



RAPPORTI ISTISAN 25|5

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

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

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

Rapporto 2025

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



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

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

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

Rapporto 2025

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

Centro Nazionale Dipendenze e Doping

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

Rapporti ISTISAN
25/5

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2025.

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Valerio Manno, Monica Vichi e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)
2025, vi, 108 p. Rapporti ISTISAN 25/5

Nel 2019, in tutto il mondo, 2,6 milioni di decessi sono stati attribuiti al consumo di alcol. Il consumo dannoso di alcol è responsabile del 5,1% del carico globale di malattie e l'alcol è il principale fattore di rischio di mortalità prematura e disabilità nelle persone di età compresa tra 15 e 49 anni: rappresenta il 10% di tutti i decessi in questa fascia d'età. L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale e alle attività del "Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA" previste dal DPCM del 3 marzo 2017 e dall'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "SISMA GD" (Sistema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne). L'ONA è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e World Health Organization per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale.

Parole chiave: Alcol; Monitoraggio; Epidemiologia; Sanità pubblica

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy and in the Regions. Evaluation of the National Observatory on Alcohol on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan and of the National Prevention Plan. Report 2025.

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Valerio Manno, Monica Vichi and the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)
2025, vi, 108 p. Rapporti ISTISAN 25/5 (in Italian)

In 2019, 2.6 million deaths worldwide were attributed to alcohol consumption. Harmful use of alcohol is responsible for 5.1% of the global burden of disease and alcohol is the leading risk factor for premature mortality and disability in people from 15 to 49 years old: it accounts for 10 percent of all deaths in this age group. The National Observatory on Alcohol of the Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) evaluates and analyses every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and in accordance with the National Statistical Plan and the activities of the "Alcohol monitoring system – SISMA" envisaged by the Prime Ministerial Decree of 3 March 2017 and the contract of collaboration with the Ministry of Health "SISMA GD" (Alcohol monitoring system for young people and women). The ONA is the independent technical and scientific advisory body for the Ministries, the first Minister Office, the European Commission and the World Health Organization.

Key words: Alcohol; Monitoring; Epidemiology; Public health

*Nel documento la forma maschile scelta si riferisce sempre contemporaneamente a persone femminili, maschili e persone diverse, se non diversamente specificato.
Le denominazioni multiple vengono omesse a favore di una migliore leggibilità.*

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

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

Citare questo documento come segue:

Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, 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).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Rocco Bellantone*

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

Direttore responsabile della serie: *Antonio Mistretta*

Redazione: *Sandra Salinetti*

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

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

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

Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA

Emanuele SCAFATO (*Coordinatore*)

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

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

I dati del rapporto contribuiscono allo standard di monitoraggio formale del SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato), in ottemperanza al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 sulle sorveglianze trasferite dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità, definito dalle passate azioni centrali del Ministero della Salute 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".

INDICE

Prefazione	v
-------------------------	---

PARTE 1

Attività di monitoraggio dell'ONA-ISS

Politiche sull'alcol in Europa	3
Consumo di alcol pro-capite registrato in Europa.....	4
SDG 3.5: riduzione del consumo dannoso di alcol.....	8
Consumo fra i soli bevitori.....	12
Consumi nella popolazione italiana generale	14
Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi.....	14
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici.....	17
Comportamenti a rischio.....	20
Consumatori fuori pasto.....	21
Consumatori abituali eccedentari.....	22
Consumatori giornalieri.....	24
Consumatori a rischio (criterio ISS).....	25
Consumatori <i>binge drinking</i>	26
Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol.....	28
Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni	30
Italia nord-occidentale.....	30
Piemonte.....	31
Valle d'Aosta.....	31
Lombardia.....	31
Liguria.....	34
Italia nord-orientale.....	34
Provincia Autonoma di Bolzano.....	34
Provincia Autonoma di Trento.....	35
Veneto.....	35
Friuli Venezia Giulia.....	35
Emilia-Romagna.....	36
Italia centrale.....	36
Toscana.....	36
Umbria.....	37
Marche.....	37
Lazio.....	37
Italia meridionale.....	37
Abruzzo.....	38
Molise.....	38
Campania.....	38
Puglia.....	39
Basilicata.....	39
Calabria.....	39
Italia insulare.....	39
Sicilia.....	40
Sardegna.....	40

Mortalità per decessi totalmente alcol-attribuibili	41
Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere	41
Mortalità alcol-attribuibile per Regione di residenza.....	45
Consumo di alcol per target di popolazione	47
Consumo di alcol tra i giovani.....	47
Consumatori di 11-17 anni.....	49
Consumatori di 18-24 anni.....	51
Consumo di alcol tra le donne	54
Consumatrici minorenni (età 11-17 anni)	54
Consumatrici adulte (età 18-49 anni).....	56
Consumatrici adulte (età 50-69 anni).....	58
Consumatrici anziane (età ≥70 anni).....	60
Consumo di alcol tra gli anziani	62
Consumatori giovani anziani (65-74 anni).....	64
Consumatori anziani (75-84 anni).....	66
Consumatori grandi anziani (≥ 85anni).....	69

