333-60793-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

23. 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.
24. 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>.
25. 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 e integrato dell'alcolologia italiana". Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3274_allegato.pdf.

ALCOL E GIOVANI IN ITALIA: I DATI DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO ALCOL SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol) 2025

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Riassunto

Nel 2023, in Italia, 1,26 milioni di giovani tra gli 11 e i 24 anni hanno adottato comportamenti a rischio rispetto al consumo di alcolici, e tra questi ben 615.000 erano minorenni. Preoccupa anche il binge drinking, bere per ubriacarsi, che ha coinvolto 664.000 under 25, inclusi 74.000 minori. I dati confermano il mancato rispetto delle leggi che vietano la vendita di alcolici ai minori e l'inefficacia degli interventi attuati finora, che non hanno ridotto l'esposizione al rischio, specie tra i più giovani. Birra e aperitivi alcolici restano le bevande preferite, con un notevole aumento del consumo di vino e aperitivi alcolici tra le ragazze negli ultimi dieci anni. Serve con urgenza una strategia nazionale mirata ai giovani, con attenzione alle differenze di genere, per allinearsi agli obiettivi della Risoluzione del Parlamento EU per una strategia alcol zero e a quelli dell'OMS che da anni ha identificato il contesto e il target giovanile come alcohol-free, obiettivo negletto dalla strategia nazionale di prevenzione e dai piani regionali da rinnovare urgentemente. È necessario tutelare i minori dalla pubblicità di alcolici, anche online e durante gli eventi sportivi, vietandone la sponsorizzazione, e di promuovere campagne informative contro il consumo rischioso.

Il presente articolo riassume i dati sul monitoraggio dei consumi di bevande alcoliche tra i giovani in Italia nel 2023.

Parole chiave: Consumo di alcol, giovani, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia

Abstract

In 2023, in Italy, 1.26 million young people aged 11 to 24 engaged in risky behaviours related to alcohol consumption, including as many as 615,000 minors. Binge drinking (drinking to get drunk) is also a concern, affecting 664,000 under-25s, including 74,000 minors. These figures highlight the lack of enforcement of laws banning alcohol sales to minors and the ineffectiveness of current interventions, which have failed to reduce risk exposure, especially among the youngest. Beer and alcoholic aperitifs remain the most popular drinks, with a significant rise in wine and aperitif consumption among girls over the past ten years. There is a urgent need for a national strategy targeting young people, with attention to gender differences, to align with the goals of the EU Parliament's Resolution for an alcohol-free strategy and the WHO objectives, which for years have identified youth and their environment as alcohol-free, a goal neglected by the current national prevention strategy and outdated regional plans. Minors must be protected from alcohol advertising, including online and during sporting events, with a ban on sponsorships, and public awareness campaigns against risky consumption must be promoted.

This article summarizes the 2023 data on alcohol consumption among young people in Italy.

Keywords: Alcohol consumption, youth, monitoring, risk factors, epidemiology

Introduzione

Causando il 5,3% dei decessi nel mondo, ovvero 3 milioni di morti ogni anno, il consumo di alcol rappresenta il 5,1% del carico globale di malattie e infortuni: più di duecento malattie e lesioni sono dovute al consumo di alcol, che è anche causa di disturbi mentali e comportamentali e di altre malattie non trasmissibili. L'alcol è causa di ingenti perdite economiche e sociali e colpisce i giovani in modo sproporzionato: secondo l'ultimo rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) su alcol e salute, pubblicato nel 2024, la percentuale più alta di decessi attribuibili all'alcol nel corso del 2019, ovvero il 13%, si è verificata nelle persone tra i 20 e i 39 anni [1-3]. Profondi cambiamenti fisici e mentali si verificano durante l'adolescenza: un periodo di sviluppo in cui avviene un'importante maturazione emotiva e biologica, ma soprattutto cognitiva, e in cui si verificano processi decisionali altamente rischiosi. I giovani sono particolarmente vulnerabili al consumo di alcol, che è causa di incidenti stradali, lesioni a danno di sé stessi e degli altri, atti di violenza, tentativi di suicidio, ed eventi spesso determinanti disabilità post-traumatica e mortalità [4, 5]. L'esposizione all'alcol in giovane età compromette le funzioni cognitive e la plasticità cerebrale, contribuisce allo sviluppo dell'ansia sociale e all'impulsività, alterazioni che persistono fino all'età adulta [6]. Inoltre, fino ai 21 anni circa, l'alcol deidrogenasi, l'enzima che metabolizza l'alcol, non è ancora del tutto sviluppato nell'organismo, motivo per cui i giovani non sono ancora in grado di metabolizzarlo completamente. Ciò rende l'impatto dell'assunzione di alcolici in questa fascia d'età ancora più determinante. Intorno ai 25 anni, il processo di maturazione del Sistema Nervoso Centrale si completa, passando da una modalità adolescenziale, prevalentemente legata alla sfera emotiva, ad una più cognitiva, tipica dell'adulto. Il consumo di bevande alcoliche tra i 12 e i 25 anni interferisce con il completo e corretto sviluppo cerebrale, causando danni nella zona dell'ippocampo, quella deputata all'orientamento e alla memoria. Questo è stato dimostrato in diversi studi che, tramite risonanza magnetica, hanno rilevato danni al cervello nei giovani esposti all'alcol [7]. Il binge drinking, la cosiddetta "abbuffata alcolica", è sempre più diffuso nelle regioni mediterranee, e rappresenta ormai la norma nel bere giovanile. In Italia il binge drinking è 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: quando l'alcol viene ingerito in grandi quantità ravvicinate nel tempo, e spesso anche a stomaco vuoto, i danni sono ancora più marcati [8-11]. La Legge 189/2012 impone in Italia il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni come raccomandato dall'OMS per i giovani al di sotto dei 18 anni. Le nuove linee guida per una sana alimentazione prodotte dal CREA [12] sulla base del dossier scientifico contenente le raccomandazioni e le principali indicazioni al consumatore [9] considerano "consumatori a rischio per la loro salute" tutti i giovani minorenni che hanno consumato anche una sola bevanda alcolica nel corso dell'anno. Ogni anno, l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) conduce l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana", da cui vengono ricavati i dati sul consumo di alcol nella popolazione italiana e successivamente elaborati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS). Questo monitoraggio è previsto

dal DPCM del 3 marzo 2017 [13] e dal Piano di attuazione 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022 [14], e rientra nell'ambito dell'accordo di collaborazione tra ONA-ISS e Ministero della Salute denominato "SISMA GD" (SISTema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne). Attraverso l'analisi dei dati raccolti nell'indagine multiscopo, l'ONA-ISS ha definito e analizzato indicatori relativi al consumo di bevande alcoliche secondo modalità considerate a rischio per la salute. Questo articolo presenta i risultati dell'elaborazione dei dati riferiti all'anno 2023, focalizzandosi sul consumo di alcol nella fascia d'età 11-24 anni in Italia. Per condurre queste analisi, l'ONA-ISS si è avvalso delle competenze e delle metodologie sviluppate all'interno del programma CCM SISTIMAL (SISTema di Indicatori per il Monitoraggio dell'impatto ALcolcorrelato), finalizzato a monitorare i progressi nella prevenzione del consumo rischioso e dannoso di alcol a livello nazionale e regionale. Questo contributo si inserisce nel sostegno al Piano Nazionale della Prevenzione e alle Azioni Centrali promosse dal Ministero della Salute. I dati raccolti offrono una visione articolata delle abitudini e delle tendenze dei giovani rispetto al consumo alcolico, rappresentando un utile strumento per orientare strategie efficaci di riduzione del rischio e promozione di stili di vita più sani tra i giovani italiani.

Materiale e metodi

I dati analizzati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS (ONA-ISS) sono relativi all'anno 2023. L'indagine utilizzata per il monitoraggio dei consumi di alcol nella popolazione (previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA - SISTema di Monitoraggio Alcol del DPCM del 3 marzo 2017) [13] è l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana", condotta ogni anno dall'ISTAT [14].

Risultati

Nel 2023, complessivamente, circa 1 milione e 260 mila ragazzi e ragazze di età compresa fra gli 11 e i 24 anni hanno consumato alcol secondo modalità a rischio per la loro salute. È tra gli 11 e i 24 anni, età in cui il cervello deve ancora maturare completamente la corteccia prefrontale e le conseguenti capacità decisionali che questa maturazione è attivamente minacciata e interferita dall'uso di alcol con danni irreversibili alle sue funzioni: il 18,9% dei maschi e il 12,2% delle femmine sono consumatori a rischio, con frequenze ben lontane per i minori dal valore atteso di zero alcol e zero consumatori. Il binge drinking ha interessato il 10,2% dei maschi e il 6,3% delle femmine. Evidenti le criticità legate al rispetto della legalità e norme che sottraggono l'alcol ai minorenni, per la nota incapacità di metabolizzazione dell'alcol e per i quali la Legge 189 dell'anno 2012 impone in Italia il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche. Il 46,5% dei ragazzi e il 41,9% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato, nel 2023, almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. La prevalenza tra i maschi è dei consumatori di birra (39,0%) di aperitivi alcolici (36,2%) seguiti dai consumatori di vino (29,9%). Per le ragazze, la prevalenza di consumatrici di aperitivi (35,2%) è la più elevata rispetto alle altre bevande, seguita dalla prevalenza di consumatrici di birra (24,7%) e vino (23,8%) il consumo del quale

tuttavia è aumentato del 23,2% negli ultimi 10 anni. Gli amari si confermano le bevande alcoliche meno apprezzate fra i giovani, consumati dal 25,3% dei ragazzi e dal 15,0% delle ragazze. Il consumo di aperitivi alcolici tra le femmine è aumentato del 18,9% negli ultimi 10 anni (Figura 1a). L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che, per entrambi i sessi, le prevalenze dei consumatori a rischio nel 2023 è pressoché stabile. Il comportamento più diffuso tra i giovani di entrambi i sessi è il consumo fuori pasto (M=28,3%; F=24,9%). I maschi che hanno bevuto in modalità binge sono il 10,2% così come quelli che hanno consumato in modalità abituale eccedentaria (10,2%), mentre le femmine binge drinker sono state il 6,3% e le consumatrici abituali eccedentarie il 7,2% (Figura 1b). I giovani consumatori 11-24enni a rischio identificati nel 2023 sono stati il 18,9% dei maschi e il 12,2% delle loro coetanee per un totale di circa 1.260.000 ragazze e ragazzi che non si sono attenute alle indicazioni di sanità pubblica.

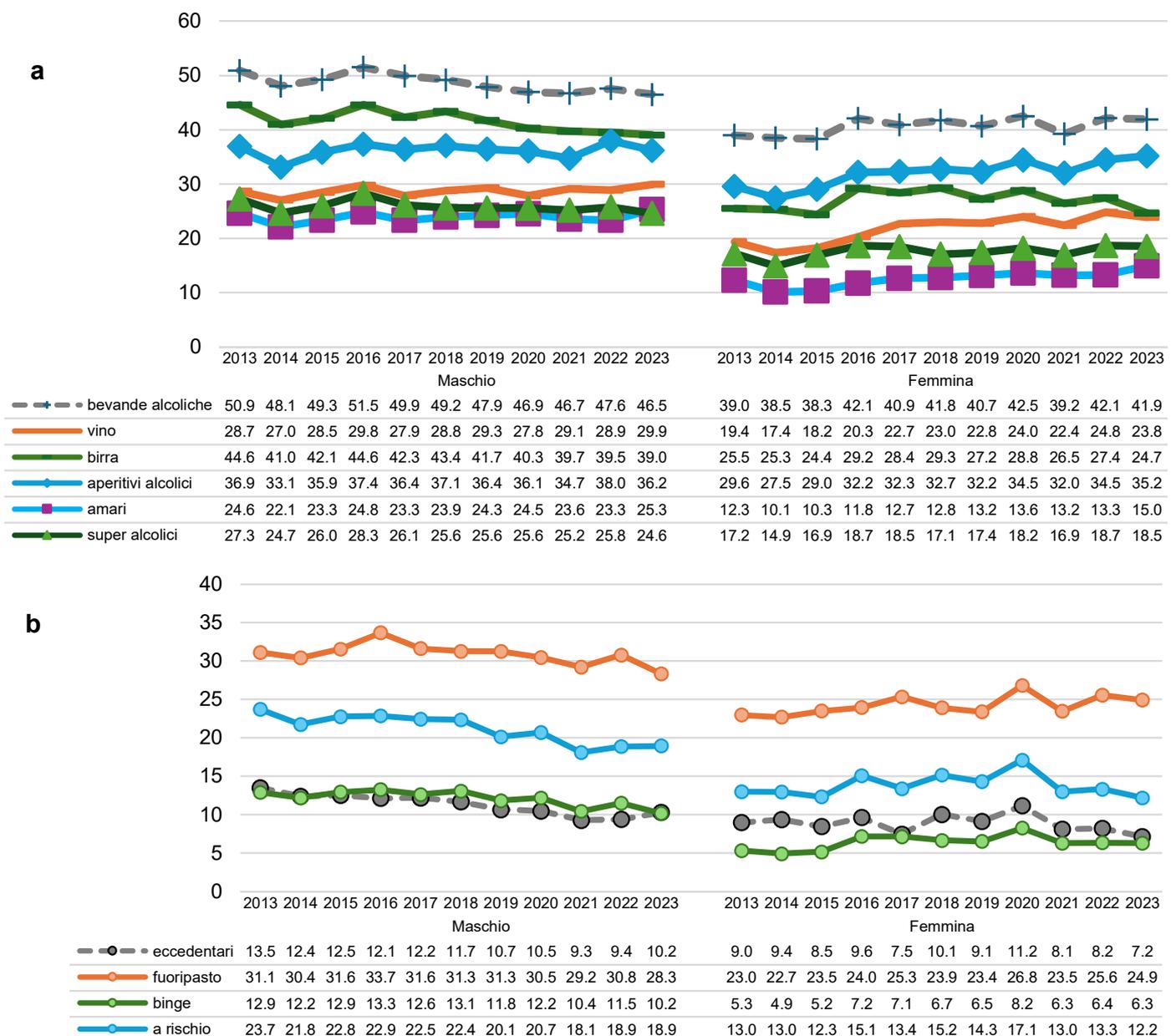


Figura 1. Prevalenza (%) di consumatori (età 11-24 anni) delle diverse bevande alcoliche (a) e dei comportamenti a rischio (b) per sesso. Italia, 2013-2023

Per quanto riguarda i minori 11-17enni, nel 2023 sono stati circa 615.000 (il 17,8% dei maschi e il 13,3% delle femmine) i consumatori a rischio secondo le indicazioni e le linee guida nazionali degli organismi di prevenzione e tutela della salute che richiederebbero un'identificazione precoce che manca, così come l'intervento rivolto all'incremento della consapevolezza del rischio e dei danni alcol-correlati. Tra i maschi, la birra si conferma la bevanda più consumata (12,8%), seguita dagli aperitivi alcolici (11,1%) e dal vino (8,9%). Tra le femmine, le bevande più consumate sono state gli aperitivi alcolici (9,2%) e la birra (6,0%) seguite dal vino (4,7%). I consumatori fuori pasto sono stati il 6,8% dei minorenni e il 5,6% delle coetanee, mantenendo così la riduzione nelle differenze di genere registrata da dopo la pandemia da SARS-CoV-2 in questo tipo di consumatori. I binge drinker sono stati l'1,7% dei maschi e il 2,1% delle femmine, che superano quindi i loro coetanei.

Nel 2023, tra i giovani di età compresa tra i 18 e 24 anni, sono stati circa 645.000 i consumatori a rischio (il 20,1% dei maschi e l'11,2% delle femmine). I ragazzi di questa fascia d'età che hanno consumato almeno una bevanda alcolica sono stati il 75,4% dei maschi e il 67,9% delle femmine, per le quali si conferma l'aumento osservato negli ultimi 10 anni, adesso al +16,2% rispetto al 2013. Anche in questa fascia di età la birra è la bevanda più consumata fra i ragazzi (65,4%), insieme agli aperitivi alcolici (61,5%). Fra le ragazze restano i preferiti gli aperitivi alcolici (58,7%), seguiti dalla birra (41,6%). Si conferma per le femmine l'aumento nel corso degli ultimi dieci anni della prevalenza del consumo di aperitivi alcolici (+27,2% rispetto al 2013) e di vino (+29,0%), mentre sono in aumento i consumatori totali (maschi più femmine) di amari (+12,8%). Inoltre, il consumo di amari tra i maschi è aumentato significativamente nell'ultimo anno (+14,2% rispetto al 2023).

Il comportamento a rischio più frequente tra i 18 e i 24 anni è il consumo fuori pasto, praticato nel 2023 dal 50,0% dei maschi e il 42,5% delle femmine, seguito dal binge drinking (M=18,7%; F=10,1%), infine, il 2,7% dei maschi e l'1,5% delle femmine ha consumato alcol in modalità abituale eccedentaria.

Discussione

Secondo l'OMS, i giovani sotto i 25 anni che fanno uso di alcol in modalità rischiosa rientrano tra i soggetti potenzialmente esposti a un precoce deterioramento delle funzioni cognitive, come memoria e orientamento. Questo per via dell'effetto neurotossico dell'alcol sulla corteccia prefrontale in fase di sviluppo e sull'ippocampo, dove colpisce cellule nervose altamente specializzate. I danni provocati risultano spesso irreversibili, data la limitata plasticità neuronale nell'età adulta. Si tratta di conseguenze evitabili, da prevenire attraverso strategie non rinviabili, in linea con quanto sancito dalla Risoluzione del Parlamento Europeo sulla lotta al cancro, che ha indicato chiaramente l'obiettivo "zero alcol", ovvero un'assenza totale di consumo al di sotto dell'età legale, da raggiungere in Italia come in ogni altro Paese.

Nel 2023, ben 1 milione e 260 mila giovani tra gli 11 e i 24 anni hanno fatto uso di alcolici in modalità pericolosa per la salute, di cui 615.000 erano minorenni (11-15 aa). Il fenomeno del binge drinking ha interessato 728.000

giovani, compresi 104.000 minorenni. Questi numeri mostrano con evidenza la mancanza di azioni efficaci nella riduzione dell'esposizione al rischio legato al consumo di bevande alcoliche in particolare tra i più giovani. L'OMS considera i giovani, insieme alle donne e agli anziani, come le categorie più vulnerabili agli effetti dell'alcol [3], anche a causa dell'incapacità fisiologica, fino ai 25 anni circa, di metabolizzare correttamente l'etanolo. I dati riportati indicano chiaramente che le misure messe in atto fino a oggi non hanno prodotto risultati concreti nella protezione dei giovani, specialmente dei minori. Le evidenze scientifiche spingono verso l'attuazione di programmi educativi su larga scala all'interno delle scuole [15]. Come affermato nel Libro Bianco sull'alcol "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana", a cura del Ministero della Salute, l'ambito scolastico rappresenta il contesto privilegiato per la prevenzione e la promozione della salute anche in relazione al consumo di alcol [15]. In quest'ottica, si rende necessario uniformare a livello nazionale i contenuti e gli approcci, affidandosi a professionisti della sanità pubblica. Contemporaneamente è necessario contrastare le iniziative improntate al "bere responsabile", prive di validità scientifica e spesso influenzate da interessi lontani dalla tutela della salute dei minori. Questi ultimi, infatti, non possiedono ancora gli strumenti culturali per decostruire narrazioni ingannevoli legate a presunti benefici delle bevande alcoliche [12].