PARTE 2

Altre attività dell'ONA-ISS

Attività internazionali ed europee su prevenzione e politiche alcolologiche	73
Attività congiunte con la WHO	73
Partecipazione alle consultazioni e alla stesura del <i>Global alcohol action plan 2022-2030</i>	73
Supporto tecnico-scientifico all' <i>Evidence into Action Alcohol Project</i>	75
Partecipazione alla campagna “Redefine alcohol”.....	76
Partecipazione al <i>Technical Advisory Group on Alcohol Labelling</i>	77
Partecipazione all’“Alcohol Policy Playbook”, il manuale della WHO per orientare le sfide delle politiche sull'alcol.....	78
<i>European Framework for Action on Alcohol: consultazione per la valutazione dell'implementazione degli SDG</i>	79
Sostegno alla diffusione del rapporto “Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders”	79
Contratto di servizio con <i>Less Alcohol Unit</i>	81
Partecipazione alle attività dei <i>Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours</i>	81
Partecipazione al progetto internazionale per lo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici su <i>gaming e gambling</i>	82
Partecipazione a webinar.....	82
Partecipazione a progetti della Commissione Europea	83
Sostegno a <i>Awareness Week on Alcohol Related Harm 2024</i>	83
Monitoraggio internazionale ed europeo	84
Altre attività e partecipazione a network internazionali.....	84
Implicazioni di salute pubblica per prevenire rischi e danni alcol-correlati: indicazioni per rinnovate politiche in Italia	86

Bibliografia	100
---------------------------	-----

PREFAZIONE

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 alcol dipendenti, 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.

Prof. Emanuele SCAFATO

*Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol
Responsabile del Sistema di Monitoraggio Alcol – SISMA*

PARTE 1
Attività di monitoraggio dell'ONA-ISS

POLITICHE SULL'ALCOL IN EUROPA

L'alcol rappresenta il quinto principale fattore di rischio per il carico globale di malattie e, nel 2019, il consumo di alcol è stato responsabile di 2,6 milioni di morti nel mondo, pari al 4,7% di tutti i decessi in quell'anno. La WHO stima che 400 milioni di persone, pari al 7% della popolazione mondiale dai 15 anni in su, soffrano di disturbi legati al consumo di alcol, mentre circa 209 milioni di persone, ovvero il 3,7% della popolazione adulta mondiale, vivano con una dipendenza da alcol. L'impatto del consumo di alcol mostra notevoli differenze tra le diverse Regioni della WHO: il peso della mortalità e della morbilità alcol-correlate è più alto nei Paesi a basso reddito, seguito da quelli a medio-basso reddito, e più basso nei Paesi ad alto reddito. Tuttavia, nei Paesi ad alto reddito il numero di anni di vita in salute persi a causa di malattie o disabilità legate all'alcol è elevato, in parte per la maggiore diffusione dei disturbi da uso di alcol e in parte per l'elevata incidenza di malattie e disabilità dovute a infortuni accidentali alcol-correlati. Le Regioni dell'Africa e dell'Europa della WHO presentano i livelli più alti di decessi attribuibili all'alcol per 100.000 persone (1).

Nei 30 Paesi dell'Unione Europea (UE), nel 2016, l'alcol ha contribuito al 5,5% di tutte le morti registrate, corrispondenti a 291.100 decessi. Le cause principali includono il cancro (29% dei decessi legati all'alcol), la cirrosi epatica (20%), le malattie cardiovascolari (19%), gli incidenti stradali, gli atti di autolesionismo e la violenza interpersonale (28%) (2, 3). Questo fenomeno colpisce severamente soprattutto i giovani adulti, con una percentuale significativamente alta di decessi attribuibili all'alcol in questa fascia di età (3). Si stima che in Europa circa 800 persone perdano la vita ogni giorno a causa di problemi legati al consumo di alcol. L'impatto tra i giovani è particolarmente drammatico: un quarto dei decessi tra i 20 e i 24 anni è causato dall'alcol (3). Dal punto di vista della salute pubblica, la definizione di "uso dannoso dell'alcol", utilizzata nella strategia globale della WHO, comprende qualsiasi comportamento che comporti conseguenze negative per la salute individuale, sociale e collettiva. L'uso dannoso di alcol, inoltre, genera costi economici significativi, che includono spese nel sistema giudiziario, perdita di produttività e sofferenze personali e sociali (4).

Secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie (*International Classification of Diseases 10th revision*, ICD-10) della WHO, almeno 40 patologie sono totalmente attribuibili all'alcol, mentre oltre 200 condizioni ne sono influenzate in parte (5). Il carico di malattie legato al consumo di alcol si suddivide principalmente in malattie croniche non trasmissibili (come numerosi tipi di cancro, malattie cardiovascolari e cirrosi epatica) e lesioni accidentali e intenzionali, tra cui autolesionismo, suicidi, omicidi e incidenti stradali (6-10).

L'alcol un fattore di rischio centrale per la salute globale, con implicazioni dirette su diversi SDG da raggiungere entro il 2030 (11-14). Tra gli indicatori correlati al target 3.5, che punta a migliorare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, vi è il consumo *pro-capite* di alcol, misurato in litri di alcol puro per anno (15, 16).

L'alcol è classificato come sostanza cancerogena e in grado di creare dipendenza. Qualsiasi livello di consumo è associato a numerose patologie prevenibili, tra cui le malattie cardiovascolari, diversi tipi di cancro, i disturbi da uso di alcol, le patologie epatiche, i traumi e gli incidenti, nonché comportamenti violenti o alterazioni psicotiche (6-10).

Nonostante alcune evidenze indichino possibili effetti protettivi in caso di consumo occasionale per patologie come l'ictus ischemico, il diabete e le malattie coronariche, la WHO sottolinea che gli effetti nocivi complessivi del consumo di alcol prevalgono sui presunti benefici e che: "No level of alcohol consumption is safe for our health" – "Nessun livello di consumo è sicuro per la salute" (17, 18).

L'uso dannoso di alcol incide anche sulle famiglie e comunità, causando difficoltà nei rapporti personali e lavorativi, atti criminali come violenza e vandalismo, riduzione della produttività e alti costi per il sistema sanitario (19). Nel 2019, il 62,4% degli adulti nella Regione europea della WHO ha consumato alcol almeno una volta, e si stima che circa un milione di decessi l'anno siano attribuibili al consumo di alcol. Questo equivale a circa 2500 morti al giorno, con una quota significativa tra i giovani coinvolti in incidenti stradali legati alla guida in stato di ebbrezza, una delle principali cause di morte prematura tra i maschi di età compresa tra 14 e 28 anni (3, 12).

I dati sul consumo di alcol e sulle malattie attribuibili all'alcol inclusi in questo capitolo contribuiscono, come ogni anno, alla Relazione al Parlamento sugli interventi effettuati per l'attuazione della legge quadro nazionale sull'alcol del 30 marzo 2001 n. 125.

Consumo di alcol *pro-capite* registrato in Europa

Le evidenze epidemiologiche, basate su studi nazionali e internazionali, dimostrano una correlazione diretta tra l'elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumento del rischio di malattie e mortalità per specifiche cause di morte. In generale, l'aumento della quantità di alcol consumata è associato a un rischio crescente di morbilità (2, 3, 11, 20-24). Episodi di intossicazione acuta, caratterizzati da un consumo elevato in un breve arco temporale di alcol, incrementano il rischio di incidenti stradali e malattie cardiovascolari, come infarto e patologie coronariche (1, 2).

La WHO prende in considerazione diversi indicatori per monitorare il consumo *pro-capite* in funzione della finalità che gli indicatori si propongono e della disponibilità dei dati di base. Tra gli indicatori utilizzati per monitorare il consumo di alcol nella popolazione adulta (15 anni e oltre), il consumo *pro-capite* di alcol puro (*recorded Alcohol Per-capita Consumption*, rAPC) rappresenta l'indicatore principale, definito dalla WHO e dalle Nazioni Unite, come l'unità di misura della quantità di alcol puro consumata annualmente *pro-capite* in una determinata nazione, espressa in litri, includendo, a differenza dell'indicatore del consumo totale di alcol introdotto più recentemente, soltanto i consumi registrati e calcolati attraverso dati di produzione, importazione, esportazione e vendita, spesso dedotti dalla tassazione (15, 25).

L'rAPC non include il consumo di alcol non registrato (*unrecorded alcohol consumption*), ovvero la quantità di alcol non tassato, quindi prodotto, distribuito o venduto al di fuori dei canali formali e dal controllo governativo, come quello prodotto illegalmente o privatamente (es. tramite distillazione non dichiarata).

La quota di consumo *unrecorded*, non registrato, che sfuggirebbe alla valutazione puntuale del consumo effettivo di alcol, è stimata e inclusa come componente ulteriore da sommare alla quota di consumo *pro-capite* generando la stima del consumo totale di alcol espressa dall'indicatore *total Alcohol Per-capita Consumption* (tAPC), utilizzato nel sistema di monitoraggio degli SDG delle Nazioni Unite (Agenda 2030) per la valutazione dell'andamento dell'SDG 3.5 che mira alla riduzione del consumo *pro-capite*, del consumo dannoso (*harmful*), della mortalità alcol-attribuibile (11), come descritto nel dettaglio nel prossimo paragrafo. Per questo motivo, i valori di rAPC sono complessivamente più bassi dell'indicatore tAPC che la WHO usa in via preferenziale per seguire l'andamento dei consumi di alcolici. In questo paragrafo vengono riportati i valori di rAPC.