È dunque fondamentale rafforzare una prevenzione che abbia nella scuola il suo fulcro, con investimenti nella formazione di tutti gli attori coinvolti, nell'educazione alla salute e nello sviluppo di life skills della popolazione target. Servono inoltre iniziative mirate all'intercettazione precoce, individuale o di gruppo, dei giovani consumatori, attraverso modalità flessibili e tempestive, in spazi non stigmatizzanti, anche digitali, che li coinvolgano attivamente nella costruzione dei percorsi di cura. Va promossa una riorganizzazione dei servizi che risponda a questi criteri [15]. È urgente avviare una strategia nazionale specificamente indirizzata ai giovani, che tenga conto anche delle differenze di genere, per raggiungere gli obiettivi fissati dalla Risoluzione del Parlamento Europeo per una strategia alcol zero e dall'OMS, che da anni definisce il contesto giovanile come alcohol-free. Tali obiettivi, purtroppo, sono stati finora trascurati dalla strategia nazionale di prevenzione e dai piani regionali, che necessitano di un immediato aggiornamento.

Conclusioni

I risultati illustrati nel presente articolo mettono in luce, in maniera inequivocabile, come il consumo di alcol tra i giovani in Italia costituisca un'emergenza di sanità pubblica crescente e come le attuali politiche preventive risultino del tutto inadeguate. I comportamenti osservati non solo espongono i giovani a rischi immediati per la salute, ma incidono negativamente anche sul loro sviluppo cognitivo ed organico a lungo termine. Numerosi studi scientifici confermano la necessità di attuare programmi di informazione e prevenzione strutturati in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, affidati a professionisti della sanità pubblica per assicurarne efficacia e impatto reale. È fondamentale, inoltre, proporre interventi che coinvolgano attivamente i giovani e che

promuovano ambienti completamente liberi dall'alcol, in linea con le linee guida dell'OMS.

Allo stesso tempo, è imprescindibile dare piena attuazione, con urgenza e senza ulteriori rinvii, a un insieme coordinato di misure, strategie e azioni dedicate alla tutela dei minori e dei giovani, orientate all'obiettivo di una strategia zero alcol, come richiesto dalla Risoluzione del Parlamento Europeo nell'ambito dell'EU Beating Cancer Plan. Tale priorità è ulteriormente rafforzata dai dati allarmanti relativi all'aumento di nuove diagnosi tumorali proprio tra le fasce giovanili, con un incremento dei casi di carcinoma mammario tra le ragazze e di tumore del colon tra i ragazzi — un fenomeno in netta controtendenza rispetto al generale calo dell'incidenza osservato nelle altre età. Solo attraverso un'azione sinergica, mirata e sistematica sarà possibile contenere e contrastare efficacemente le conseguenze sanitarie del consumo di alcol tra le nuove generazioni in Italia.

Per Corrispondenza

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. E-mail: alice.matone@iss.it

Bibliografia

1. 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.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-\(2018\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-(2018)).
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3544-43303-60695>.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2024. Geneva: WHO; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.
4. Cherpitel, Cheryl J., Yu Ye, Jason Bond, Guilherme Borges, and Maristela Monteiro. "Relative Risk of Injury from Acute Alcohol Consumption: Modeling the Dose–Response Relationship in Emergency Department Data from 18 Countries." *Addiction* 110, no. 2 (2015): 279–288. <https://doi.org/10.1111/add.12755>.
5. Biggio F, Talani G, Asuni GP, et al. Mixing energy drinks and alcohol during adolescence impairs brain function: A study of rat hippocampal plasticity. *Neuropharmacology*. Published online May 11, 2024. doi:10.1016/j.neuropharm.2024.109993.
6. Beaudet G, Valable S, Bourguin J, et al. Long-Lasting Effects of Chronic Intermittent Alcohol Exposure in Adolescent Mice on Object Recognition and Hippocampal Neuronal Activity. *Alcohol Clin Exp Res*. 2016;40(12):2591-2603. doi:10.1111/acer.13256.
7. Wooden JI, Thompson KR, Guerin SP, Nawarawong NN, Nixon K. Consequences of adolescent alcohol use on adult hippocampal neurogenesis and hippocampal integrity. *Int Rev Neurobiol*. 2021;160:281-304. doi:10.1016/bs.irn.2021.08.005.
8. 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 e del Piano Nazionale Prevenzione. Rapporto 2024*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/3).
9. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione, Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peperario 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.

10. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Vichi M, Matone A. Consumo di alcol. In: Rapporto Osservasalute 2023. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2023. <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2023>.
11. ISTAT. Glossario. In: Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà. Anno 2021. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files//2022/05/Glossario_fattori_rischio_salute_2021.pdf.
12. 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>.
13. 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.
14. Sistema Statistico Nazionale, Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. Piano di attuazione per l'anno 2024 del Programma statistico nazionale 2023-2025. Roma: ISTAT; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.sistan.it/index.php?id=688>.
15. 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 e integrato dell'alcolologia italiana". Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3274_allegato.pdf.

ALCOL E DONNE: I DATI DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO ALCOL SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol) 2025

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia.

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Riassunto

Il sistema di monitoraggio sul consumo di bevande alcoliche in Italia (SISMA) è stato ampliato nel 2024 dall'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) con l'inserimento di una sezione dedicata ai target sensibili di popolazioni: donne, giovani e anziani. Nel 2023 il sistema ha rilevato che il 9,2% delle donne di età superiore a 11 anni ha consumato alcol in modalità a rischio per la salute e il dato è rimasto pressoché stabile negli ultimi dieci anni. Circa 2 milioni e 500mila le donne che consumano in modalità a rischio per la salute e il 4,5% si è ubriacato nel corso del 2023. Tra le donne il comportamento a rischio più diffuso è il consumo di alcol fuori pasto (23,9%) che è cresciuto costantemente, aumentando del 51,3% rispetto al 2013. Tra le minorenni, infine, si evidenzia che il 13,3% è una consumatrice rischio, il 5,6% consuma alcolici fuori pasto e il 2,1% ha praticato il binge drinking, valore invariato da oltre dieci anni.

È urgente promuovere interventi di sanità pubblica nelle scuole che forniscano un'informazione corretta sulla necessità di non bere sino ai 21-25 anni per le vulnerabilità ormonali e cerebrali in un periodo di estrema importanza per lo sviluppo della donna. In linea con le raccomandazioni dell'OMS è inoltre fondamentale informare le donne sui rischi di sviluppare patologie oncologiche alcol-correlate, in particolare il tumore della mammella, il cui tasso d'incidenza è in crescita nei paesi dell'Unione Europea.

Parole chiave: Consumo di alcol, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia, donne

Abstract

The monitoring system for the consumption of alcoholic beverages in Italy (SISMA) was expanded in 2024 by the National Observatory on Alcohol (ONA) of the Istituto Superiore di Sanità (ISS) with a new section dedicated to the sensible target population: women, youth and elderly. In 2023 the system detected that 9.2% of women aged more than 11 years, consumed alcohol in a way that was at risk to their health and the prevalence has been stable in the last 10 years. Around 2 million 500 thousand women have consumed in ways that are at risk for their health, and 4.5% got drunk during 2023. Among women, the most widespread risk behaviour is consuming alcohol between meals (23.9%) whose prevalence has grown constantly, increasing by 51.3% compared to 2013. Finally, among minors it is highlighted that 13.3% are consumers and, consequently, at risk for their health; 5.6% consume alcohol between meals and 2.1% have practiced binge drinking, consolidating the hard-core, unchanged for ten years.

It is urgent to promote public health interventions in schools that provide correct information on the need to not drink until the age of 21-25 due to hormonal and cerebral vulnerabilities in a period of extreme importance for the development of women. In line with WHO recommendations, it is also essential to inform women about the risks of developing alcohol-related cancer, in particular breast cancer, whose incidence rate is increasing in European Countries.

Keyword: Alcohol consumption, monitoring, risk factors, epidemiology, women

Introduzione

L'alcol è una sostanza tossica, psicoattiva, che produce dipendenza, ed è stato classificato come una sostanza cancerogena del Gruppo 1 a più alto rischio dall'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro da molti anni [1], collegato causalmente a sette tipi di cancro, tra cui il cancro all'esofago, al fegato, al colon-retto e al seno [2]; è stato inoltre stimato che il consumo di alcol è associato a 740.000 nuovi casi di cancro nel mondo di cui 98.300 al seno [3].

Un nuovo rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): "Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders" ha evidenziato che 2,6 milioni di decessi all'anno sono attribuibili al consumo di alcol, pari al 4,7% del totale, e 0,6 milioni di decessi sono attribuibili al consumo di droghe psicoattive. In particolare, 2 milioni di decessi per alcol e 0,4 milioni di decessi per droghe hanno riguardato uomini [4]. Le cause principali di morte attribuibili all'alcol tra le femmine sono le malattie cardiovascolari (231.000 decessi), le malattie digestive (139.000 decessi) e gli infortuni non intenzionali (93.000 decessi), mentre le principali cause di malattia attribuibili all'alcol sono le lesioni involontarie (6,8 milioni di DALY), le malattie digestive (4,3 milioni di DALY) e le malattie cardiovascolari (4,0 milioni di DALY).

A livello globale, circa 400 milioni di persone, ovvero il 7% della popolazione mondiale di età pari o superiore a 15 anni, convivono con un Disturbo da Uso di Alcol (DUA) e circa 209 milioni (il 3,7% della popolazione mondiale adulta) convivono con una dipendenza da alcol, con differenze sostanziali nel numero di persone colpite nelle diverse regioni dell'OMS.

Le femmine insieme ai ragazzi e agli anziani sono i target più sensibili della popolazione all'esposizione all'alcol in quanto hanno una massa corporea inferiore rispetto ai maschi, una concentrazione minore di acqua nel corpo, una capacità di metabolizzare l'alcol inferiore a quella dei maschi e quindi, a parità di consumo, un livello di alcol nel sangue più elevato [5-6]. Sebbene la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche e di quelli a rischio e dannosi è più elevata tra i maschi rispetto alle femmine [7-9] questo divario si sta riducendo, in particolare per la popolazione giovanile [8-10]. L'alcol influisce sul corpo femminile in modo diverso rispetto a quello maschile e spesso in maniera più dannosa. Le femmine hanno maggiori probabilità degli uomini di subire effetti negativi sulla salute a lungo termine a causa del consumo di alcol per ragioni fisiologiche e psicologiche. Innanzitutto, rispetto ai maschi, le femmine hanno generalmente meno acqua corporea e una maggiore percentuale di grassi, che non assorbono l'alcol, con conseguenti livelli di concentrazione di alcol nel sangue (BAC) più elevati, anche a parità di alcol consumato; inoltre, le femmine tendono ad avere livelli più bassi di alcol deidrogenasi gastrica, l'enzima che scompone l'etanolo nei suoi metaboliti. Pertanto, i livelli di BAC aumentano più rapidamente e rimangono elevati più a lungo nelle femmine rispetto ai maschi [11]. Le femmine che consumano alcol hanno un rischio di riduzione del tessuto cerebrale, di declino delle funzioni cerebrali e di danni cerebrali maggiore rispetto ai maschi [12-13] un rischio maggiore di sviluppare malattie epatiche come epatite e cirrosi [14] e di malattie cardiache [15]. L'associazione tra tumore al seno e consumo

di alcol è ormai confermata da numerosi studi in cui si ribadisce anche che il rischio aumenta all'aumentare delle quantità di alcol ingerite, in maniera maggiore per le femmine che hanno il recettore degli estrogeni positivo [16-18]. Esiste infine tra le ragazze e le donne una forte correlazione tra consumo di alcol ed essere vittima di violenza sessuale [19] anche parte del partner o commettere atti autolesionistici. L'alcol è infine un fattore di rischio per la capacità riproduttiva delle donne in quanto può determinare problemi di infertilità e complicazioni durante la gravidanza. Il consumo di alcol in gravidanza è infatti associato a una vasta gamma di danni al feto e al bambino quali: aborto spontaneo, natimortalità, sindrome della morte improvvisa del lattante, parto pretermine, alcune malformazioni congenite, basso peso alla nascita, ritardo di sviluppo intrauterino ed una serie di disordini racchiusi dal termine "Spettro dei disordini feto-alcolici – Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)" a partire dalla manifestazione più grave, la Sindrome Feto-Alcolica (Fetal Alcohol Syndrome, FAS). È questa costituita da una serie di anomalie strutturali e di sviluppo neurologico che comportano gravi disabilità comportamentali e neuro-cognitive. Obiettivo di questo articolo è illustrare le elaborazioni dei dati dell'"Indagine multiscopo sulle famiglie- aspetti della vita quotidiana", condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) relativa all'andamento delle abitudini di consumo di alcol nelle donne italiane (ultimo anno disponibile 2023), fruibile nel sistema di monitoraggio del "SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA" come previsto dal DPCM del 3 marzo 2017 [20].

Materiale e metodi

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS (ONA-ISS) ha analizzato i dati degli ultimi dieci anni (2013-2023) relativi ai consumi e alle abitudini di consumo delle donne rilevati dell'"Indagine multiscopo sulle famiglie- aspetti della vita quotidiana", condotta ogni anno dall'ISTAT [21] e presente nel SIStema di Monitoraggio del consumo di alcol (SISMA) istituito tra i sistemi di sorveglianza con il DPCM 3/3/2017) [20]. Nel corso dell'anno 2024 è stata sviluppata all'interno del sistema di monitoraggio SISMA, una sezione aggiuntiva relativa ai target sensibili di popolazione, e sono state analizzate le prevalenze delle consumatrici di sesso femminile per classi di età, bevande maggiormente consumate nel corso dell'ultimo decennio e per le seguenti abitudini di consumo: consumo lontano dai pasti, consumo in modalità binge drinking e consumo a rischio e consumo dannoso. Il consumo a rischio è stato definito dall'ISS per identificare il consumo che è opportuno non superare per non incorrere in problemi per la salute, specifico per classe di età. È stato individuato attraverso un indicatore sintetico elaborato seguendo le raccomandazioni dell'OMS, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN), e dell'ONA [7, 21]. Per le femmine, il consumo a rischio, elaborato nel sistema di monitoraggio SISMA e utilizzato in questo articolo, è definito come un consumo superiore ad una Unità Alcolica (UA) di alcol per le donne maggiorenti, qualsiasi tipo di consumo per le minorenni e/o un consumo in modalità binge drinking (oltre sei UA in un'unica occasione) indipendentemente dall'età.

Risultati

Nel 2023, il 57,6% delle italiane di età superiore a 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, per un totale di circa 16.000.000 persone, dato rimasto pressoché stabile rispetto al 2022, nonostante sia aumentato complessivamente del 12,5% rispetto al decennio precedente (Figura 1).

Nel 2022, le bevande maggiormente consumate dalle giovani minorenni sono gli aperitivi alcolici, seguiti da vino e birra, così come nella fascia di età 18-49. Con l'avanzare dell'età si modificano anche le preferenze di consumo e, tra le donne di età superiore a 50 anni, la bevanda maggiormente consumata è il vino seguito dalla birra. Rispetto ai dieci anni precedenti (2013), si registra inoltre un incremento delle consumatrici di vino (+16,8%), birra (+23,2%), aperitivi alcolici (+54,4%), amari (+44,8%) e super alcolici (+38,7%). L'analisi per classi di età conferma l'incremento rispetto al 2013 delle consumatrici per tutte le bevande, in tutte le classi di età ad eccezione delle minorenni per le quali si osserva diminuzione che tuttavia non risulta statisticamente significativa. Nel 2023 la prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie è stata pari a 5,5%, di quelle lontano dai pasti 23,9%, delle binge drinker 4,5% e la prevalenza delle consumatrici a rischio è stata pari al 9,2% corrispondente a circa 2.500.000 persone che non si sono attenute alle raccomandazioni di sanità pubblica.

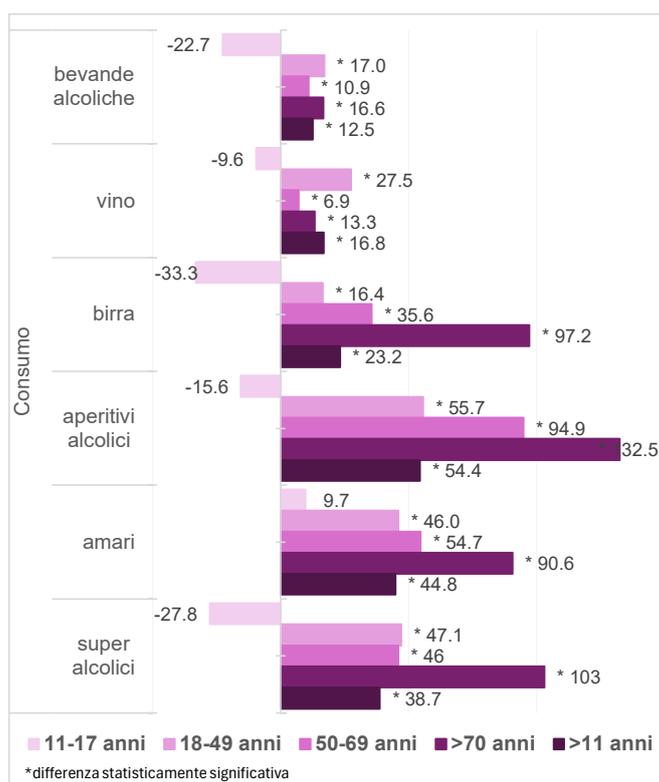


Figura 1. Variazioni (%) rilevate tra il 2021 e il 2022 della prevalenza delle consumatrici delle diverse bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio per classe di età (18-49; 50-69; 70+)

Il trend della prevalenza dei comportamenti a rischio mostra che nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza delle consumatrici di vino o alcolici fuori pasto è costantemente cresciuta (+51,3% rispetto al 2013), così come la prevalenza delle binge drinker che è aumentata in maniera pressoché costante tra il 2013 e il 2023 (+21,6% rispetto alla precedente rilevazione). La prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) ha subito delle oscillazioni nel corso degli ultimi dieci anni e non si osservano variazioni significative rispetto all'ultima rilevazione (Figura 2).

Tra le minorenni, per le quali qualsiasi tipo di consumo è da considerarsi rischioso per la salute, nel 2023 sono state circa 245.000 (13,5%) le ragazze che non si sono attenute alle indicazioni di sanità pubblica; il 5,6% delle quali ha consumato bevande lontano dai pasti e l'2,1% in modalità binge drinking. Per tutte le tipologie di comportamento a rischio considerate, non si rilevano variazioni né rispetto al 2013 né rispetto alla precedente rilevazione (Figura 3).

Il comportamento a rischio più diffuso tra le donne di 18-49 anni è il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, praticato dal 38,9% delle donne, in forte aumento negli ultimi dieci anni (+60,1% rispetto al 2013), seguito dal binge drinking (7,9%) e dal consumo abituale eccedentario (2,9%); Complessivamente si stima che il 9,9% delle donne di questa fascia di popolazione ha consumato bevande in modalità a rischio per la sua salute e si registra un incremento del 35,6% rispetto al 2013 (Figura 3). Tra le 50-69enni, il comportamento a rischio più diffuso è il consumo di bevande lontano dai pasti (19,6%), la cui prevalenza è aumentata rispetto ai dieci anni precedenti del 69,0%. Il consumo abituale eccedentario è praticato dal 5,7% delle donne ed è l'unico indicatore diminuito nel corso degli ultimi 10 anni. Il binge drinking, praticato dal 2,9% delle 50-69enni ed è aumentato nel corso degli ultimi dieci anni. Complessivamente hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute l'8,0% delle donne di 50-69 anni, valore diminuito rispetto al 2013 ma rimasto pressoché stabile nel corso degli ultimi anni (Figura 3).

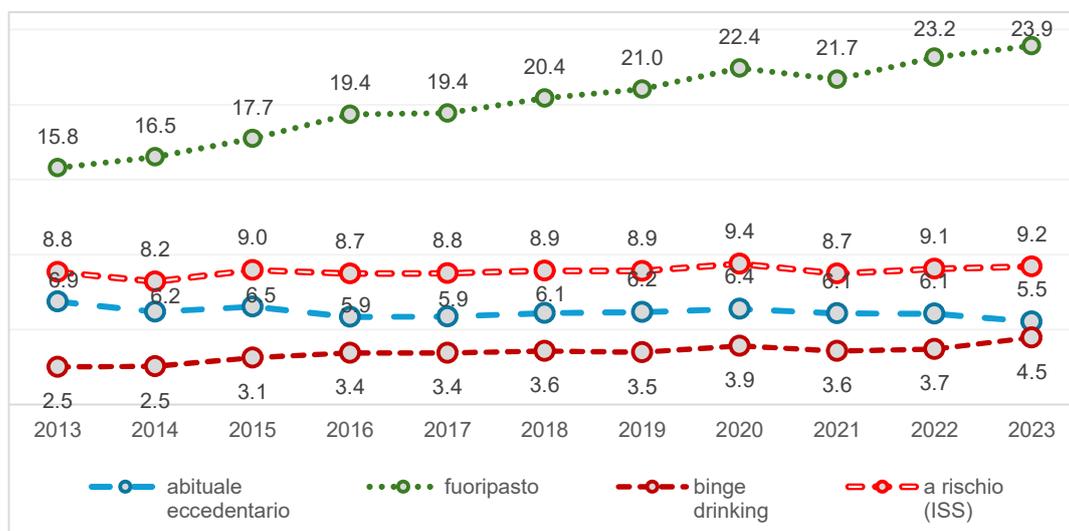


Figura 2. Prevalenze (%) delle consumatrici di sesso femminile per tipologia di comportamento a rischio, età 11+. Anni 2013-2023

I comportamenti a rischio più frequenti tra le anziane di età superiore a 70 anni sono il consumo abituale eccedentario (7,4%) e il consumo di alcol lontano dai pasti (8,1%) e per quest'ultima tipologia di consumo a rischio, la prevalenza è aumentata rispetto al 2013 sebbene il dato risulti stabile rispetto alla precedente rilevazione; solo lo 0,8% delle ultra-70enni ha praticato il binge drinking senza variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni. Nel 2023 l'8,1 delle donne anziane ultrasettantenni ha consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute e non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 3).

Discussione

Nel 2019, a livello mondiale, 2,6 milioni di decessi sono stati attribuibili al consumo di alcol, di cui 2 milioni tra gli uomini e 600,000 tra le donne. I livelli più elevati di decessi correlati all'alcol ogni 100.000 persone si osservano nelle regioni europee e africane dell'OMS, con rispettivamente 52,9 e 52,2 decessi ogni 100.000 persone. Le persone di età inferiore (20-39 anni) sono maggiormente colpite dal consumo di alcol, con la percentuale più alta (13%) di decessi attribuibili all'alcol [4]. La prevalenza di uomini che consumano bevande alcoliche è maggiore rispetto alle donne e, tra i bevitori, gli uomini bevono quantitativi di alcol maggiori delle donne; tuttavia, nel corso degli anni il divario di genere si sta riducendo, in particolare nelle fasce di popolazioni più giovani [7].

La donna presenta una minore capacità fisiologica di metabolizzare l'alcol rispetto all'uomo e di conseguenza i suoi consumi devono essere più bassi per limitare i danni sulla salute. Il consumo di 1 unità alcolica contenente dodici grammi di alcol (circa 1 bicchiere di vino, di birra di superalcolico) è compatibile con un livello a minor rischio per la salute femminile, ma è importante ricordare che non esistono comunque quantità di alcol sicure [5-6].

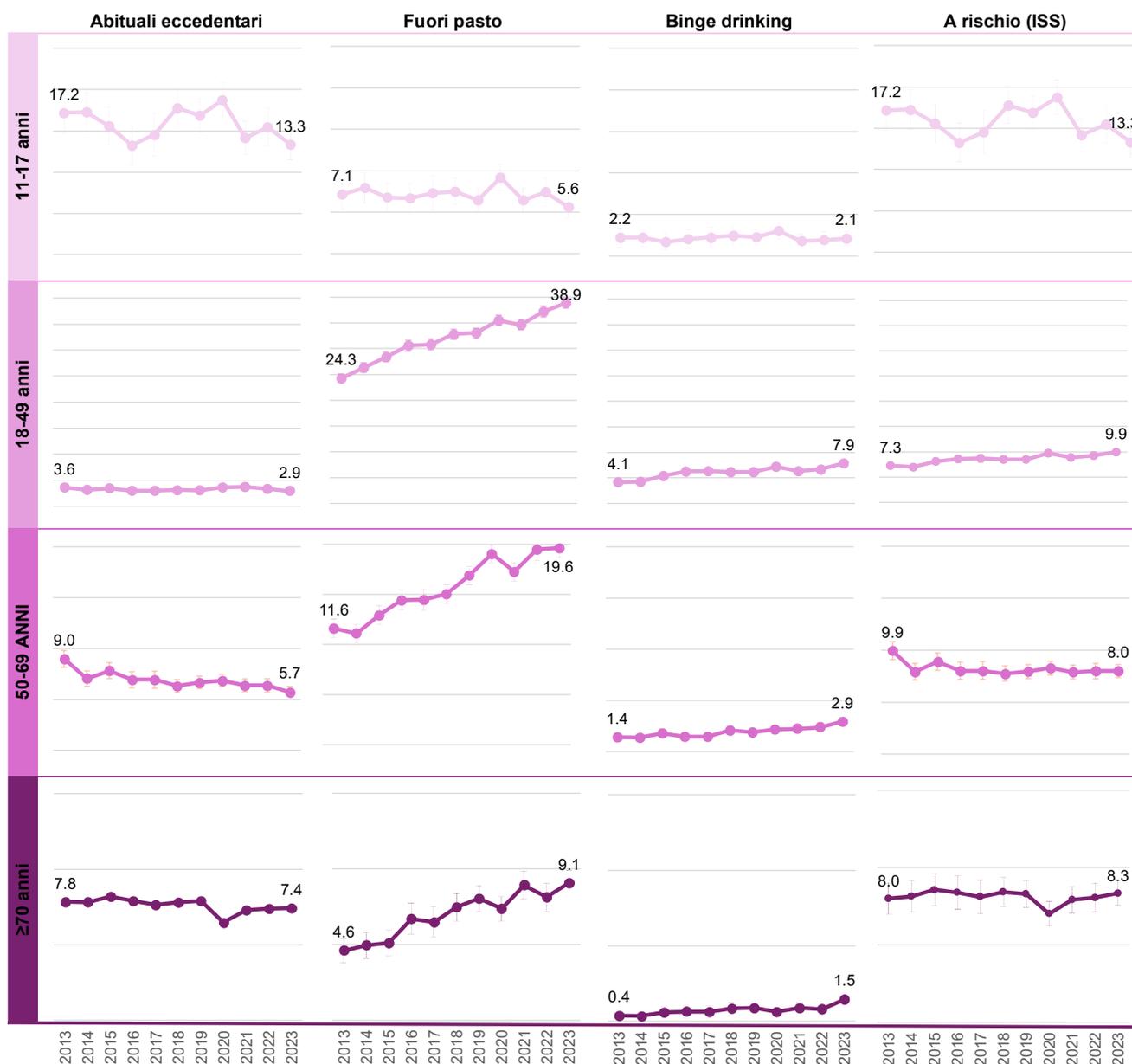


Figura 3. Prevalenze (%) delle consumatrici di sesso femminile per tipologia di comportamento a rischio, per classe di età (11-17; 18-49; 50-69; 70+). Anni 2013-2023

L’assumere alcol fuori pasto, inoltre, comportamento estremamente diffuso tra le donne ed in costante e continua crescita, è spesso associato ad altre tipologie di stili di vita a rischio come consumo episodico eccessivo di alcol (binge drinking), il fumo, una dieta non salutare e scarsa attività fisica.

La mancata differenza di genere tra le prevalenze dei consumatori di bevande tra i minorenni suggerisce la necessità di promuovere interventi di sanità pubblica che mirino ad “alcol zero”, come recentemente richiesto anche dal Parlamento Europeo nell’adozione dell’European Beating Cancer Plan [23] e più volte sollecitato dall’OMS nei documenti programmatici. I giovani ed in particolare le ragazze infatti hanno maggiori probabilità di sviluppare danni alla loro salute sia a causa del loro stesso consumo (Infezioni sessualmente trasmissibili (IST), HIV e gravidanze indesiderate, derivate da rapporti sessuali senza protezione) che a causa del consumo

di altri (esposizione ad episodi di violenza e omicidi) ed hanno anche maggiori probabilità di avere problemi sociali, scolastici e legali.

Uno degli obiettivi dichiarati nel nuovo Global alcohol action plan 2022-2030 dell'OMS [24] è rivolto a prestare particolare attenzione alla riduzione dei danni alle persone diverse dal bevitore e alle popolazioni che sono particolarmente esposte all'uso dannoso di alcol come: bambini, adolescenti, donne in età fertile, donne in gravidanza e/o che allattano o gruppi con basso status socioeconomico; per raggiungere questo obiettivo nel piano all'interno della sezione riservata ai servizi sanitari, è specificatamente richiesto di sostenere iniziative di identificazione precoce del consumo di alcol ~~in~~ tra le donne in gravidanza e in età fertile.

Conclusioni

Lo sviluppo sociale ed economico nella società ha già determinato un sostanziale aumento del consumo di alcol nelle donne secondo un modello di emancipazione che è stato già negativamente sperimentato per altri fattori di rischio come il fumo [25]. Le donne hanno un rischio maggiore e più precocemente, rispetto agli uomini, di sviluppare malattie cardiache alcol-correlate e danni cerebrali alcol-correlati; il consumo di alcol può interagire con lo sviluppo del sistema nervoso centrale durante l'adolescenza, danneggiando aree cerebrali quali l'ippocampo, fondamentali per il consolidamento della memoria e dei processi decisionali. La differenza di genere in relazione al consumo produce un livello di rischio maggiore di subire o perpetrare violenza o aggressioni, nelle ragazze e nelle donne che sono più esposte al rischio di subire violenza sessuale e violenza da parte del partner. Infine, non esiste una quantità sicura di consumo di alcol per le donne in gravidanza: Il consumo di alcol in gravidanza 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 termine "Spettro dei disordini feto-alcolici – Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)" a partire dalla manifestazione più grave, la Sindrome FetoAlcolica (Fetal Alcohol Syndrome, FAS), una serie di anomalie strutturali e di sviluppo neurologico che comportano gravi disabilità comportamentali e neuro-cognitive.

Il rischio di sviluppare un cancro non è associato al solo consumo dannoso di alcol, ma anche un consumo moderato di alcol è un fattore di rischio per queste patologie. Il rischio aumenta all'aumentare della quantità di alcol ingerita [26]. Per le donne, la problematica è ancora più rilevante in quanto diverse modalità e quantità di consumo di alcol influenzano lo sviluppo del tumore al seno ed anche indicatori precoci di rischio, quali la neoplasia mammaria benigna, l'aumento della densità mammaria, sono associati al consumo di alcol [27-28]. L'International Agency for Research on Cancer - IARC nell'aggiornamento del rapporto su alcol e cancro al seno, ha concluso che, sulla base della letteratura esistente, il consumo di alcol è una "causa probabile" per il cancro al seno in pre-menopausa e in post-menopausa e che, per un aumento medio di 10 grammi di alcol consumato al giorno, il rischio aumentava del 5% tra le donne in pre-menopausa e del 9% tra le donne in post-

menopausa [29].

Appare quindi fondamentale sottolineare l'importanza di interventi di sanità pubblica che forniscano un'informazione corretta sulla necessità astenersi dal consumo di bevande alcoliche sino ai 21-25 anni per le vulnerabilità ormonali e cerebrali in un periodo di estrema importanza per lo sviluppo della donna e sui rischi per queste ultime di sviluppare patologie alcol-correlate, maggiori rispetto ai loro coetanei.

Per Corrispondenza

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. E-mail: silvia.ghirini@iss.it

Bibliografia

1. 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>.
2. 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; 10:1033-1034.
3. 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 Aug;22(8):1071-1080. doi: 10.1016/S1470-2045(21)00279-5. PMID: 34270924; PMCID: PMC8324483.
4. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO.
5. 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: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione; 2020. p. 1015-122.
6. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione. Linee guida per una sana alimentazione. Edizione 2018. Roma: CREA; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.crea.gov.it/en/web/alimenti-enutrizione/dettaglio-servizio/-/asset_publisher/F0XeJNWBgoFK/content/crea-presenta-le-nuovelinee-guida-per-una-sana-alimentazione/20126.
7. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Manno V, 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 2024. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025. (Rapporti ISTISAN 25/5).
8. White A.M. (2020). Gender Differences in the Epidemiology of Alcohol Use and Related Harms in the United States. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(2), 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.01>
9. Peltier M.R., Verplaetse T.L., Mineur Y.S., Petrakis I.L., Cosgrove K.P., Picciotto M.R., & McKee S.A. (2019). Sex differences in stress-related alcohol use. *Neurobiology of Stress*, 10, 100149. <https://doi.org/10.1016/j.ynstr.2019.100149>.
10. Keyes KM, Jager J, Mal-Sarkar T, Patrick ME, Rutherford C, Hasin D. Is there a recent epidemic of women's drinking? a critical review of national studies. *Alcohol Clin Exp Res.* 2019;43(7):1344-1359. doi:10.1111/acer.14082.

11. McCaul ME, Roach D, Hasin DS, et al. Alcohol and women: A brief overview. *Alcohol Clin Exp Res*. 2019;43(5):774–779. doi: 10.1111/acer.13985.
12. Hommer D, Momenan R, Kaiser E, Rawlings R. Evidence for a gender-related effect of alcoholism on brain volumes. *Am J Psychiatry*. 2001 Feb;158(2):198-204. doi: 10.1176/appi.ajp.158.2.198. PMID: 11156801.
13. Hommer DW. Male and female sensitivity to alcohol-induced brain damage. *Alcohol Res Health*. 2003;27(2):181–5. PMID: 1530362.
14. Flemming JA, Djerboua M, Chapman O, Ayonrinde O, Terrault NA. Epidemiology and Outcomes of Alcohol-Associated Hepatitis in Adolescents and Young Adults. *JAMA Netw Open*. 2024;7(12):e2452459. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.52459.
15. Erol A, Karpyak V. Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and Alcohol Dependence*. 2015;156:1–13. PMID: 26371405.
16. Hamajima N, et al. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer*. 2002 Nov 18;87(11):1234-45. doi: 10.1038/sj.bjc.6600596. PMID: 12439712; PMCID: PMC2562507.
17. Allen N.E, Beral V, Casabonne D, Kan S.W, Reeves G.K, Brown A, Green J. Million Woman Study Collaborators. Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *J Natl Cancer Inst*. 2009;101(5):296–305. PMID: 19244173.
18. Seungyoun J, et al. Alcohol consumption and breast cancer risk by estrogen receptor status: in a pooled analysis of 20 studies, *International Journal of Epidemiology*, Volume 45, Issue 3, June 2016, Pages 916–928, <https://doi.org/10.1093/ije/dyv156>.
19. Gilbert L; Sarvet A.L, Wall M, Walsh K, Reardon L, Wilson P, Santelli J, Khan S, Thompson M, Hirsch J.S et al. Situational Contexts and Risk Factors Associated with Incapacitated and Nonincapacitated Sexual Assaults Among College Women. *J. Womens Health* 2019, 28, 185–193.
20. 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.
21. Istituto Nazionale di Statistica. SiquaL. Sistema informativo sulla qualità. Disponibile all'indirizzo: <http://siquaL.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0058000>.
22. 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.

23. 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.
24. World Health Organization. (2023). Global alcohol action plan 2022-2030 Action plan (2022–2030) to effectively implement the global strategy to reduce the harmful use of alcohol as a public health priority . Disponibile all'indirizzo: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/final-text-of-aap-for-layout-and-design-april-2023.pdf?sfvrsn=6c5adb25_2.
25. Simpson D. Smoking and female emancipation: when will we learn? *Tob Control*. 2004 Mar;13(1):9-10. PMID: 14985581; PMCID: PMC1747807.
26. Jun S, Park H, Kim UJ, Choi EJ, Lee HA, Park B, Lee SY, Jee SH, Park H. Cancer risk based on alcohol consumption levels: a comprehensive systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Health*. 2023;45:e2023092. doi: 10.4178/epih.e2023092. Epub 2023 Oct 16. PMID: 37905315; PMCID: PMC10867516.
27. Starek-Świechowicz B, Budziszewska B, Starek A. Alcohol and breast cancer. *Pharmacol Rep*. 2023 Feb;75(1):69-84. doi: 10.1007/s43440-022-00426-4. Epub 2022 Oct 30. PMID: 36310188; PMCID: PMC9889462.
28. Freudenheim JL. Alcohol's Effects on Breast Cancer in Women. *Alcohol Res*. 2020 Jun 18;40(2):11. doi: 10.35946/arcr.v40.2.11. PMID: 32582503; PMCID: PMC7295577.
29. Clinton SK, Giovannucci EL, Hursting SD. The World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research Third Expert Report on Diet, Nutrition, Physical Activity, and Cancer: Impact and Future Directions. *J Nutr*. 2020;150:663-671.