Nella Regione Europea, la WHO ha introdotto un sistema di monitoraggio congiunto per i programmi "Health 2020", gli SDG, e gli indicatori relativi alle malattie non trasmissibili. Questo sistema, in supporto agli Stati membri per misurare i progressi in modo coerente e tempestivo, include l'indicatore "Consumo totale di alcol *pro-capite* in soggetti con 15 anni e oltre in un anno solare" (12). Tale indicatore si integra nei sistemi di monitoraggio delle strategie globali di

prevenzione delle malattie non trasmissibili, che si propongono di ottenere, entro il 2025, una riduzione relativa di almeno il 10% nell'uso dannoso di alcol. Questo obiettivo è valutato attraverso vari parametri: la diminuzione del consumo, la prevalenza del consumo episodico eccessivo standardizzata per età e la riduzione di morbilità e mortalità legate all'alcol tra adolescenti e adulti.

La Figura 1 riporta la serie storica del consumo *pro-capite* registrato (rAPC), così come riportato nel database ufficiale della WHO. I dati sono qui riferiti sino al 2019 per poter riportare separatamente le tendenze registrate nel periodo della strategia degli SDG che parte dal 2016 e continua sino al 2030.

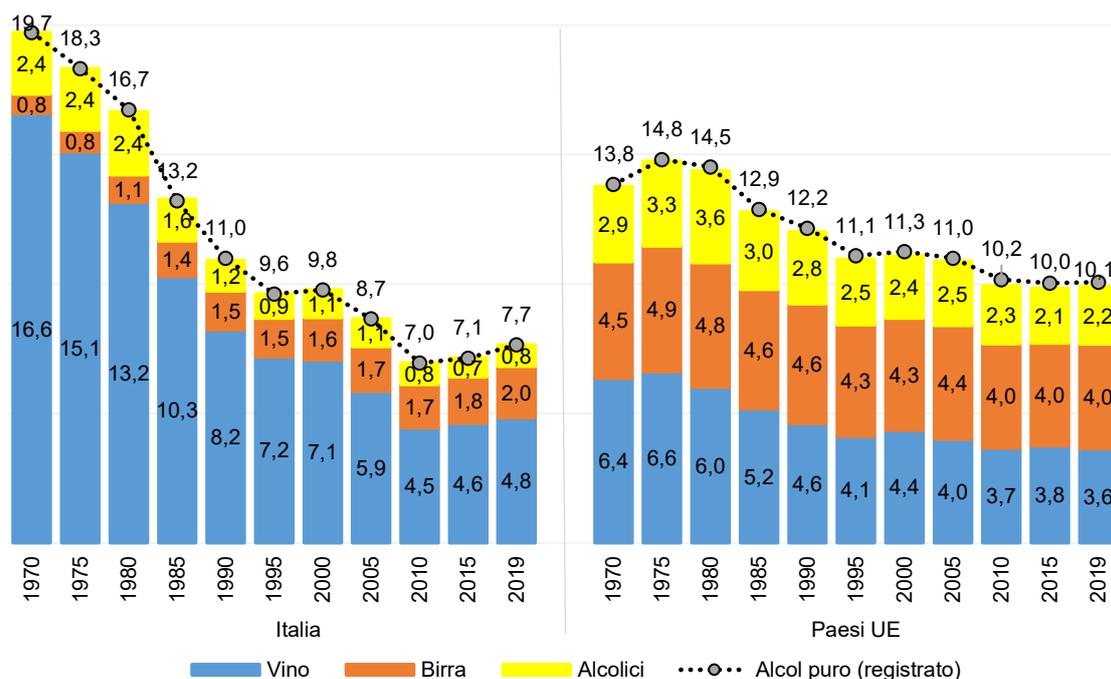


Figura 1. Consumo di alcol puro in litri *pro-capite* annuali (rAPC) negli adulti di età superiore a 15 anni per tipologia di bevanda in Italia e nei Paesi europei (anni 1970,1975,1980,1985,1990,1995,2000,2005,2010,2015,2019).

Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

I grafici evidenziano differenze significative di rAPC per tipologia di bevanda tra l'Italia e la media dei Paesi dell'UE. Il modello di consumo italiano si distingue non solo per il predominio del vino come principale bevanda alcolica, ma anche per una tendenza di riduzione più marcata rispetto alla media europea, un fenomeno tipico dei Paesi mediterranei.

Nei Paesi dell'UE, il consumo *pro-capite* di alcol è aumentato fino agli anni '70, per poi diminuire progressivamente fino alla fine degli anni '90 del secolo scorso. Nonostante una riduzione del 10% di rAPC sembri un obiettivo realistico nel medio termine, i dati indicano che anche nazioni con consumi *pro-capite* inizialmente bassi, come l'Italia, hanno incontrato difficoltà nel mantenere un calo costante negli ultimi decenni.