ALCOL E ANZIANI IN ITALIA: I DATI DEL SISTEMA DI MONITORAGGIO ALCOL SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol) 2025

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Riassunto

Nel 2023, 2.550.000 di persone sopra i 65 anni hanno consumato alcol in modo rischioso per la salute: il 30,2% degli uomini e l'8,5% delle donne consumatori di bevande alcoliche. L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera gli anziani un gruppo vulnerabile all'alcol. Con l'avanzare dell'età, infatti, il consumo può peggiorare condizioni di salute preesistenti e interagire in modo pericoloso con i farmaci. Anche una quantità moderata di alcol può comportare conseguenze gravi o fatali.

In Italia, nel 2023, l'81,2% degli uomini e il 50,2% delle donne ultra-65enni hanno consumato almeno una bevanda alcolica, con un incremento statisticamente significativo per le donne negli ultimi dieci anni. In parallelo, si è osservato un aumento del consumo di alcol lontano dai pasti, un comportamento che aumenta il rischio per la salute in entrambi i sessi.

Questi dati indicano chiaramente che le politiche sanitarie esistenti non proteggono adeguatamente le fasce più vulnerabili della popolazione.

L'articolo riassume i dati sul monitoraggio dei consumi di bevande alcoliche tra gli anziani in Italia nel 2023.

Parole chiave: Consumo di alcol, anziani, monitoraggio, fattori di rischio, epidemiologia

Abstract

In 2023, over 2.5 million people aged over 65 consumed alcohol in a way that posed their health at risk: 30.2% of men and 8.5% of women in the same age group. The World Health Organization identifies older adults as a vulnerable group to alcohol exposure: with aging, alcohol consumption can worsen existing health conditions and interact dangerously with medications. Even moderate amounts of alcohol can lead to severe or fatal consequences.

In Italy, in 2023, 81.2% of men and 50.2% of women over 65 consumed at least one alcoholic beverage, with a statistically significant increase for women over the past ten years. At the same time, an increase in alcohol consumption away from meals has been observed in both sexes, a behavior that raises health risks.

These figures clearly show that the existing health policies do not adequately protect the most vulnerable segments of the population.

This article summarizes the data on the monitoring of alcohol consumption among the elderly in Italy in 2023.

Keywords: Alcohol consumption, youth, monitoring, risk factors, epidemiology

Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) individua gli anziani come uno dei gruppi più sensibili agli effetti dell'alcol, al pari di donne e bambini. Con l'avanzare dell'età, infatti, anche un consumo contenuto di alcol può peggiorare le condizioni di salute e interagire negativamente con molti farmaci comunemente assunti. Negli individui anziani, il metabolismo dell'alcol risulta rallentato a causa della ridotta attività dell'alcol-deidrogenasi, dell'abbassamento dell'acqua corporea totale e di una funzionalità epatica meno efficiente. A ciò si sommano l'assunzione regolare di medicinali e la presenza di patologie croniche, fattori che rendono l'organismo più vulnerabile. Di conseguenza, l'alcol rimane più a lungo ~~in circolo~~ nel sangue, aumentando il rischio di effetti avversi.

Anche piccole quantità possono compromettere i riflessi, il mantenimento dell'equilibrio, e la capacità di giudizio, con un conseguente aumento del rischio di cadute e incidenti domestici. Fratture dell'anca, del braccio e altre lesioni gravi sono purtroppo eventi frequenti in questi casi [1-4]. Per queste ragioni, le nuove linee guida del CREA [5,6] raccomandano agli anziani di astenersi dal consumo di alcol oppure di limitarlo a un massimo di 12 grammi al giorno, equivalenti a una Unità Alcolica (UA): circa 330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di superalcolico, senza distinzione di genere.

In Italia nel 2023 l'81,2% dei maschi e il 50,2% delle femmine di 65 o più anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica e, mentre, l'andamento è rimasto pressoché costante per i maschi nel corso degli ultimi dieci anni, per le femmine si registra un incremento del 14,1% rispetto al 2013, sebbene non si siano registrate variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

La bevanda prevalentemente assunta in questa fascia di età rimane, come negli anni scorsi il vino, per entrambi i sessi (M: 74,7%; F: 44,0%), seguito dalla birra (M: 53,8%; F: 24,8%). Nel corso dell'ultimo decennio si registra, sia per i maschi che per le femmine, un aumento significativo nel consumo di tutti i tipi di bevande alcoliche (dato 2023 rispetto al dato 2013), a eccezione del vino per i maschi che rimane stabile. Non si evidenziano variazioni significative rispetto al 2022.

Le prevalenze dei comportamenti a rischio rimangono invariate rispetto al 2022 sia per i maschi che per le femmine e, come tutti gli anni, le prevalenze dei comportamenti a rischio nei maschi sono significativamente superiori rispetto alle femmine. Per i maschi i comportamenti a rischio più praticati sono il consumo abituale eccedentario (M=28,3%) e il consumo fuori pasto (M=29,3%). Per le femmine il comportamento a rischio più diffuso è il consumo fuori pasto, praticato dal 9,9% delle ultra-65enni, e il consumo abituale eccedentario (7,4%). Il 4,4% dei maschi e l'1,6% delle femmine ha praticato il *binge drinking* nel 2023.

Per quanto riguarda l'andamento negli ultimi 10 anni si osserva, fra i maschi, un calo del 25,3% nei consumatori abituali eccedentari e un aumento del 24,7% nei consumatori fuori pasto (rispetto al 2013) mentre, per le femmine, c'è stato un aumento sia nelle consumatrici fuori pasto (+76,8%), sia nelle *binge drinker* (+300,0%). In totale gli over 65 che nel 2023 hanno tenuto un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei

criteri ISS sono stati il 30,2%, dei maschi e l'8,5% delle femmine pari a quasi 2.550.000 persone.

Per analizzare i diversi comportamenti adottati da questa fascia di popolazione e le diverse abitudini di consumo sono stati presi in esame separatamente i dati relativi ai 'giovani anziani' [7-16] che rappresentano, nel 2023, l'11,7% della popolazione italiana, agli 'anziani' veri e propri [17-26], che ne rappresentano l'8,5%, e ai 'grandi anziani' (85 e oltre) che ne rappresentano il 3,8% [27].

Materiale e metodi

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS (ONA-ISS) ha analizzato i dati relativi al 2023. L'indagine utilizzata per il monitoraggio dei consumi di alcol nella popolazione (previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA - SISTEMA di Monitoraggio Alcol del DPCM del 3 marzo 2017) [28] è l'"Indagine multiscopo sulle famiglie-aspetti della vita quotidiana", condotta ogni anno dall'ISTAT [29].

Risultati

Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

In Italia la popolazione media anziana di 65-74 anni nel 2023 era pari all'11,3% della popolazione maschile e al 12,1% di quella femminile [27]. I consumatori in questa fascia d'età sono stati l'83,5% dei maschi e il 54,3% delle femmine, queste ultime in aumento del 12,0% rispetto al 2013.

La bevanda più consumata continua a essere il vino, sia per i maschi (75,1%) che per le femmine (46,4%). Rispetto al 2013 la prevalenza dei consumatori di vino tra i maschi è calata del 4,8%. La birra è stata consumata dal 61,2% dei giovani anziani e dal 32,3% delle loro coetanee; per entrambi i sessi si mantiene il trend in crescita, osservato nell'ultimo decennio, della prevalenza dei consumatori e delle consumatrici di questa bevanda (M=+26,2%, F=+69,1% rispetto al 2013) sebbene non si osservino variazioni significative rispetto al 2022. La prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici nel 2023 è stata del 34,8% tra i maschi e del 16,1% tra le femmine, e si evidenzia ancora un forte andamento in crescita nell'ultimo decennio (M=+38,1%, F=+123,6% rispetto al 2013). Gli amari sono stati consumati dal 39,1% dei maschi e dal 14,5% delle femmine; per i maschi si conferma l'andamento in crescita della prevalenza dei consumatori di questa bevanda (+24,9% rispetto al 2013). I superalcolici, infine, sono stati consumati dal 31,4% dei maschi e dal 9,6% delle femmine in questa fascia di età e, anche in questo caso, il consumo nei maschi è aumentato nel corso degli ultimi 10 anni (+14,6% rispetto al 2013). Le prevalenze di consumatori delle bevande considerate sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne.

Per tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto al 2022 né tra i maschi, né tra le femmine. Nel 2023 il consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche è stato del 28,6% tra i maschi e del 7,6% tra le femmine, mentre la prevalenza del consumo fuori pasto è stata del 33,3% e dell'11,6%, rispettivamente. Il *binge drinking* si mantiene il comportamento a rischio meno

frequente tra gli anziani, che è tuttavia pari al 5,7% per i maschi e all'1,5% per le femmine (vedi Figura 1).



Figura 1. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso (età 65-74 anni) Anni 2013-2023
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le differenze nei comportamenti rispetto all'ultimo anno non sono statisticamente significative, ma si confermano gli andamenti evidenziati nell'ultimo decennio: rispetto al 2013 calano i consumatori abituali eccedentari (M=-30,4%, F=-26,9%) e aumentano invece i consumatori fuori pasto (M=16,8%, F=61,1%) e le femmine *binge drinker* (+200,0%).

Sono circa 1.350.000 i giovani anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute secondo i criteri ISS, ovvero il 31,2% dei maschi, l'8,5% delle femmine. Nel corso degli ultimi dieci anni si rileva una costante riduzione della prevalenza dei consumatori a rischio per i soli maschi (-25,9% rispetto al 2013) (Figura 2).

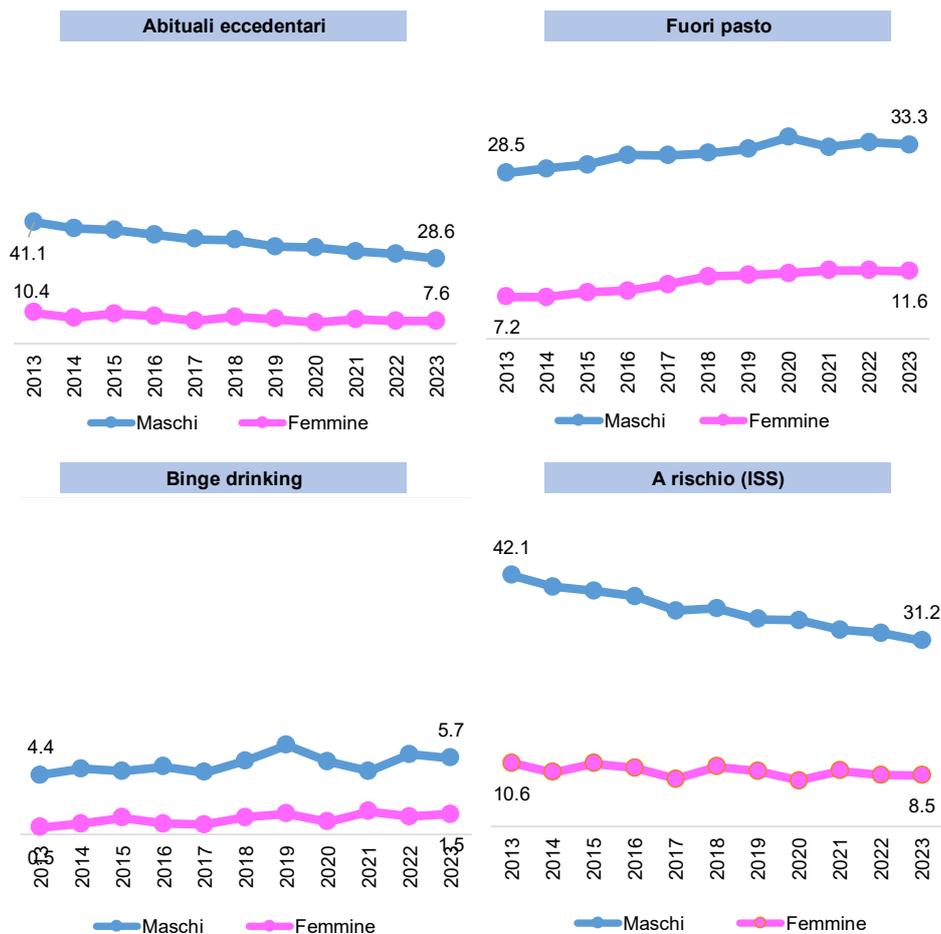


Figura 2. Prevalenze (%) di consumatori per tipologia di comportamento a rischio, per sesso (età 65-74 anni) Anni 2013-2023

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

Consumatori anziani (75-84 anni)

In Italia la popolazione anziana di 75-84 anni nel 2023 era pari al 7,6% della popolazione maschile italiana e al 9,4% di quella femminile [27].

Nel 2023 i consumatori in questa fascia d'età sono stati l'81,1% dei maschi e il 48,3% delle femmine e per entrambi si osserva, rispetto al 2013, un incremento rispettivamente del 7,4% e del 18,4%, ma non si osserva nessuna variazione rispetto al 2022 (Figura 3).

La bevanda alcolica più consumata in questa fascia di popolazione, come per le altre fasce di anziani, è il vino, che nel 2023 è stato bevuto dal 76,2% dei maschi e dal 42,6% delle femmine. La birra è la seconda bevanda consumata dagli anziani 75-84enni ed è stata bevuta dal 49,7% dei maschi e dal 21,0% delle femmine. Gli aperitivi alcolici sono stati consumati dal 24,1% dei maschi e dal 9,1% delle femmine e gli amari dal 32,4% dei maschi e dal 9,9% delle femmine. I superalcolici sono stati consumati dal 24,5% dei maschi 65-74enni e dal 6,2% delle loro coetanee.

Sebbene nessuno dei dati sopra elencati sia variato rispetto alla precedente rilevazione, si può osservare (Figura 3) che il trend negli ultimi dieci anni sia in costante aumento e le variazioni nelle prevalenze tra il 2023 e il

2013, a eccezione del vino nei maschi, sono tutte significative: vino tra le femmine, + 12,7%, birra +59,8% (M), e +105,9% (F), aperitivi alcolici +75,9% (M) e +145,9% (F), amari +63,6% (M) e +110,6% (F), super alcolici +76,3% (M) e +121,4% (F). Per tutte le bevande considerate il consumo tra gli uomini è sempre superiore alle donne (Figura 3).

Il principale comportamento a rischio nei maschi (75-84 anni) nel 2023 è il consumo abituale eccedentario (29,2%), in diminuzione rispetto al 2013 del 16,3%, e il consumo lontano dai pasti (26,5%), che risulta invece aumentato negli ultimi dieci anni del 41,0% (Figura 4).



Figura 3. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso (età 75-84 anni) Anni 2013-2023

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

La prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie è stata nel 2023 del 7,5%, quella delle consumatrici fuori pasto dell'8,3% per le quali si conferma il trend in crescita rispetto al 2013 (+76,6%), nonostante la differenza non risulti significativa rispetto all'anno precedente. Gli anziani di 75-84 anni che nel 2023 hanno praticato il *binge drinking* sono il 3,0% dei maschi e l'1,8% delle femmine, queste ultime in aumento del 50,0% rispetto al 2013. In totale si stima che nel 2023 sono stati circa 900.000 gli anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la salute, il 30,6% dei maschi e l'8,8% delle femmine (Figura 4).

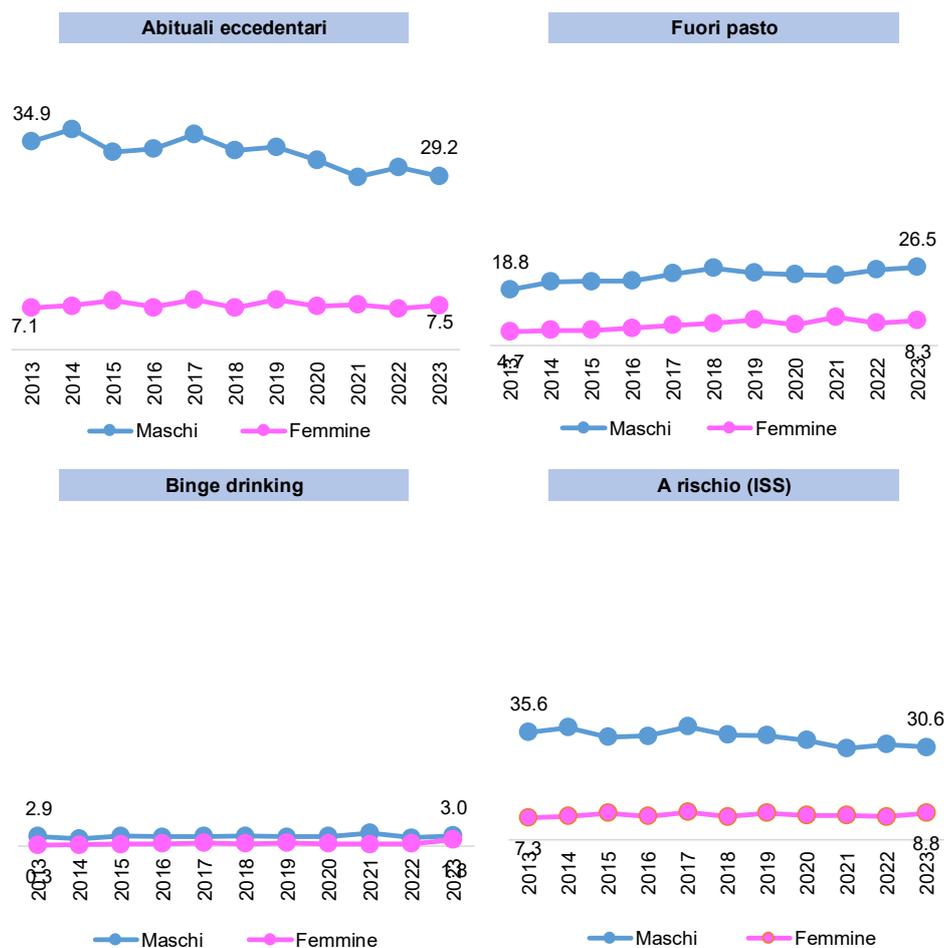


Figura 4. Prevalenze (%) di consumatori per tipologia di comportamento a rischio, per sesso (età 75-84 anni) Anni 2013-2023

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

Consumatori grandi anziani (≥ 85 anni)

In Italia la popolazione media di età superiore a 84 anni nel 2023 è il 2,7% della popolazione maschile italiana e al 4,9% di quella femminile [27].

La prevalenza dei “grandi anziani” che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2023 è stata del 71,4% per i maschi e del 43,2% per le femmine, senza variazioni significative né rispetto al 2022 né rispetto al 2013 (Figura 5).

Nel 2023 la bevanda più consumata per entrambi i sessi è sempre il vino, bevuto dal 68,3% dei maschi e dal 40,6% delle femmine ultra 85enni, in entrambi i casi senza variazioni di rilievo né rispetto al 2013 né rispetto al 2022. La birra è stata consumata dal 33,2% dei maschi e dal 12,6% delle femmine. Sebbene le differenze con l'ultimo anno non siano statisticamente significative, l'analisi del trend registrato nel corso degli ultimi dieci anni mostra che per entrambi i sessi il dato è aumentato, del 78,5% tra i maschi e dell'88,1% tra le femmine.