In Italia, nel 1970, il consumo di alcol *pro-capite* era significativamente più elevato rispetto alla media europea (19,7 litri contro 13,8 litri). L'Italia è stata, tuttavia, la prima nazione dell'area europea della WHO a raggiungere l'obiettivo di riduzione del 25% stabilito dalle precedenti strategie europee dello *European Alcohol Action Plan* (26). Nei decenni seguenti si è verificata una riduzione marcata tra il 2000 e il 2010, e un successivo aumento con valori che nel 2019 sono

tornati simili a quelli del 2005 (7,7 litri *pro-capite* nel 2019 rispetto ai 7,9 litri del 2005), annullando i progressi registrati nel decennio precedente.

In Italia, il calo del consumo complessivo di alcol puro *pro-capite* tra il 1970 e il 2019 è attribuibile soprattutto alla drastica riduzione del consumo di vino, che è passato da 16,6 litri nel 1970 a 4,8 litri nel 2019. Nonostante il forte declino nei decenni precedenti, negli ultimi anni si osserva una lieve ripresa del consumo di questa bevanda. Al contrario, il consumo di birra ha mostrato una crescita costante nello stesso periodo, passando da 0,8 litri nel 1970 a 2 litri nel 2019, segnalando un progressivo avvicinamento ai modelli di consumo di altri Paesi europei. Il consumo di superalcolici, invece, ha registrato un andamento più altalenante: è diminuito fino al 1995, raggiungendo un minimo di 0,9 litri, per poi oscillare leggermente, attestandosi a 0,8 litri nel 2019. Il 2020, l'anno della pandemia COVID-19 e non rappresentato nei grafici, è stata una parentesi complessa in tutto il mondo relativamente al consumo di alcolici e il *lockdown*, anche in Italia, ha influito sul calo temporaneo, ad esempio del consumo di vino, sebbene, come già accennato, non rappresentativo di un trend consolidato, e soprattutto in presenza di una verificata redistribuzione dei consumi *pro-capite* come dimostrato dai risultati della *survey* europea elaborati e pubblicati dall'ONA-ISS, che hanno verificato l'incremento del consumo tra i consumatori già a rischio e una riduzione tra i moderati (27). Nel 2020, così come per il consumo di vino, anche per la birra e i superalcolici si è registrata una lieve riduzione di consumo.

Nei Paesi dell'UE, l'andamento dell'rAPC ha seguito una traiettoria diversa: il consumo complessivo di alcol puro *pro-capite* è aumentato nei primi decenni del periodo analizzato per poi diminuire gradualmente, raggiungendo 10,07 litri nel 2019. La ripartizione tra le diverse tipologie di bevande alcoliche mostra una maggiore variabilità rispetto all'Italia. In particolare, il consumo di vino è diminuito significativamente tra il 1980 e il 1995, stabilizzandosi successivamente, mentre il consumo di birra e superalcolici ha subito oscillazioni, attestandosi rispettivamente 4,04 litri e 2,22 litri nel 2019.

Volendo valutare per l'Italia le tendenze registrate nel periodo più recente della strategia degli SDG che parte dal 2016 e arriva sino al 2030, focalizzando sull'andamento complessivo del consumo medio *pro-capite* di alcol puro registrato nel periodo che parte dal 2016 sino ai dati sinora validati e resi disponibili, una visione d'insieme è mostrato nella Figura 2.

La tendenza di periodo 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, non inserita nella Figura 2, ma 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. Tale stima del consumo *pro-capite* registrato, verrà analizzato nel paragrafo successivo anche attraverso l'ulteriore indicatore del consumo totale *pro-capite* che include la quota non registrata, e che ovviamente aumenta ulteriormente il consumo individuale di alcol puro. È in corso di ricostruzione da parte della WHO la serie puntuale degli anni intercorrenti dal 2016 ad oggi di cui la *Global Survey* lanciata nel 2024 ha raccolto i dati ora in corso di validazione da parte dell'ONA-ISS e di cui a giugno 2025 è prevista la pubblicazione nel database delle Nazioni Unite degli indicatori SDG, l'inclusione nelle *WHO World Health Statistics 2025* e resi accessibili sul *WHO Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH) (28) e sul SISMA online (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/trend2>).

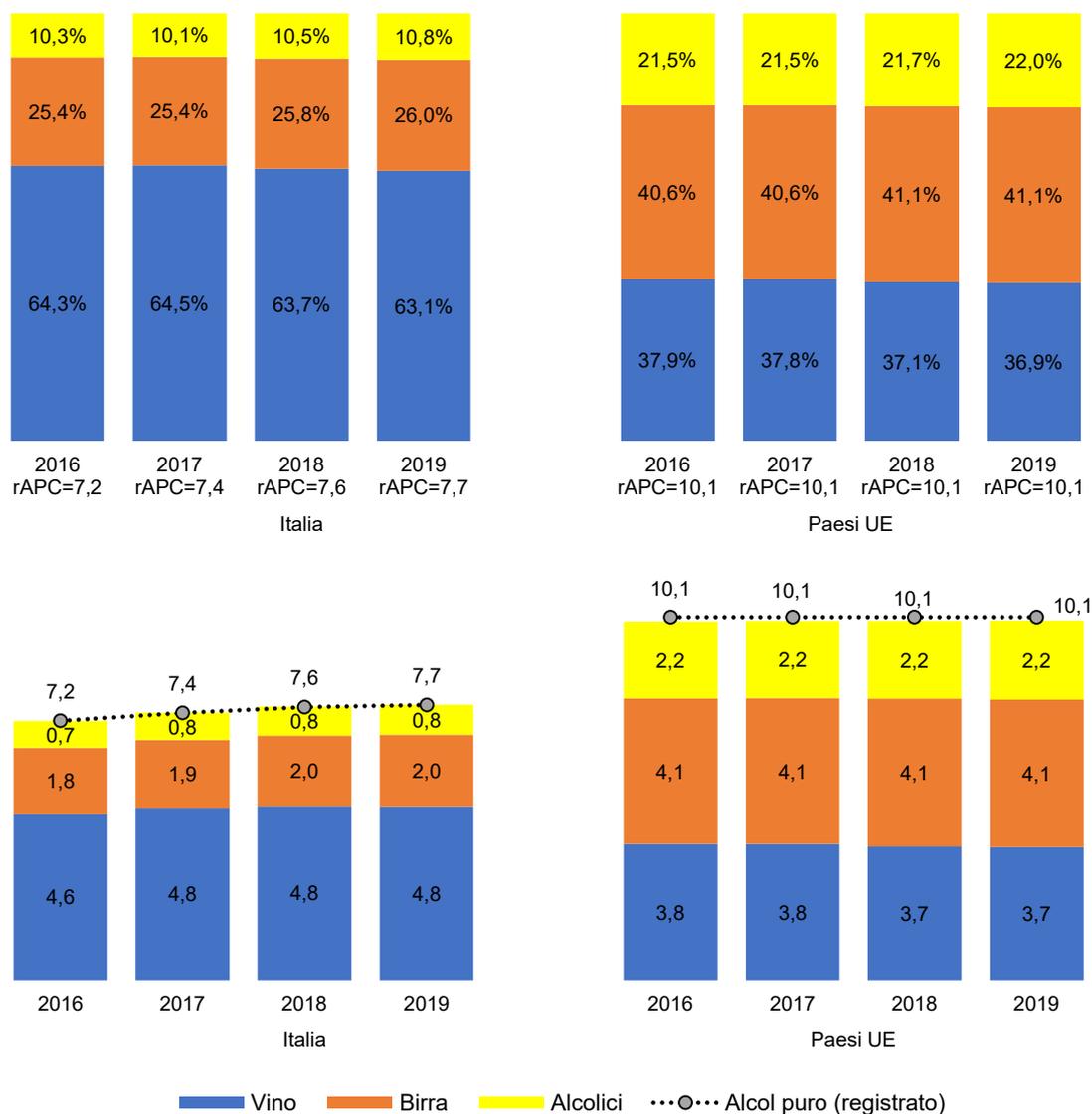


Figura 2. Consumo di alcol puro (apporto % e litri *pro-capite* annuali, rAPC) per bevanda alcolica consumata negli adulti di età superiore a 15 anni in Italia e nei Paesi europei (anni 2016, 2017, 2018, 2019).
 Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

La possibilità di confrontare i modelli di consumo alcolico, in Italia come nei vari Paesi UE, è cruciale per stimolare l'adozione di politiche coordinate che favoriscano il raggiungimento degli SDG in Europa. È però necessario tenere conto delle differenze culturali nei comportamenti di consumo e nella preferenza per specifiche tipologie di bevande alcoliche, che riflettono le peculiarità delle tradizioni nazionali.

Questi dati sottolineano l'evoluzione distinta dei modelli di consumo di alcol tra Italia e Paesi dell'UE, riflettendo non solo differenze culturali e gastronomiche, ma anche l'impatto delle politiche di salute pubblica e delle trasformazioni sociali (23).

SDG 3.5: riduzione del consumo dannoso di alcol

Il consumo di alcol mina l'impegno delle Nazioni Unite al raggiungimento di molti SDG sostenibili, influenzando una serie d'indicatori riguardanti la salute. Può infatti avere ripercussioni sulla diffusione di malattie infettive, sull'incidenza degli infortuni stradali, sulla salute dei bambini nonché un'ampia gamma di indicatori relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza.

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). Influenzano una serie di indicatori relativi alla salute, come 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 (per eventuali ulteriori approfondimenti sugli SDG delle Nazioni Unite) (12).

Il solo fatto che tra i SDG sia incluso un target specifico sul consumo dannoso di alcol (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, il target 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 (29).