Hanno consumato amari il 22,3% degli anziani maschi (+85,8% rispetto al 2013) e il 7,1% delle loro coetanee, e superalcolici il 13,5% dei maschi (+101,5% rispetto al 2013) e il 5,1% delle femmine (+96,2% rispetto al

2013). Infine, gli aperitivi alcolici sono stati bevuti dal 12,0% dei maschi e dal 5,0% delle femmine ultra 85enni. Le percentuali di consumatori delle bevande considerate sono significativamente più elevate tra gli uomini (vedi Figura 5).



Figura 5. Prevalenze (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso (età ≥85 anni) Anni 2013-2023

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

Nel corso del 2023 il 24,4% dei maschi e il 6,9% delle femmine ha consumato bevande alcoliche in modalità abituale eccedentaria e, rispettivamente, il 19,8% e l'8,9% ha consumato bevande alcoliche lontano dai pasti. Analizzando il trend dell'ultimo decennio dei consumatori fuori pasto di conferma l'aumento già osservato lo scorso anno rispetto all'ultimo decennio, dell'86,8% per i maschi e del 178,1% per le femmine. Infine, ha consumato alcol in modalità *binge drinking* il 2,4% dei maschi e l'1,4% delle femmine, in aumento queste ultime del 74,5% rispetto al 2022 (Figura 6).

In totale si stima che nell'anno 2023 sono stati quasi 300.000 gli ultra 85enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS e non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto ai precedenti anni (Figura 6).

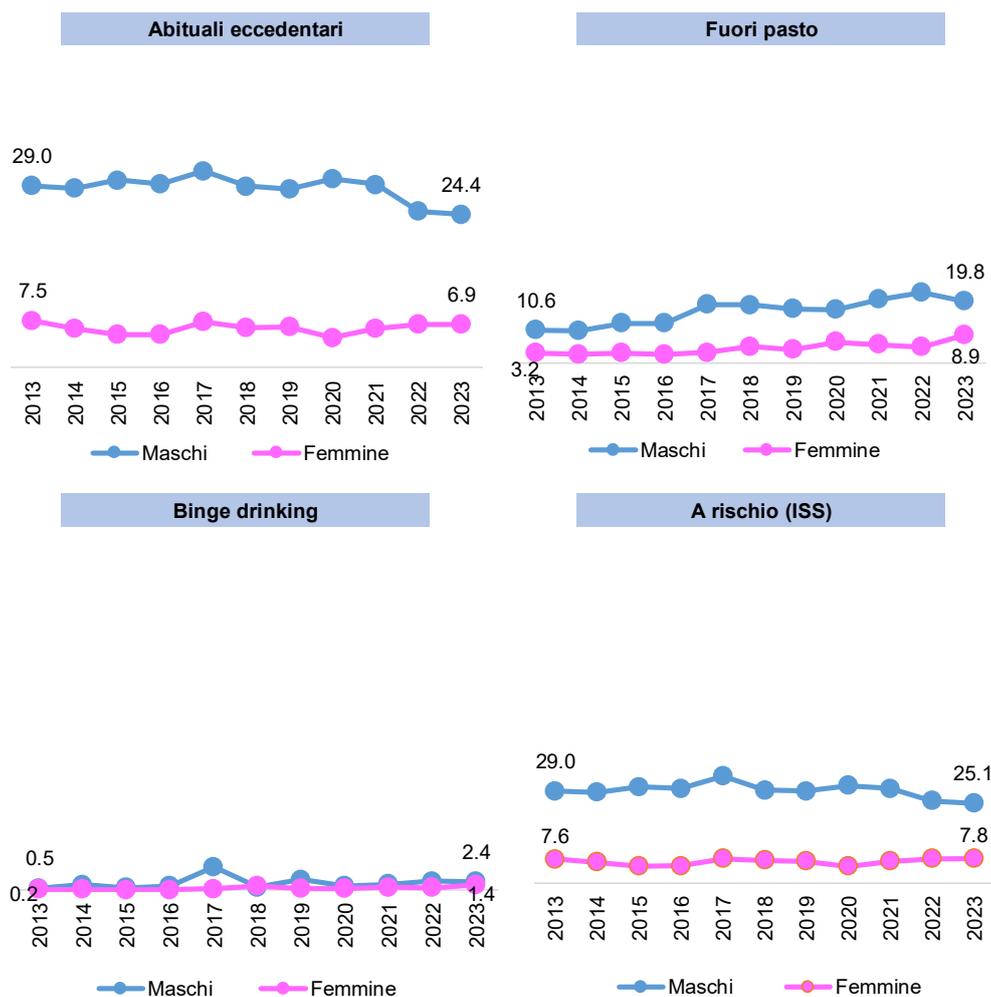


Figura 6. Prevalenze (%) di consumatori per tipologia di comportamento a rischio, per sesso (età ≥85 anni) Anni 2013-2023

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

Discussione

Il nostro Paese, al pari di molti altri in Europa, sta attraversando un rapido processo di invecchiamento demografico, e l'Italia è il Paese con l'età mediana più elevata dell'Unione Europea [30]: gli anziani costituiscono una fetta significativa della popolazione e il loro benessere ha un impatto diretto sulla stabilità economica e sociale. Tuttavia, il tema del consumo alcolico in età avanzata rimane ancora poco affrontato nei dibattiti pubblici e, soprattutto, scarsamente rappresentato nelle strategie di prevenzione della salute pubblica [31].

In Italia, il consumo di alcol tra la popolazione anziana rappresenta una questione sempre più rilevante, sia dal punto di vista sanitario che sociale. Le stime più recenti indicano che oltre 2,5 milioni di persone con più di 65 anni assumono alcol in modalità potenzialmente pericolose per la salute. Questo dato sottolinea da un lato la fragilità fisica associata all'età avanzata, e dall'altro la carenza di interventi mirati a livello nazionale ed europeo. Dal punto di vista fisiologico, l'organismo degli anziani risponde in modo diverso all'alcol rispetto a

quello dei più giovani: la riduzione dell'attività dell'alcol-deidrogenasi – l'enzima che metabolizza l'etanolo – provoca una permanenza più lunga dell'alcol nel sangue. Questo fenomeno espone gli anziani a un rischio più elevato di cadute, incidenti domestici, e interazioni farmacologiche potenzialmente fatali. A questi rischi si aggiungono quelli legati alle malattie croniche [32]. L'OMS ricorda infatti che il consumo di alcol è uno dei principali fattori di rischio per patologie gravi come malattie cardiovascolari, tumori, malattie epatiche e disturbi neurodegenerativi, tutte condizioni con un'incidenza elevata proprio nella fascia di popolazione più anziana [33].

I dati raccolti dall'ONA-ISS nel 2023 forniscono un quadro allarmante: l'81,2% degli uomini e il 50,2% delle donne sopra i 65 anni ha dichiarato di aver consumato almeno una bevanda alcolica. Ancora più preoccupante è il fatto che, nel caso delle donne, si è registrato un aumento significativo negli ultimi dieci anni. Si osserva anche un incremento del consumo lontano dai pasti, un comportamento che comporta maggiori rischi per la salute rispetto al consumo associato ai pasti.

Nonostante la gravità del fenomeno, le politiche italiane per il contenimento del consumo di alcol sono tuttora incentrate prevalentemente su giovani e adulti in età lavorativa, con una quasi totale assenza di misure pensate per la popolazione anziana. Questa lacuna è stata segnalata anche dall'OMS, che esorta i Paesi membri a sviluppare strategie dedicate agli over 65, una fascia considerata ad alta vulnerabilità e spesso dimenticata nei programmi di prevenzione [34].

Inoltre, è ormai noto nella comunità scientifica che non esiste una soglia sicura di consumo di alcol: ogni quantità, anche minima, può aumentare il rischio di insorgenza di malattie, specialmente nelle persone anziane. Di conseguenza, la raccomandazione più prudente è quella di evitare del tutto l'alcol, o quanto meno ridurlo drasticamente l'assunzione [8].

Il consumo eccessivo di alcol nella terza età comporta anche importanti ripercussioni sul sistema sanitario, contribuendo ad aumentare il numero di ricoveri ospedalieri, il ricorso a terapie croniche e la necessità di assistenza a lungo termine, con un conseguente aggravio dei costi pubblici [35].

Alla luce di tutto ciò, emerge con chiarezza quanto sia urgente adottare un approccio multifattoriale e integrato: sensibilizzazione mirata alle persone anziane (attraverso canali e linguaggi adatti alla loro età), formazione specifica per gli operatori sanitari e costruzione di reti territoriali di sostegno. Solo in questo modo sarà possibile affrontare in modo efficace un problema che, se trascurato, rischia di compromettere la salute e la qualità della vita di una parte sempre più ampia della popolazione.

Conclusioni

Il consumo di alcol tra gli anziani rappresenta una sfida crescente e ancora poco considerata nelle politiche sanitarie italiane. L'assenza di interventi specifici espone una fascia di popolazione particolarmente vulnerabile a rischi significativi per la salute, aggravati dall'età e dalla presenza di patologie croniche. Alla luce delle indicazioni dell'OMS, che afferma l'assenza di una soglia sicura di consumo, è fondamentale promuovere

l'astensione o la riduzione drastica dell'alcol nella terza età. Servono strategie mirate, campagne di sensibilizzazione efficaci e formazione degli operatori sanitari, per prevenire danni e migliorare la qualità della vita degli anziani. Investire in dati aggiornati, linee guida specifiche e collaborazioni tra istituzioni e comunità locali può fare la differenza. Proteggere il benessere degli anziani deve diventare una priorità reale, in una società che voglia essere davvero inclusiva e responsabile.

Per Corrispondenza

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. E-mail: alice.matone@iss.it

Bibliografia

1. 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.
2. Rigler SK. Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*. 2000;61(6):1710-6.
3. 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.
4. Riuttanen A, Jäntti 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>.
5. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione (CREA), Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peparai 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.
6. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018*. Roma: CREA; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.crea.gov.it/en/web/alimenti-e-nutrizione/dettaglio-servizio/-/asset_publisher/F0XeJNWBgoFK/content/crea-presenta-le-nuove-linee-guida-per-una-sana-alimentazione/20126.
7. Zhao J, Stockwell T, Naimi T, Churchill S, Clay J, Sherk A. Association between daily alcohol intake and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analyses. *JAMA Netw Open*. 2023;6(3):e236185. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.6185.
8. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet*. 2018;392(10152):987-88.
9. Ghirini, A. Matone, C. Gandin, M. Vichi, E. Scafato. Consumo di alcol. In: *Rapporto Osservasalute 2023. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore; 2023. p. 26-31 Disponibile all'indirizzo: <https://osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2023>.
10. Topiwala A, Ebmeier KP, Maullin-Sapey T, Nichols TE. 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>.
11. 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/imgs/C_17_pubblicazioni_3059_allegato.pdf.
12. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Rehm J, Poznyak V, Macdonald S, et al. Emergency room collaborative alcohol analysis project (ERCAAP) and the WHO collaborative study on alcohol and injuries. Multi-level analysis

- of alcohol-related injury among emergency department patients: a cross-national study. *Addiction* 2005;100(12):1840-50.
13. Istituto Nazionale di Statistica. Glossario. In: *Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà*. Anno 2021. Roma: ISTAT; 2022. Disponibile all'indirizzo:
https://www.istat.it/it/files//2022/05/Glossario_fattori_rischio_salute_2021.pdf.
 14. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Jul;31(7):1208-17. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x.
 15. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 2002;37(6):591-6. doi: 10.1093/alcalc/37.6.591. PMID: 12414553.
 16. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Understanding binge drinking*. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2021. Disponibile all'indirizzo:
https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Binge_Drinking_3.pdf.
 17. Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res*. 2018;39(1):87-96.
 18. 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.
 19. 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)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. Disponibile all'indirizzo:
[https://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](https://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).
 20. 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*. Copenhagen: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo:
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346532/WHO-EURO-2019-3574-43333-60793-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 21. DSM-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
 22. 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.
23. Babor T, et al. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
24. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e 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.
25. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Piano Nazionale Prevenzione-PNP. 2020-2025. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf.
26. Ministero della Salute. I Piani Regionali della Prevenzione 2020-2025. Roma: Ministero della Salute; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/Default.aspx?ReturnUrl=%2f>
27. Istituto Nazionale di Statistica. Demografia in cifre. Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2023. Roma: ISTAT; 2025. Disponibile all'indirizzo:
<https://demo.istat.it/app/?l=it&a=2023&i=POS>.
28. 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.
29. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. Piano di attuazione per l'anno 2024 del Programma statistico nazionale 2023-2025. Roma: ISTAT; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.sistan.it/index.php?id=688>.
30. Eurostat. Statistics explained. Population structure and ageing. February 2025. Disponibile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing.
31. Tschorn, M., Schulze, S., Förstner, B. R., Holmberg, C., Spallek, J., Heinz, A., & Rapp, M. A. (2023). Predictors and prevalence of hazardous alcohol use in middle-late to late adulthood in Europe. *Aging & mental health*, 27(5), 1001–1010. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2076208>.
32. Meier, P., & Seitz, H. K. (2008). Age, alcohol metabolism and liver disease. *Current opinion in clinical nutrition and metabolic care*, 11(1), 21–26. <https://doi.org/10.1097/MCO.0b013e3282f30564>.
33. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.
34. World Health Organization. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: WHO, 2010.

Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>. 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>

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>.

LA PREVENZIONE DEI RISCHI E DEI DANNI ALCOL-CORRELATI IN ITALIA: LE INDICAZIONI DELL'ALCOHOL PREVENTION DAY 2025 PER RINNOVATE POLITICHE

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Claudia Gandin, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia

Silvia Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Alice Matone, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), l'alcol è una delle principali cause di morte, responsabile di quasi 800.000 decessi all'anno, oltre 30.000 solo in Italia, in gran parte dovuti a malattie non trasmissibili come malattie cardiovascolari e cancro. L'implementazione di politiche alcolologiche basate sulle evidenze è fondamentale per salvaguardare la salute pubblica e ridurre la pressione dei danni alcol-correlati sui sistemi sanitari e sulle comunità [1].

Il monitoraggio annuale, effettuato ai sensi del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 [2] dal sistema formale SISMA dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) e i dati che verranno acquisiti dalla Relazione annuale del Ministro della salute al Parlamento ai sensi della Legge 125/2001, di prossima pubblicazione, fanno emergere luci e ombre rispetto al raggiungimento degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite (Sustainable Development Goal – SDG), in particolare, la riduzione dei consumi pro-capite, del consumo dannoso e della mortalità alcol-attribuibile. A tal riguardo, secondo l'OMS, il consumo di alcol nella Regione Europea e nel mondo ha un impatto negativo su 13 di 17 SDG e su un totale di 52 obiettivi presenti in tutte e tre le dimensioni dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite (economica, sociale e ambientale), influenzando una serie di indicatori relativi alla salute che riguardano anche la salute dei bambini, le malattie infettive (in particolare HIV, epatiti virali e tubercolosi), le principali malattie non trasmissibili, la salute mentale, l'incidentalità stradale, nonché un'ampia gamma di indicatori relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza [3]. Il solo fatto che tra i SDG sia incluso un obiettivo specifico che riguarda l'uso dannoso di alcol, l'SDG 3.5 “rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol” dimostra il ruolo chiave dell'alcol nell'agenda di sviluppo globale e la necessità di supportare azioni di contrasto al consumo. In particolare, l'obiettivo SDG 3.5 si concentra specificamente sulla riduzione dell'uso dannoso di alcol, che è identificato come uno dei fattori chiave di rischio per la salute globale. L'impatto negativo del consumo di alcol si manifesta attraverso l'aumento della morbilità e mortalità dovuta a malattie non trasmissibili, come le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie epatiche e i disturbi neuropsichiatrici, e attraverso l'incremento degli incidenti stradali, della violenza e delle lesioni autoinflitte [4]. Secondo il recente

rapporto delle Nazioni Unite sui SDG del 2024 [5], per quanto riguarda il raggiungimento dell'SDG 3.5, nonostante sia stato riscontrato un moderato processo solo quote marginali di persone con disturbi legati all'alcol, con una copertura che va dallo 0,3% a un massimo del 14% nei diversi Paesi che hanno fornito i dati. Considerando che circa 283 milioni di persone, ovvero il 5% della popolazione adulta, convive con disturbi dovuti al consumo di alcol, centinaia di milioni di persone restano senza le cure necessarie.

Per quanto riguarda l'Italia, lo scenario attuale indica che tanto l'obiettivo globale intermedio del 2025 (la riduzione del 10% dei consumi dannosi e del consumo pro-capite di alcol), quanto quello finale (del 20%), fissato dai SDG, non saranno raggiunti a livello nazionale entro il 2030 [3, 5-6]. È evidente che il raggiungimento di questo obiettivo richiederà impegno politico, forte advocacy e mobilitazione delle risorse per la rigorosa attuazione del Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030 [7], con particolare attenzione alle misure politiche ad alto impatto indicate dalla Risoluzione sul contrasto delle malattie croniche non trasmissibili, quanto quella della Nazioni Unite sullo sviluppo sostenibile [6, 8-10].

Il mancato raggiungimento dei SDG, quali quelli attesi dal Piano Nazionale di Prevenzione [11], delinea una disuguaglianza tra le più rilevanti nel settore della tutela della salute mentale, un vulnus ai principi di equità e adeguatezza degli interventi di cura miranti a contrastare uno stigma esacerbato dalla mancata individuazione dei pazienti a rischio e conseguente mancato accesso agli interventi erogabili dalle strutture del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che non raggiungono persone altamente vulnerabili in legittima attesa di un offerta di prestazioni per la cura e la riabilitazione dei disturbi da uso di alcol e l'alcoldipendenza, rappresentando le condizioni di salute mentale meno trattate in Italia.

Una persistente, erronea cultura di prevalenza della logica economica rispetto a quella di prevenzione ha interferito, secondo l'OMS, nel corso degli ultimi anni, alla produzione di adeguate politiche di prevenzione dei rischi e dei danni causati dall'uso di alcol. Il mercato segnala che la diffusione di fake news nel corso della pandemia COVID-19 ha peraltro creato disaffezione in vasti strati di consumatori, che hanno ormai un'aumentata capacità di reperire informazioni sull'evidenza scientifica e maturato una maggiore attenzione allo stato di salute. Questi hanno ritenuto opportuno scegliere di spostarsi da una bevanda alcolica all'altra, di recente anche verso bevande a zero alcol o a bassa gradazione, anche in funzione della marcata e fuorviante diffusione di disinformazione nel merito di possibili effetti positivi dell'alcol sulla salute e di implausibili vantaggi salutistici del bere moderato che tutte le linee guida stanno ricalibrando verso i più bassi livelli possibili di consumo per la consolidata evidenza dell'assenza di livelli di consumo sicuri per la salute, in particolare rispetto al rischio di cancro [12].

L'adozione di adeguate politiche sull'alcol, ricomprendenti dell'approccio di promozione della salute auspicato dall'OMS [7] e dalle Risoluzioni del Parlamento Europeo per la lotta al cancro [12], è l'elemento inderogabile della promozione di attese strategie e di rinnovati piani nazionali ispirati alle strategie globali ed europee, miranti a mitigare il peso o il carico della cattiva salute, delle cronicità e disabilità alcol-attribuibili. L'Italia, alla luce

dei dati del monitoraggio epidemiologico SISMA, appare ben distante dal raggiungimento atteso dai SDG che chiedevano entro il 2025 la riduzione del 10% dei consumi dannosi e del consumo pro-capite di alcol riconoscendo il diritto di tutti gli individui, integrati nei sistemi e influenzati dal loro ambiente di vita, a scelte comportamentali informate favorevoli a una sostanziale riduzione dei comportamenti individuali rischiosi e dannosi, e di conseguenza, partecipanti al conseguimento di migliori risultati sanitari e sociali e di riduzione dei costi dell'alcol.

Nonostante le sollecitazioni dell'OMS ad un'accelerazione nelle misure di contrasto al consumo dannoso di alcol e le richiamate evidenze di urgenza e necessità di politiche di salute pubblica di prevenzione alcol-correlata, con azioni incisive ispirate al rispetto degli impegni presi per l'Agenda 2030 attraverso gli SDG, l'Italia vede ulteriormente crescere, anziché diminuire, i consumi medi. Sia prendendo come riferimento il 2010 che il 2016 come linee di base per la verifica della riduzione del consumo, l'Italia vede crescere il consumo. La stima nazionale del consumo medio annuale pro-capite totale (registrato + non registrato) ha superato nel 2020 la quota di 8 litri pro-capite di alcol puro con un incremento del 6,6% del consumo che ha aumentato, quindi, di 0,5 litri pro-capite il valore di 7,6 litri pro-capite del 2016 (ancor di più rispetto ai livelli di 7,2 litri del 2010) in oggettiva ulteriore controtendenza rispetto all'attesa riduzione del 10% da registrare entro il 2025. Anche la stima del consumo italiano medio annuale pro-capite, solo quello registrato, appare inserita in un canale di crescita per l'Italia e di sostanziale stabilità per i Paesi UE a testimoniare il disimpegno nell'adozione di politiche di prevenzione di salute pubblica o l'inefficacia delle strategie, dei piani, delle misure adottate. La stima più recente, anticipata dalla WHO nel corso di riunioni tecniche governative e prossime alla pubblicazione, è di circa 7,5 litri pro-capite di alcol puro stimato nel 2020, con un incremento del 4,2% circa, che ha aumentato di 0,3 litri pro-capite il valore di 7,2 litri pro-capite del 2016 (ancor di più rispetto ai livelli del 2010 di 7 litri pro-capite di alcol puro). La distribuzione di tali più elevati consumi si riflette inevitabilmente sulle quantità di alcol puro consumato dai soli bevitori, raggiungendo (secondo le più recenti stime anticipate del 2020, in corso di validazione), i 13,6 litri per i maschi e i 4,7 litri tra le femmine.

L'Italia si colloca, per gli incrementi registrati, nel gruppo delle Nazioni che hanno fatto registrare i più elevati livelli di aumento del consumo di alcol tra il 2016 e il 2019, esattamente al secondo posto di questo ranking, preceduta solo dalla Lettonia e seguita da Slovacchia, Bulgaria, Polonia, Romania e Repubblica Ceca connotandosi, quindi, per profilo, sicuramente fuori dalle Nazioni "mediterranee" che invece hanno fatto registrare le attese diminuzioni (come Spagna, Portogallo, Francia, Grecia). Un'evidenza che deve far riflettere sull'assenza di politiche mirate al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile e sulle ragioni che non hanno favorito l'attesa realizzazione di adeguate politiche di prevenzione, la cui mancanza ha fatto aumentare il livello di rischio e di danno di più elevati consumi nella popolazione.

Decenni di sforzi precedenti sono stati nei fatti mortificati evidenziando livelli ancora più preoccupanti in termini di salute pubblica della platea dei consumatori nelle fasce più vulnerabili della popolazione (minori,

anziani, donne).

Pur nella più bassa prevalenza di uso dannoso e di DUA rispetto alla gran parte delle nazioni EU, l'Italia si caratterizza per quanto di seguito riportato:

- **Tendenza globale all'inarrestabile aumento dei consumi fuori pasto** (in particolare al femminile) e **diminuzione dei consumi giornalieri in presenza di una contestuale e più elevata quota media di consumatori *binge drinker* concentrati nel fine settimana**. In definitiva, il rilievo, da un lato, di un ininterrotto incremento costante dei consumatori e delle consumatrici fuori pasto, di qualunque bevanda alcolica, con il 23,9% della popolazione femminile (in particolare femmine 18-44enni, in età fertile e produttiva, notoriamente più vulnerabili ad ogni età agli effetti nocivi dell'alcol), e il 41,3% della popolazione maschile con picchi tra i 18-64enni, dall'altro, la sostanziale riduzione dei consumatori giornalieri (come verificato per il 29% dei maschi e l'11% delle femmine), che testimonia come il nuovo paradigma di concentrazione di consumi solo in alcune giornate della settimana, sia un modello distante da quello mediterraneo che è ora più evidente anche tra gli anziani di entrambi i sessi.
- **Incremento costante e ininterrotto da dieci anni della prevalenza delle consumatrici di tutte le bevande alcoliche (57,6%)**, in particolare vino, birra, aperitivi, quest'ultimi ~~quelli~~ per i quali si registrano i più ampi incrementi, ma anche dei consumatori maschi, con una evidente riduzione delle astemie, e una serie decennale testimone dell'invarianza di frequenza dei consumatori e degli astemi di sesso maschile immersi in una fissità che identifica uno zoccolo duro del 77,5% per i maschi consumatori, mai scalfita da alcuna azione mirata al cambiamento di esposizione al rischio alcol, del 21,7% per gli astemi.
- **Ripresa dell'incremento della mortalità totalmente attribuibile lì dove era attesa una riduzione, registrata soprattutto per le classi di età produttive per entrambi i sessi.**
- **Preoccupante quota di minorenni di entrambi i sessi (11-17enni) che consumano alcolici di qualunque tipo**, lì dove non si dovrebbero registrare consumatori, con evidente aumento decennale di consumatrici 18-24enni di tutte le bevande alcoliche significativamente incrementato, in media, per aperitivi alcolici, vino e amari.
- **Sostanziale invarianza decennale di tutti gli indicatori di rischio tra i 18-24enni di entrambi i sessi, a testimonianza di una costante assenza di attesi interventi efficaci di prevenzione** di genere messi in atto attraverso politiche di riduzione della pressione al bere nei luoghi di aggregazione e da parte del *marketing* incontrollato digitale sui *social*.
- **Sostanziale invarianza nelle frequenze registrate di consumatori e consumatrici a rischio (21,2% e 9,2% rispettivamente) e il costante rilievo del binge drinking (11,3% tra i maschi, il 4,5% tra le femmine)** inserito da anni in un evidente canale di crescita con particolare rilevanza per i 18-44enni di entrambi i sessi.
- **Frustrante stabilità decennale dei consumatori dannosi**, quelli con danno d'organo già in atto, **nei fatti pazienti in necessità di un trattamento** per il DSM-5 [1] (1,91% maschi, 1,16% femmine) **che le strutture**

del SSN non erogano per mancata identificazione nel 92% circa dei consumatori.

- **Sempre più articolata e vasta platea di popolazione esposta al rischio, al danno e all’impatto dell’uso di alcol** che attraverso il SISMA [2], l’ONA-ISS indica come target prioritari da raggiungere attraverso interventi specifici di prevenzione universale e ad alto rischio riguardanti:
 - 4,7 milioni di consumatori “non mediterranei” eccedenti quotidianamente le linee guida (3 milioni e 200mila maschi, 1 milione e 500mila femmine)
 - 8 milioni di consumatori a rischio (5 milioni e 500mila maschi, 2 milioni e 500mila femmine) tra i quali 615mila minorenni e 2 milioni e 550mila ultra65enni.
 - 4 milioni e 130mila binge drinker, che bevono in un’unica occasione più di 6 bicchieri di bevanda alcolica per ubriacarsi (2 milioni e 900mila maschi; 1 milione e 230mila femmine), con picchi tra i 18-24enni e i 25-44enni.
 - 780mila consumatori dannosi in necessità di trattamento per Disturbo da Uso di Alcol (DUA; 470mila maschi, 310mila femmine) di cui oltre il 90% non è intercettato da alcun professionista sanitario e/o dalle strutture deputate dell’SSN.
 - 62.886 alcoldipendenti in carico ai servizi (dato del 2022 in corso di aggiornamento da parte del Ministero della Salute), costantemente in calo per mancata intercettazione, in definitiva solo il 7,8% dei 780mila consumatori dannosi osservati.

Il consumo di alcol è e resta una delle principali sfide per la salute pubblica nel mondo, contribuendo ogni anno alla perdita di milioni di vite e di anni di vita corretti per disabilità (DALY). Nella Regione Europea della WHO le conseguenze sanitarie e sociali del consumo di alcol sono significative, spaziando dalle malattie croniche e il cancro a danni sociali, costi economici e disuguaglianze sanitarie. La WHO, in collaborazione con i suoi Stati membri, sostiene da tempo politiche ben strutturate sull’alcol, come quelle relative ai prezzi, al marketing, alla disponibilità, che possono ridurre i danni alcol-correlati e migliorare i risultati in materia di salute pubblica. Molti Paesi hanno dimostrato di avere successo in questo senso, ma c’è ancora tanto da fare per estendere questi benefici, in particolare per proteggere le popolazioni vulnerabili, come i giovani e i gruppi svantaggiati socioeconomicamente, che sono colpiti in modo sproporzionato dagli effetti negativi dell’alcol.

Secondo l’“Alcohol Policy Playbook” della WHO [14], l’uso di alcol e il suo onere associato rappresentano una sfida significativa per la salute pubblica, che richiede una risposta globale coordinata. I decisori politici impegnati nella salvaguardia della salute pubblica devono basare le loro decisioni su solide evidenze di salute pubblica quando affrontano i danni correlati all’alcol. Nel corso degli anni, gli sforzi in salute pubblica hanno incontrato una notevole resistenza, spesso alimentata da fuorvianti argomentazioni industriali progettate per proteggere i profitti piuttosto che le persone. Tuttavia, il potere delle evidenze scientifiche si è dimostrato indispensabile per respingere queste tattiche e promuovere politiche di prevenzione. Le evidenze della ricerca sulla salute pubblica mostrano, che l’alcol è dannoso per tutti, che non fa bene alla salute, che può causare il

cancro e che non è redditizio per i governi.

Per proteggere e promuovere la salute pubblica, è fondamentale dunque che le decisioni politiche siano guidate dalle **risposte sviluppate dalla comunità** della salute pubblica e focalizzate sul miglioramento dei risultati sanitari.

La chiave d'intervento principale per la programmazione della prevenzione in Italia è richiamata anche dal Libro Bianco sull'alcol del Ministero della Salute [15], un'azione incisiva e ancora disattesa, orientata a attuare, senza interferenze da parte dell'industria, le misure contenute nel Piano d'azione globale sull'alcol della WHO [7].

Il Piano di Prevenzione è risultato carente per gran parte degli obiettivi specifici [11] e non a caso la II Conferenza nazionale Alcol del Ministero della Salute aveva indicato con sufficiente assertività l'urgenza di colmare i gap della prevenzione già identificati da anni nel merito della prevenzione per i giovani, indicando come prioritari gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l'aggancio precoce dei giovani vulnerabili, della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e strutturazione delle reti curanti, dell'adozione di una formazione obbligatoria mirata all'Intervento Breve (IPB), di un intervento deciso nel merito del rafforzamento dell'approccio di comunità con reperimento e dotazione di risorse da recuperare anche attraverso la tassazione dell'alcol e la creazione di fondi di scopo a favore della salute, della ricerca, della prevenzione come priorità per la salute pubblica anche considerato che le recenti dinamiche sul finanziamento della prevenzione delle dipendenze appaiono oggettivamente distanti dall'effettivo fabbisogno che riguarda tutte le dipendenze patologiche e risulta da verificare se l'alcol possa rientrare tra queste.

Nei fatti la legge di bilancio 2025 (Legge 207/2024 del 30 dicembre 2024), entrata in vigore il 1° gennaio 2025, contiene alcune importanti misure per le politiche contro la droga e le altre dipendenze [16]. L'art. 1, comma 240, della legge ha istituito il Fondo nazionale per la prevenzione, il monitoraggio e il contrasto del diffondersi delle dipendenze comportamentali tra le giovani generazioni, prevedendo una dotazione finanziaria di 500.000 euro dal 2025. L'obiettivo del nuovo fondo sarà sostenere interventi finalizzati alla prevenzione, al monitoraggio e al contrasto del diffondersi delle dipendenze comportamentali tra le giovani generazioni. Nel testo non si fa cenno all'alcol, ma è stato già osservato che la dotazione oggettivamente esigua possa difficilmente sostenere fattivamente la prevenzione di tutte le dipendenze comportamentali tra i giovani e ricomprendere anche l'alcol. Con l'art. 1, comma 367, della legge, nello stato di previsione del Ministero della Salute, è istituito il Fondo per le dipendenze patologiche con 94 milioni di euro all'anno a partire dal 2025. Una quota pari all'1,5% di tali risorse viene trasferita annualmente al Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) per la realizzazione di attività di analisi e monitoraggio del fenomeno delle dipendenze patologiche da parte dell'Osservatorio nazionale permanente sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze che è istituito presso lo stesso Dipartimento e che assorbe i compiti dell'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave che viene soppresso.

La restante parte del Fondo per le dipendenze patologiche è ripartita tra le Regioni sulla base di criteri determinati con decreto del Ministero della Salute, da emanare entro 60 giorni dall'entrata in vigore della legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome. Il 30% del Fondo è utilizzabile per l'assunzione a tempo indeterminato di personale dei ruoli sanitario e sociosanitario da destinare ai servizi pubblici per le dipendenze per le prestazioni concernenti l'attuazione dei piani regionali di prevenzione, una quota pari al 34,25% è destinata alla realizzazione dei piani regionali sul gioco d'azzardo patologico e la restante quota del 34,25% dovrà essere utilizzata per la realizzazione di piani regionali sulle dipendenze patologiche. Emerge, da tale panoramica, l'esigenza di poter attivare nuove forme di finanziamento che possono essere derivate da tasse di scopo sui prodotti alcolici come avviene in altre nazioni in cui una quota predefinita degli introiti statali viene regolarmente destinata annualmente alla realizzazione di interventi di prevenzione e di riabilitazione da parte delle istituzioni e degli enti del terzo settore in grado di contribuire seriamente al contrasto delle tendenze che da decenni non mostrano battute d'arresto nella riduzione dei rischi e dei danni che l'uso di alcol impone alla società in Italia. Ciò per tentare di porre rimedio a un fenomeno sociale causa di sostanziali problemi individuali e familiari in tanti aspetti della convivenza sociale, sempre più frequenti e impattanti sulla salute individuale e sulla collettività.

Anche il confronto con le indicazioni emergenti dalla letteratura scientifica internazionale non ha spronato la proposta di attivazione di un fondo nazionale di prevenzione sull'alcol e sono ancora in attesa di feedback operativi le indicazioni della Conferenza Nazionale Alcol, le raccomandazioni del Libro Bianco del Ministero della Salute prodotte al termine del mandato del tavolo tecnico sull'alcol neppure più riattivato, tutte evenienze che sembrano qualificare, purtroppo, l'alcol come obiettivo negletto delle prevenzioni che richiederebbe un tavolo di coordinamento interistituzionale per poter rilanciare un necessario, tuttora insufficiente, approccio di tutela della salute della popolazione.

Riconoscere che i fattori di rischio delle malattie non trasmissibili, tra cui l'alcol, incidono su altri ambiti della salute globale, come la salute mentale, la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti, le malattie infettive e altro ancora è un imperativo categorico richiamato a più livelli da tutte le istituzioni sia sanitarie che di sviluppo sostenibile rispetto alle diseconomie generate dalle dipendenze in cui lo Stato ha responsabilità di compensazione dei danni generati da fattori di rischio e di consumo dai quali derivano introiti che non devolvono alcuna quota in prevenzione, come avviene in gran parte delle nazioni.

I danni causati dall'alcol dovrebbero essere esplicitamente collegati alla copertura sanitaria universale e agli SDG, compresi quelli oltre l'SDG 3, ovvero l'obiettivo della salute per tutti.

Passare alla prevenzione e alla promozione della salute dando priorità alle strategie di prevenzione rispetto agli approcci di riduzione del danno, e di autoregolamentazione favoriti dalle industrie che danneggiano la salute, è il nuovo paradigma da adottare e supportare. I governi, secondo l'OMS, dovrebbero impegnarsi a adottare strategie globali di sanità pubblica e mai affidarsi alle promesse volontarie dell'industria ampiamente disattese

nell'esperienza ultratrentennale oggetto di monitoraggio.

Il linguaggio della prevenzione deve eliminare ambiguità e derubricare il concetto imperfetto e obsoleto di “uso dannoso di alcol”, poiché l'evidenza scientifica dimostra che tale terminologia travisa la questione fondamentale: il consumo di alcol è di per sé un importante fattore di rischio per le malattie non trasmissibili di cui non esiste una quantità sicura da consumare per cui l'attenzione, come ribadita da decenni, dovrebbe spostarsi sulla riduzione del consumo complessivo di alcol, dei danni e dei costi, nonché sui benefici delle soluzioni politiche sull'alcol a livello di popolazione.

La Regione Europea dell'OMS ha dimostrato che quattro settori, tra cui l'alcol, sono responsabili di 19 milioni di decessi all'anno in qualità di determinanti commerciali della salute, prove che dovrebbero essere utilizzate per raggiungere standard più elevati per la regolamentazione delle industrie dannose per la salute e per ridurre l'influenza dell'industria nell'elaborazione delle politiche sanitarie pubbliche e globali.

L'uso di alcol e, a maggior ragione, il suo consumo dannoso, sono importanti e seri problemi di salute pubblica, l'uso di bevande alcoliche hanno un impatto sulle persone e sulle società in modi sempre più complessi. È noto che esiste una relazione causale tra il consumo di alcol e una serie di disturbi mentali e comportamentali, tra cui la dipendenza da alcol, le malattie del fegato, alcuni tipi di cancro, le malattie cardiovascolari, nonché lesioni derivanti da violenza e incidenti stradali. Inoltre, esiste una relazione causale tra il consumo di alcol e l'incidenza di malattie infettive come la tubercolosi e la polmonite, nonché il decorso dell'HIV/AIDS. Oltre a ciò, il consumo di alcol crea notevoli conseguenze negative sociali e di salute anche per le persone diverse dal bevitore. Le stime attuali sulle malattie legate all'alcol rivelano che in Italia, come in Europa e nel mondo, il consumo di alcol è un fattore causale per oltre 200 malattie oltre che per condizioni accidentali. Al di là delle conseguenze sulla salute, il consumo di alcol comporta significative perdite sociali ed economiche per gli individui e la società in generale, specialmente per quelle realtà sviluppate, come quella italiana, con una situazione di mercato ben definita e un numero rilevante di occupati in età produttiva che, alla luce dei dati italiani, risultano sostanzialmente gravati dall'elevata prevalenza di consumatori rischiosi e dannosi di alcol con conseguente perdita di produttività e incidenza sul Prodotto Interno Lordo (PIL) che l'OECD indica per l'Italia come perdita di 0,68 punti percentuali l'anno, e l'aumento di 23 euro l'anno della tasse di ciascun contribuente per compensare la riduzione del PIL e contenere il debito pubblico.