In tutto il mondo, 2,6 milioni di decessi sono stati attribuibili al consumo di alcol nel 2019, rappresentando il 4,7% di tutti i decessi di quell'anno. Il carico di malattie attribuibili all'alcol è più pesante tra i maschi: 2 milioni di decessi attribuibili all'alcol e il 6,9% di tutti gli anni di vita persi per invalidità (*Daily Adjusted Life Years, DALY*) tra i maschi e 0,6 milioni di decessi e il 2,0% di tutti i DALY tra le femmine nel 2019. A livello globale, si stima che 400 milioni di persone, ovvero il 7% della popolazione mondiale di età pari o superiore a 15 anni, vivano con disturbi da uso di alcol e si stima che 209 milioni (il 3,7% della popolazione mondiale adulta) vivano con dipendenza da alcol, con differenze sostanziali nel numero di persone colpite nelle diverse Regioni della WHO. La popolazione giovane è colpita in modo sproporzionato dal consumo di alcol, con la più alta percentuale (13,0%) di decessi attribuibili all'alcol, tra tutti i decessi nel 2019, tra le persone di età compresa tra 20 e 39 anni (1).

Numerosi sono i documenti strategici internazionali per sostenere gli Stati membri nel contrasto al consumo dannoso di alcol, tra questi, il rapporto "An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm" (30) e il "Piano d'azione europeo della WHO per ridurre l'uso dannoso di alcol 2012-2020" (26), supportate dalla "Strategia globale per ridurre l'uso dannoso dell'alcol" (4). In Italia, tali documenti hanno sollecitato lo sviluppo di sistemi locali di monitoraggio per valutare l'impatto sociale e sanitario del consumo di alcol e adattare le misure adottate alle esigenze emergenti (31).

In questo contesto, l'indicatore 3.5.2, il tAPC, fa parte dell'obiettivo 3 degli SDG, e rappresenta uno strumento fondamentale per monitorare i progressi verso il raggiungimento dell'SDG 3.5. Il tAPC, definito dalla WHO, misura il consumo annuale di alcol puro *pro-capite* tra le persone di età pari o superiore ai 15 anni (15) ed è fortemente correlato all'uso dannoso di alcol. Questo indicatore tiene conto dei consumi registrati attraverso dati relativi a produzione, importazione, esportazione e vendita, includendo anche il consumo non registrato, che può essere

rilevante in alcuni contesti nazionali, soprattutto nei Paesi con economie emergenti o con una cultura del consumo di alcol prodotto artigianalmente.

Il tAPC si ottiene sommando la media triennale *pro-capite* (15+) del consumo di alcol registrato e una stima del consumo di alcol non registrato *pro-capite* (15+) per un anno solare, corretta per il consumo turistico che tiene conto dei turisti che visitano il Paese e degli abitanti che visitano altri Paesi (15). Il consumo di alcol registrato e non registrato differisce in quanto quest'ultimo riflette la quantità di alcol non tassato che viene prodotto, distribuito o venduto al di fuori dei canali formali e quindi fuori dal controllo governativo. L'alcol non registrato può essere prodotto, venduto e acquistato legalmente o illegalmente: nei Paesi dell'UE+ si tratta un grande gruppo eterogeneo di prodotti che variano tra e all'interno dei Paesi. Si possono distinguere quattro ampie categorie di alcol non registrato:

1. bevande alcoliche fatte in casa (legali e illegali);
2. alcol prodotto illegalmente, prodotti alcolici contraffatti, o alcol prodotto informalmente che non è stato dichiarato alle autorità statali per evitare la tassazione;
3. prodotti alcolici non destinati o non ufficialmente destinati al consumo umano, ma consumati come alcol surrogato (come alcolici medicinali o cosmetici);
4. alcol che viene portato oltre il confine (contrabbandato o portato legalmente, ma registrato in un'altra giurisdizione) (2).

L'importanza del tAPC come indicatore negli SDG risiede nella sua capacità di fornire dati affidabili e comparabili tra le nazioni, evidenziando le tendenze del consumo di alcol nel tempo. Questo permette di valutare l'efficacia delle politiche pubbliche, come le strategie di tassazione, le regolamentazioni pubblicitarie e le campagne di sensibilizzazione. L'obiettivo stabilito dalla strategia globale per la riduzione dell'uso dannoso di alcol della WHO prevede una riduzione relativa del 10% nel consumo *pro-capite* entro il 2025, in linea con il piano d'azione globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 (32) e con gli SDG (33, 34).