Il consumo dannoso di alcol è un importante problema di salute pubblica e ha un impatto sulle persone e sulle società in molti modi; per Italia l'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) stima che il consumo di 1 bicchiere e mezzo di alcol al giorno, quello che potrebbe definirsi in qualche modo “moderato”, riduce di 7 mesi la speranza di vita, generando lo 0,7% di costi della spesa sanitaria [17].

Intuitivo che quantità maggiori, quali quelle oltre i limiti stabiliti dalle linee guida nutrizionali italiane, consumate da 8 milioni di italiani e di italiane peggiorano ulteriormente la speranza di vita media e i costi sanitari e sociali da sostenere che usualmente superano persino la quota annuale della legge di bilancio

impattando negativamente e riducendo la ricchezza della nazione rappresentando, insieme ai costi per fumo e gioco d'azzardo, solo per citare le dipendenze più comuni in cui lo Stato ha una responsabilità ben delineata di necessaria tutela dal rischio derivante, una diseconomia sostenuta da interessi di profitto esclusivamente commerciale i cui ricavi, in termini di tassazione adottata, non provvedono a finanziare debitamente la prevenzione dei rischi e dei danni causati nella popolazione.

È dimostrato dall'OMS e dall'OCSE che investendo 1 euro in prevenzione si producono 16 euro di risparmi di salute; investire in un anno 1,7 euro pro-capite di soldi pubblici in prevenzione, eventualmente derivati da più adeguati livelli di tassazione o da più idonee politiche dei prezzi degli alcolici, fa ridurre di 197 milioni l'anno i costi sanitari causati dall'uso di alcol (sottolineando uso, e non uso rischioso o dannoso), generando 17.400 posti di lavoro (al contrario di quanto reclamato dal settore della produzione che la tassazione porterebbe perdite nei livelli occupazionali) e riduce di 1,7 milioni i casi di incidentalità alcol-correlata e complessivamente quelli legati alle numerose malattie croniche causate dall'alcol per il cui uso non esistono livelli sicuri o quantità raccomandabili [17].

Le stime attuali sulle malattie legate all'alcol rivelano solo in parte l'impatto del consumo di alcol in Italia essendo prevalentemente rappresentative del carico totalmente e direttamente alcol-attribuibile e non riportando, come dovrebbero, quello ben più elevato del carico parzialmente attribuibile.

Al di là delle conseguenze sulla salute, il consumo dannoso di alcol comporta significative perdite sociali ed economiche per gli individui e la società in generale ed è dimostrato che nelle realtà più deprivate, con minore ricchezza economica i rischi di morbilità e mortalità sono più elevati per litro di alcol puro consumato rispetto ai contesti a reddito più elevato. Tutto ciò definisce una situazione di estrema disuguaglianza che in Italia trova evidenze ancora più rilevanti considerato che, ad esempio, i bambini che vivono in povertà economica, educativa e digitale, fattori di rischio per la salute e per l'alcol in particolare, sono, secondo il rapporto di Eurochild, il 29,7% degli oltre 9,8 di bambini italiani [18]. Salute mentale, suicidi, incidenti tra i bambini, gli adolescenti, i giovani sono burning issues di cui le istituzioni non prevedono adeguate risposte qualitative e quantitative se è vero che, ad esempio, l'apprezzabile offerta del "bonus psicologo" ha visto una domanda che supera di gran lunga l'offerta già insufficiente a garantire cure che prendono anni per aumentare la consapevolezza sull'importanza dell'età, del genere e dei determinanti sociali di salute nell'affrontare i danni legati all'alcol, purché si integrino a questa offerta di supporto un approccio generale di prevenzione di popolazione, valorizzando e usando l'evidenza prodotta dalla ricerca scientifica e condividendo buone pratiche ed esempi di come le comunità in Europa e nel mondo stanno affrontando questi problemi provvedendo ad assicurare indicazioni che dovrebbero anche in Italia rappresentare il faro per rinnovate politiche di prevenzione di salute pubblica [18].

Ridurre la disponibilità, l'accessibilità economica e l'accettabilità dell'alcol, sfruttare e incoraggiare l'effetto del ruolo del genere femminile, ad esempio, nella diminuzione del consumo di alcol tra i giovani, regolamentare

il marketing digitale dell'alcol che si rivolge ai minori, alle donne, favorire un'informazione valida e corretta contrastando le fake news del settore della produzione e di quanti le supportano e le diffondono (smontando le attribuzioni del marketing alla mascolinità e alla potenza legati al bere, e quelli alla seduzione al femminile o all'emancipazione delle donne legate al bere) favorirebbe la riduzione delle disuguaglianze strutturali di genere e di altri determinanti sociali della salute, ridurrebbe l'accesso all'alcol nei contesti aziendali e sociali in cui le "norme" sociali (la firma di un contratto, gli incontri di lavoro o di favorevole negoziazione tra manager accompagnati dal brindisi) interagiscono con la corretta percezione e il consumo di alcol da parte di maschi e femmine, che a loro volta influiscono sui danni sociali e sulla salute legati all'alcol.

Nonostante queste problematiche, il potenziale impatto dell'età e del genere sulle politiche di controllo dell'alcol a livello di popolazione è stato ampiamente ignorato e costantemente sminuito dalla disseminazione di disinformazione che l'OMS ha evidenziato in tutti i documenti mirati alla prevenzione.

Data la portata e l'entità dei problemi di salute pubblica legati all'alcol, ma oramai anche alla crescente contestuale comorbilità derivante dall'uso di droghe e dai comportamenti di dipendenza, sussiste la necessità di politiche rinnovate tese ad offrire una piattaforma vitale per rafforzare la prevenzione e accelerare i nostri progressi nell'affrontare problemi che incidono profondamente sulla salute e sul benessere delle persone oltre che rappresentare costi miliardari fatti ricadere impropriamente solo sulla comunità, per pura convenienza economica e per il profitto di vasti settori della produzione i cui guadagni – inclusi quelli che lo Stato ricava dalle tasse – non trovano quote d'investimento a copertura dei danni causati dall'alcol e non sono fatti oggetto di richiami a politiche di responsabilità sociale d'impresa, a tassazioni di scopo per creazione di un fondo per i danni da alcol o al cosiddetto minimum price che ha dimostrato di poter ridurre in un solo anno di applicazione ospedalizzazioni, decessi, costi sanitari e sociali della società liberando risorse che possono essere reinvestite in salute, benessere, servizi e sviluppo della società [19].

Una sostanziale attesa di attivazione di una serie di misure, iniziative, azioni disponibili e che sono indispensabili per la realizzazione di nuove strategie e nuovi piani nazionali e regionali.

Contestualmente all'incremento della prevalenza dei disturbi da gioco d'azzardo, a quello delle dipendenze comportamentali oltre a quelle da fumo e in particolare da alcol, si è consolidato in tutta Italia, in particolare nell'era post-COVID-19, un parallelo impoverimento di risorse e personale dei Servizi territoriali nei Dipartimenti per le dipendenze e in quelli di salute mentale e di mancanza di interventi strutturali e funzionali evidenziata dalle carenze rilevate dalle Regioni nella Delibera del Consiglio dei Ministri del 21 aprile 2022 (delibera nota come DM 71 sostitutiva dell'intesa della Conferenza Stato-regioni, relativa allo schema di decreto del Ministro della salute, concernente il regolamento recante «Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale») e nel Decreto del Ministero della Salute 77 (DM 77) per la riorganizzazione dell'assistenza sanitaria territoriale e solo parzialmente riconsiderata da interventi successivi ritenuti ancora insufficienti a garantire omogeneità delle cure sul territorio nazionale, come richiesto dai

richiami della Corte dei Conti.

In presenza di un panorama d'interventi regionali e locali disomogenei, privi di linee guida comuni di riferimento e di protocolli validati per l'intervento e il case management l'ISS, per le sue competenze, ha coordinato attraverso il Sistema Nazionale Linee Guida, la predisposizione di linee guida sui DUA rese disponibili per l'SSN e collaborato nel Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione in materia di Dipendenze istituito presso il Ministero della Salute, alla predisposizione degli interventi relativi all'IPIB inclusivi dell'aspetto formativo per le professioni sanitarie fatto oggetto di un Azione Centrale specifica (IPIB-DIALCOM) finanziata dal Ministero della Salute proposta e svolta dall'ONA-ISS attraverso corsi di formazione specifica secondo lo standard della WHO non trascurando l'aspetto di tutela dei minori, dei giovani e delle donne che l'accordo di collaborazione SISMA DG ha svolto nell'ottica di fornire un sistema più accurato il cui standard si pone come ulteriore servizio e arricchisce il patrimonio informativo su dati e tendenze di genere e di età da porgere ai decisori politici per le indispensabili azioni di prevenzione consequenziali.

Si afferma in continuazione che i giovani richiedono tutela; l'ambiente in cui i giovani vivono, imparano e giocano influenza in modo significativo le loro decisioni sul consumo di alcol. I fattori ambientali sono i principali fattori di rischio che guidano il consumo di alcol e i danni correlati tra i giovani. Gli ambienti che normalizzano il consumo di alcol includono contesti con pubblicità e marketing non regolamentati di bevande alcoliche, maggiore densità di punti vendita di alcol, prodotti progettati per facilitare l'accessibilità e prezzi bassi delle bevande alcoliche. Tutto ciò è sotto gli occhi di tutti e nulla fa presagire che happy hours, drink as much as you can, open bar, pub's crawl possano trovare nel breve, medio o lungo termine una regolamentazione rigorosa considerato che tutte le modalità di consumo sottese sono intossicanti per definizione, incoraggianti un'intossicazione incontrollata, anzi, assicurata e favorita.

È dimostrato che esistono interazioni complesse e bidirezionali tra accettabilità, disponibilità e accessibilità economica dell'alcol e su come creano e perpetuano ambienti definibili "alcogenici" poco o per nulla compatibili con la salutogenesi di cui i giovani e meno giovani dovrebbero essere parte centrale, supportata e determinante nella lotta all'incidentalità stradale, ai suicidi, alle violenze, alle malattie cronico degenerative, all'obesità, al cancro.

Dati recenti indicano per l'Italia un aumento della mortalità rispetto ai livelli di dieci anni fa e stimano la riduzione del cancro alcol-correlato tranne che per i giovani 25-49enni sia maschi che femmine; parte di quest'effetto in controtendenza, oltre ad abitudini alimentari e sovrappeso/obesità, è la risultante dell'effetto di più prolungata esposizione rispetto al passato al bere delle generazioni più giovani che hanno avuto più tempo e modalità non contrastate di uso in periodi di massima vulnerabilità per i quali si è fatto ritenere che l'uso anche moderato potesse essere privo di rischio per il cancro.

L'International Agency for Research on Cancer (IARC) rileva la crescita esponenziale di donne affette da cancro

del seno causato per il 42% di tutti i tumori da alcol dall'uso moderato, inferiore ai due bicchieri al giorno [20]. Le responsabilità di chi tutela la salute pubblica e non attua rigorose politiche di salute pubblica sull'alcol, di qualunque tipo si tratti, sono state evidenziate dal Forum Economico delle Nazioni Unite che ha denunciato come l'interferenza dell'industria ha ostacolato il raggiungimento degli obiettivi sostenibili di sviluppo e di salute accrescendo la mortalità, in Italia salita dai 17.000 agli oltre 20.000 decessi, aumentando, nei fatti, l'incremento di patologie causate dall'uso di alcol in età precoce ed i costi sociali e sanitari che, ad esempio, in Francia, realtà di produzione vitivinicola e di alcolici molto simile all'Italia, abbiamo già detto stimati in 102 miliardi di euro l'anno.

Ed è proprio in Francia che l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale, l'Istituto Nazionale di Sanità e Ricerca Medica) ha chiesto al Governo di migliorare le normative sulla politica sull'alcol e gli esperti di sanità pubblica hanno ribadito la necessità di una migliore regolamentazione della pubblicità sugli alcolici, compresa la pubblicità online, con maggiore trasparenza, controllo e sorveglianza [21]. L'INSERM ha raccomandato, inoltre, l'implementazione di un prezzo minimo unitario o l'aumento delle tasse sull'alcol per ridurre l'accessibilità economica dei prodotti alcolici raccomandando che la tassazione sull'alcol venga riscossa per grammo di alcol puro. Intensificare i messaggi sulla prevenzione dell'alcol è un elemento fondamentale e negletto della prevenzione in Italia.

Gli esperti sottolineano in tutto il mondo la necessità di intensificare i messaggi di prevenzione dell'alcol, in particolare per le donne e i giovani. Per i bambini, le abilità psicosociali devono essere sviluppate fin dalla scuola elementare o media, così come indicato nel Libro Bianco sull'Alcol del Ministero della Salute le cui indicazioni e raccomandazioni non hanno ricevuto implementazione da parte dei decisori politici, pur nella consapevolezza che educare, informare, sensibilizzare i minori consentirà loro di resistere meglio alla pressione sociale, di rifiutare il pericolo e di diventare consapevoli delle trappole del marketing [15].

In gran parte delle azioni europee, il richiamo al valore della sobrietà è sostanziato in termini di sfida individuale, di challenge, lanciata anche sui social, canale preferenziale per i più giovani a sottolineare e valorizzare anche l'astensione dal bere, l'importanza delle sfide senza alcol, come un mese "secco" (dry January, ad esempio), mezzo efficace per la prevenzione che sottolinea un'evidenza verificata da chi lo mette in atto: astenersi dall'alcol per un mese ha effetti duraturi sulla riduzione e sull'abbandono del consumo di alcol. A sua volta, ciò aumenta la salute e il benessere dei partecipanti [22].

In Italia l'"Alcohol Prevention Day" e il mese di prevenzione alcolologica (aprile) sono da 24 anni l'occasione per catalizzare l'attenzione sulla necessità di azioni, interventi che contribuiscano a migliorare la capacità d'identificazione precoce del consumo a rischio, di migliori e più diffusi screening di popolazione, di interventi brevi, di cure che oggi apparentemente non vengono garantite a più del 90% di coloro che sono in necessità di trattamento e proprio per questo richiamanti la necessità di impedire che nuovi consumatori dannosi e alcolodipendenti possano aggiungersi ai circa 780.000 rilevati dall'ONA-ISS di cui solo 65.000 adeguatamente

messi in carico ai SerD (Servizi per le Dipendenze) e alle strutture dell'SSN. Obiettivo raggiungibile solo se la prevenzione potrà essere abbinata a uno screening sistematico per i problemi legati al consumo di alcol. Qualsiasi operatore sanitario di base può essere formato per individuare i problemi di alcol tra i pazienti e fornire interventi brevi. Lo screening e gli interventi brevi aiutano coloro che sono a rischio di sviluppare un problema di consumo di alcol e adottano un approccio motivazionale fornendo validi consigli personalizzati al paziente assicurando che coloro che presentano problemi di alcol possano essere indirizzati a trattamenti e cure specifiche [23].

Molte delle soluzioni raccomandate fanno parte del progetto di politica sull'alcol dell'OMS, SAFER [24, 25]. Affrontare le sfide delineate in questo rapporto epidemiologico richiede un approccio multistakeholder, con ciascun partner richiesto a giocare un ruolo a suo vantaggio e contestualmente verso obiettivi comuni. Una partnership tra le parti interessate esterne al settore sanitario è fondamentale per sostenere, legittimare, adottare, implementare, far rispettare e sostenere le politiche e le iniziative di prevenzione sull'alcol.

Azioni illustrative per politici e decisori civili organizzazioni della società e della comunità, ricercatori e gli istituti di ricerca sono emerse nel corso di numerosi meeting, conferenze europee, workshop, webinar e delle numerose riunioni e consultazioni recenti dell'OMS che possono essere così riassunte:

Politici e decisori governativi

I politici e i decisori governativi dovrebbero dare priorità agli approcci a tutela dei giovani dall'esposizione ad ambienti alcogenici intervenendo oltre il settore sanitario per sviluppare approcci di rafforzamento delle politiche di controllo sull'alcol, in particolare quelle mirate alla riduzione della morbosità, morbilità, disabilità e mortalità.

I politici e i decisori governativi dovrebbero prendere in considerazione l'adattamento e l'implementazione di politiche di prevenzione considerandone i vantaggi espressi dagli organismi economici indipendenti internazionali e gli interventi della WHO ad alto impatto condivisi nelle Risoluzioni approvate dall'Assemblea Mondiale della Sanità per affrontare il problema dei danni prodotti dal consumo di alcol.

I politici e i decisori governativi dovrebbero collaborare con la società civile e le organizzazioni comunitarie su campagne e approcci che raccolgono pubblico sostegno al rafforzamento delle politiche di controllo dell'alcol. **Società civile e organizzazioni comunitarie** dovrebbero continuare a sensibilizzare l'opinione pubblica e sostenere politiche di controllo dell'alcol più robuste che salvaguardare i giovani dai danni connessi consumo di alcol.

Società civile e organizzazioni comunitarie dovrebbero acquisire e condividere le lezioni apprese e gli approcci di successo che sono stati utilizzati per frenare gli effetti degli ambienti alcogenici.

I ricercatori e gli istituti di ricerca dovrebbero colmare le lacune nella conoscenza e nella pratica valutando l'efficacia le politiche pubbliche di prevenzione che affrontano l'influenza degli ambienti alcogenici ambienti sui giovani. I ricercatori e gli istituti di ricerca dovrebbero monitorare e valutare gli effetti delle azioni che

aumentano l'esposizione dei minori e dei giovani con particolare riguardo alle iniziative di marketing mirate al target giovanile.

È oramai centrale e condiviso in tutti i tavoli formali di lavoro e nelle indicazioni derivanti dall'analisi della ricerca scientifica di riferimento delle organizzazioni di tutela della salute e di quelle economiche che l'ambiente in cui i giovani vivono, imparano e giocano influiscono in modo significativo sulla loro vita decisioni sull'opportunità di consumare alcol. I fattori ambientali sono stati descritti come i principali fattori di rischio che guidano il consumo di alcol e i danni correlati tra i giovani.

Gli ambienti alcogenici promuovono la normalizzazione del consumo di alcol, conducono ad effetti di pregiudizio al sano sviluppo e alla completa maturazione in senso razionale del cervello, determinano basso benessere mentale, aumento del rischio di problemi sociali come la violenza e la criminalità, sviluppo di cirrosi epatica, come di recente denunciato dall'Associazione Italiana Studi del Fegato (AISF), maggiore probabilità di episodi d'intossicazione, aumento del rischio di disturbi da uso di alcol, esordio precoce e maggiore consumo di alcol durante tutta la vita.

Come magistralmente esposto e condiviso dagli esperti nazionali e regionali nel Libro Bianco del Ministero della Salute sull'alcol "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcolologia italiana" [15], gli interventi "spot", focalizzati su singoli contesti, come quelli rivolti esclusivamente alle scuole o le famiglie piuttosto che l'intero ambiente sociale, forniscono prove inconcludenti a riguardo della loro efficacia nel ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol. Interventi su più fronti che affrontano l'accettabilità, la disponibilità e l'accessibilità economica, elementi guida e determinanti del consumo rischioso e dannoso di alcol sono dimostrati dalle Nazioni Unite come la misura più efficace nel ridurre l'esposizione dei giovani agli ambienti alcogenici.

Le partnership tra molte parti interessate garantiscono un'ampia tutela e un'adeguata progettazione, attuazione e applicazione di iniziative che affrontino seriamente a monte le cause dei danni causati dal consumo di alcol. L'intervento sul sistema delle reti curanti è inderogabile anche in funzione di un'ulteriore riduzione registrata nel numero di alcolodipendenti in carico ai servizi pur in presenza di una vasta platea di pazienti ai quali, nel 92% dei casi, non vengono garantite le necessarie cure da parte dell'SSN [19].

I numeri dell'alcol in Italia richiedono attenzione e giusto intervento.

I piani d'azione globale e europeo della WHO stabiliscono aree d'azione cruciali a cui corrispondono obiettivi e indicatori specifici; per ciascuna delle aree, i piani propongono azioni note e misure richieste non solo ai governi e ai decisori politici ma a tutti gli interlocutori che fanno parte di un processo complessivo che ricomprende e richiede la valorizzazione delle associazioni professionali e di quelle del terzo settore, delle società scientifiche e del mondo accademico, per una partecipazione attiva alla sfida di ridurre il rischio e il danno causato dall'alcol e le sue conseguenze nella popolazione [8, 26-27].

Nonostante il Piano di Prevenzione 2020-2025 abbia ricompreso alcuni degli obiettivi relativi all'esigenza di

ridurre l'impatto dell'alcol sulla salute e sulla sicurezza, il mancato raggiungimento dei risultati monitorati dall'OMS e dalle Nazioni Unite esige di rafforzare strategie e politiche di prevenzione sull'alcol attraverso l'intervento cardine e centrale che, come già accaduto in passato, è la predisposizione di un Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) proiettato al 2030 [28].

È in definitiva necessario e urgente sviluppare una strategia politica e governativa organica, sistemica ed omogenea, sia a livello centrale che regionale, che recepisca coerentemente le indicazioni della WHO in tema di protezione e promozione della salute integrando le politiche sull'alcol nell'ambito di politiche economiche e sociali di ampio respiro e in tutte le azioni che promuovono il benessere, gli stili di vita sani e riducono il peso delle malattie trasmissibili e non trasmissibili, secondo la strategia "Salute in tutte le politiche" della WHO.

Il Libro Bianco del Ministero della Salute sull'alcol affronta a tale riguardo con adeguatezza ed esaustività [15]:

- scenario e tendenze in atto, riaggornate dai dati di questo rapporto annuale epidemiologico dell'ONA-ISS che alimentano la Relazione al Parlamento
- limiti, "disfunzioni" del presente e potenzialità delle proposte per affrontare le disfunzioni
- target a cui ci si rivolge
- implicazioni di salute o comunque stato di avanzamento rispetto allo status quo con considerazioni dedicate ai vari target.

La sostanza del "setting the scene" fornito dall'aggiornamento epidemiologico previsto dal sistema di sorveglianza SISMA, sorveglianza trasferita dal Ministero all'ONA-ISS dal DPCM 3 marzo 2017 [2], fornisce esaurienti indicazioni sui trend da invertire, i target più sensibili e vulnerabili su cui agire, le realtà regionali su cui incidere maggiormente attraverso misure e iniziative non generalizzabili, ma articolate adeguatamente per età e genere mirando a ciò che è dimostrato essere efficace per le differenti generazioni e i diversi contesti tramite:

- rafforzamento della capacità sanitaria e sociale di identificare precocemente il rischio garantendo prevenzione e promozione della salute
- comunicazione chiara, scientificamente valida, priva di ambiguità
- impegno globale a favorire l'incremento di consapevolezza dei rischi del bere nei differenti contesti di vita e di lavoro, nelle scuole, nei luoghi di aggregazione, sulla strada
- costituzione e riorganizzazione dell'assistenza territoriale e delle reti curanti.

Per quanto riguarda i riferimenti programmatici europei e internazionali è naturale che una politica di prevenzione sull'alcol in Italia debba dare risalto e ispirarsi all'impegno nazionale previsto dall'implementazione del Piano d'Azione europeo della WHO 2022-2030 ad attuazione della strategia globale di riduzione dell'uso dannoso di alcol, i cui obiettivi sono stati resi esecutivi dalla World Health Assembly nel 2022 (a sua volta parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie croniche non trasmissibili, azione principe dell'Agenda 2030 della Nazioni Unite e degli SDG che, convergendo, prevedono la riduzione entro il

2025 del 10% e del 20% entro il 2030 del consumo pro-capite, dei consumatori dannosi di alcol e della mortalità alcol-correlata mirando con energia e convinzione all'implementazione delle azioni indicate dal piano europeo di lotta contro il cancro e dalla Risoluzione del Parlamento del 16 febbraio 2022 [8, 12, 29].

Manca in Italia un indispensabile strumento di consultazione che non a caso era stato previsto dall'art. 4 della legge quadro sull'alcol del 2001 n. 125 nella Consulta Nazionale Alcol come spazio di condivisione, valutazione e di proposizione di pareri e proposte di cui, dopo la sua ingiustificabile soppressione, mancano i frutti nel raggiungere attraverso tutte le competenze previste, obiettivi di buon senso, presentando e offrendo sempre il lavoro svolto e il consenso raggiunto dai singoli gruppi di lavoro con giusta soddisfazione da parte di tutti i nominati ai lavori. Si tratta di un intervento sostanzialmente a costo zero considerato che la gran parte dei componenti di nomina della Consulta non necessita di costi da sostenere [30].

Saliente, per ciascuna priorità da affrontare, il Libro Bianco [15] fornisce le conclusioni, le raccomandazioni e le implicazioni di salute pubblica a copertura dei gap registrati in un'ottica spiccatamente istituzionale e governativa, come nella tradizione dei libri bianchi, individuando misure, azioni e interventi basati sull'evidenza scientifica e sull'efficacia (anche aggiornabili) su:

- interventi di prevenzione in ambito scolastico e aggancio precoce dei giovani vulnerabili;
- alcol e guida;
- formazione in alcologia;
- reti curanti.

Uno dei principi guida di tutte le strategie europee e internazionali 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, attualmente mancante di una serie di azioni e di interventi basati su evidenze aggiornate e individuate come efficaci, progettare, come già accaduto nel recente passato, un nuovo Piano Alcol e Salute e auspicabilmente valorizzare 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 giovare per contribuire al raggiungimento degli SDG che richiedono la riduzione dei consumi dannosi di alcol in Italia e la riduzione dell'impatto dell'alcol sulla mortalità e sulla morbilità nella popolazione.

A tale riguardo, al di là di ciò che i decisori politici hanno facoltà di garantire in termini di tutela e protezione della salute dall'impatto dell'uso di alcol, sottolineando "uso" non esistendo quantità sicure di consumo per la salute, la vera prevenzione passa attraverso l'innalzamento della health literacy, di adeguate conoscenze del rischio e del danno causato dall'alcol, nei differenti target di popolazione che va di pari passo con l'incremento delle competenze e conoscenze specifiche dei professionisti della salute, principalmente Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, di cui garantire adeguata formazione secondo gli standard validati

dall'ONA-ISS e consolidato con l'OMS nell'IPIB resa auspicabilmente obbligatoria sia in fase pre- che post-laurea, in un approccio di Educazione Medica Continua, non escludendo la realizzazione di standard di formazione inclusiva della partecipazione e valorizzazione degli operatori del terzo settore come risorsa preziosa e imprescindibile di un necessario approccio ecologico-sociale inclusivo e destigmatizzante.

L'organizzazione congiunta di eventi formativi che coinvolgano servizi sanitari, sociosanitari ed enti del Terzo Settore, volti a creare una cornice culturale e di linguaggio comune e costruire congiuntamente modelli di approccio e intervento specifici per le diverse problematiche e formalizzati ad esempio con documenti di buone pratiche, possono contribuire in maniera co-progettuale alla sensibilizzazione della popolazione generale o di gruppi specifici, in contesti specifici.

Anche la formazione di secondo livello, più specialistica, potrebbe e dovrebbe coinvolgere il Terzo Settore, stante il mutamento delle caratteristiche dell'utenza e la crescente complessità della casistica che coinvolge e investe le famiglie con problematiche spesso comorbili (gioco d'azzardo, gaming, dipendenze comportamentali) appare sempre più opportuno che nei contesti del volontariato si possa affiancare alla formazione tipica del mondo dell'associazionismo, basata sui modelli tradizionali di riferimento, anche una formazione permanente degli operatori di settore in stretta collaborazione con i professionisti dei servizi, utile ad acquisire competenze aggiuntive e necessarie per la gestione della complessità.

Le Reti Curanti richiedono nodi certi e ruoli definiti con protocolli condivisi e attività che devono essere rese disponibili e fruibili da parte della comunità anche attraverso adeguata comunicazione istituzionale, promuovendo la valorizzazione delle équipes alcolologiche dei SerD, la presenza di una Unità Operativa Semplice o Complessa di Alcologia che rappresenti l'hub specialistico in ogni ASL e l'indispensabile dotazione di un'area specialistica in Alcologia Ospedaliera, in regime di ricovero, nell'ambito dei Dipartimenti Internistici o delle Dipendenze, con la missione di favorire e promuovere l'integrazione ospedale-territorio e il trattamento delle urgenze e patologie correlate e le collaborazioni tra territorio (SerD/Centri Alcologici) e ospedale (ambulatori intraospedalieri e progetti di aggancio in Pronto Soccorso).

In un'ottica virtuosa di rete territoriale curante è da rafforzare la promozione della rete locale sociosanitaria e sociale con le associazioni ed in particolare con i gruppi territoriali di auto-aiuto (AA, Alanon) e di comunità multifamiliare (AICAT - Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali, ACAT - Associazione dei Club Alcologici Territoriali).

La prevenzione, non parte da zero in Italia, il Libro Bianco non è un libro dei sogni ma è la summa seria e competente degli orientamenti sulle proposte in materia di prevenzione, salute e politiche sanitarie e sociali e 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.

La prevenzione attende ora in Italia l'autorevole e determinante capacità d'indirizzo e ruolo guida del Ministero della Salute, in coordinamento con le Regioni.

Anche se non siamo sulla buona strada per raggiungere progressi significativi per l'obiettivo SDG 3.5 è possibile accelerare in vista degli obiettivi da recuperare e raggiungere entro il 2030. Considerato il pesante contributo e onere sanitario e sociale che l'uso di alcol continua ad avere su milioni di italiani e italiane, le loro famiglie e le comunità, gli sforzi per ridurre l'impatto dell'alcol devono essere una priorità di salute pubblica da tutelare attraverso interventi resi possibili dall'irrinunciabile svolgimento del ruolo di tutte le istituzioni coinvolte, nazionali e regionali, che possono garantire alle persone i più elevati livelli di salute e benessere nei quali la società ripone legittime attese per un futuro più sano e la salute per tutti.

Per Corrispondenza

Emanuele Scafato, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma. Società Italiana di Alcologia. E-mail: emanuele.scafato@iss.it

Bibliografia

1. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>.
2. 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.
3. 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://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340806/WHO-EURO-2020-2370-42125-58041-eng.pdf?sequence=1>.
4. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Le politiche sull'alcol basate sulle evidenze possono contribuire al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite in Europa. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2020-materiali-infografica-alcol-sviluppo-sostenibile>.
5. United Nations. The Sustainable Development Goals Report 2024. New York: United Nations; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2024.pdf>.
6. Department of Economic and Social Affairs. The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. New York: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>.
7. World Health Organization. Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva: WHO; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376939/9789240090101-eng.pdf?sequence=1>.
8. World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Diseases. Geneva: WHO; 2008. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=0AEB340C72E5C21CB4C18A5773BA230D?sequence=1.
9. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020. Geneva: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>.
10. World Health Organization. Tackling NCDs: 'best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of Non Communicable Diseases of the WHO. Geneva: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259232/WHO-NMH-NVI-17.9-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

11. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Piano Nazionale Prevenzione-PNP. 2020-2025. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf.
12. European Commission. Europe's Beating Cancer Plan Communication from the commission to the European Parliament and the Council. Bruxelles: EC; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf.
13. DSM-5 Task Force. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
14. World Health Organization. Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges alcohol policy playbook. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379378/WHO-EURO-2024-5624-45389-64949-eng.pdf?sequence=2>.
15. Scafato E, Gandin C, Giannini MA, 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 e integrato dell'alcolologia italiana". Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3274_allegato.pdf.
16. Italia. Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 207 - Serie generale del 30 dicembre 2024.
17. Sassi F (Ed.). Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy. Paris: OECD Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1787/9789264181069-en>.
18. Eurochild Child Guarantee Taskforce. Country Report Italy. Bruxelles: Eurochild; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://eurochild.org/uploads/2022/01/Eurochild-Child-Guarantee-Report-Italy.pdf>
19. Public Health Scotland. Evaluating the impact of minimum unit pricing for alcohol in Scotland: Final report A synthesis of the evidence. Scotland: PHS; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://publichealthscotland.scot/media/20366/evaluating-the-impact-of-minimum-unit-pricing-for-alcohol-in-scotland-final-report.pdf>
20. International Agency for Research on Cancer, WHO/Europe. Alcohol and cancer in the WHO European Region: an appeal for better prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 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>.
21. INSERM. Reducing the harm associated with alcohol consumption. Summary and recommendations. Collection Expertise collective. Montrouge: EDP Sciences Éditions EDP Sciences; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.inserm.fr/wp-content/uploads/inserm-expertisecollective-alcool2021->

- syntheseva.pdf.
22. Alcohol Change UK. Dry January. Are you in? London: Alcohol Change UK; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://alcoholchange.org.uk/help-and-support/managing-your-drinking/dry-january>.
 23. 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.
 24. World Health Organization. The SAFER initiative. A world free from alcohol related harm. Geneva: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/initiatives/SAFER>.
 25. World Health Organization-Regional Office for Europe. European framework for action on alcohol, 2022–2025 Vision: A SAFER European Region free from harm due to alcohol. Copenhagen: WHO; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/regional-committee-meeting-reports/rc72/european-framework-for-action-on-alcohol-2022-2025-cheat-sheet-en.pdf?sfvrsn=8e63aef4_4&download=true.
 26. World Health Organization-Regional Office for Europe. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO; 2012. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107307/9789289002868-eng.pdf?sequence=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. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>.
 27. Commission of the European Communities. 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: Commission of the EC; 2006. Disponibile all'indirizzo: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52006DC0625>.
 28. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS 2007-2010. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_623_allegato.pdf.
 29. 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.
 30. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 125, 30 marzo 2001.

RINGRAZIANTI

Il presente numero speciale di alcologia dedicato all'Alcohol Prevention Day 2025 è stato realizzato da:

Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)
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
Martina 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

Si ringrazia la Dott.ssa Rosaria Russo per la collaborazione fornita alla realizzazione delle analisi, alla redazione dei risultati e all'assistenza amministrativa connessa alle attività di ricerca oggetto delle pubblicazioni prodotte dal gruppo di lavoro dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità.

Si ringrazia la Dott.ssa Martina Cianti e Dott. Oreste Bazzani dell'Editorial Office di Alcologia per il supporto e la collaborazione editoriale fornita.

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 e attualmente attraverso il progetto SISMA GD (SIStema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne).

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".

È possibile consultare la pagina dedicata APD 2025 all'indirizzo:

<https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd25-convegno>



Centro di Documentazione InformAlcol

Dal 2001 il Centro Alcologico Regione Toscana, ospita il Centro di documentazione InformAlcol, unico in tutta Italia ospita al suo interno materiale attinente al tema Alcol.

Il Centro InformAlcol nasce grazie ad una grossa donazione che la famiglia dello psichiatra Andrea Devoto fece alla Regione Toscana dopo la sua morte.

Andrea Devoto fu uno psichiatra fiorentino che lavorò come psichiatra in vari ospedali della Toscana (tra gli altri, fu primario all'ospedale psichiatrico di Maggiano, dove ebbe come collega Mario Tobino) e come psichiatra partecipò a numerosi congressi internazionali e collaborò a riviste specifiche del settore quali la "Rivista di psicologia" e la "Rivista di psicologia sociale", e offrì contributi originali a periodici autorevoli di altre discipline. Durante il suo lavoro si interessò anche alle problematiche alcol correlate e su tale tema raccolse molto materiale.

Nella prima metà degli anni 1980 Devoto lascerà l'istituzione psichiatrica per dedicarsi alla promozione dei gruppi di auto mutuo aiuto, soprattutto per quel che riguarda la lotta alla dipendenza dall'alcolismo.

Affianco al materiale del Dr. Devoto è conservato il Fondo Foggi, appartenuto all'intellettuale fiorentino Franco Foggi. Uomo poliedrico, ricco di interessi e conoscenza fu un pilastro per le attività culturali della città gigliata, ma soprattutto lavorò per affrontare le problematiche legate all'uso dell'alcol, tema a lui estremamente caro, soprattutto perché lui stesso aveva combattuto contro tale dipendenza.

Nel corso della sua carriera raccolse tutto ciò che poteva sull'argomento, sia di contemporaneo che di storico. Il centro ha una collezione di documenti specializzata sui temi connessi ai problemi alcolcorrelati e alla complessità della vita. La documentazione privilegiava i temi dei gruppi di auto-mutuo aiuto (formati da persone che condividono lo stesso problema o perseguono identici obiettivi e si sostengono reciprocamente) e di quello che all'epoca veniva definito alcolismo, ma negli ultimi anni ha assunto una visione più ampia, verso la promozione della salute, gli stili di vita (fumo, alimentazione, il gioco d'azzardo, ecc.) e gli stili di relazione, inoltre, ha un'ampia raccolta di tesi di laurea, di specializzazione e mater a disposizione degli utenti.

INFORMALCOL si trova presso il CAR Toscano - Via Ippocrate, Padiglione 13B,
Clinica Medica- Careggi

50134 Firenze FI - Tel. 055 794 9650 cart@aou-careggi.toscana.it

<https://www.facebook.com/CentroAlcologicoRegionaleToscano/> [Sitohttps://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/](https://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/)

Per Corrispondenza: Martina Cianti: ciantim@aou-careggi.toscana.it