Nel 2019, la WHO ha stimato che il tAPC nella Regione Europea della WHO fosse di 9,2 litri (M=14,9, F=4,0), mentre in Italia il tAPC era di 8,0 litri (M=12,7; F=3,5) (Figura 3). È importante precisare che in questa elaborazione sono stati riportati i dati della più vasta Regione Europea della WHO, anziché quelli dell'Unione Europea, come invece fatto per l'rAPC. Questo perché il tAPC non è disponibile per l'UE nel suo complesso, ma solo per i singoli Paesi (i cui dati sono riportati successivamente). Poiché la Regione Europea della WHO include 53 Stati, tra cui alcuni con un consumo di alcol molto basso (come Tagikistan, Azerbaigian, Turkmenistan, Kirghizistan, Uzbekistan, Turchia e Israele) l'indicatore risulta inferiore rispetto a quello dell'UE. Come mostrato dalla Figura 3, l'andamento dell'indicatore in Italia e nella Regione Europea della WHO è molto diverso: mentre il tAPC in Europa è diminuito lentamente tra il 2000 e il 2019, sia per i maschi che per le femmine, in Italia c'è stata una rapida diminuzione tra il 2000 e il 2010, arrivando a 7,2 litri, seguita da un aumento che ha riportato l'indicatore al valore di 8 litri.

A seguito dell'elaborazione da parte della WHO delle nuove stime della quota del consumo non registrato (*unrecorded*) per il periodo soggetto a monitoraggio dell'indicatore per la misurazione dell'SDG 3.5.2, e al fine di valutare la riduzione del 10% rispetto alla linea di base del 2016 prevista dall'SDG 3.5.2, è stata analizzata la serie temporale del consumo totale *pro-capite* derivante dalla somma del consumo *recorded* (rAPC) e di quello *unrecorded* per il periodo 2016-2019.

Nel confronto tra il 2016 e il 2019, la variazione percentuale del consumo totale *pro-capite*/anno risulta pari al 4,7%, valore sicuramente in controtendenza rispetto ad una attesa riduzione che dovrebbe portare a -10% nel 2025.

Che l'Italia non sia impegnata nel raggiungimento dell'obiettivo intermedio del 2025 SDG 3.2.5 è evidente anche dal confronto reso plausibile dalle variazioni percentuali calcolate tra il 2016 e il 2019 dall'ONA-ISS.

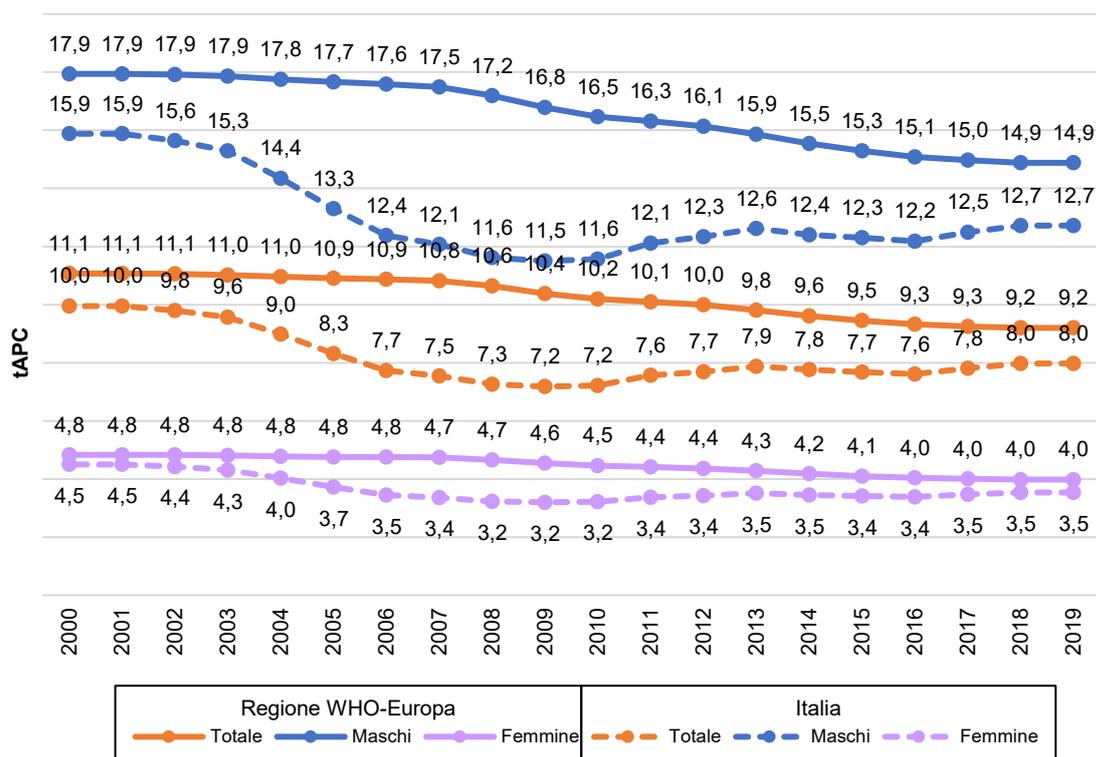


Figura 3. Consumo di alcol totale *pro-capite* (tAPC) in litri di alcol puro nella popolazione adulta di età pari o superiore a 15 anni in Italia e nei Paesi europei dal 2000 al 2019 (dato calcolato sulla media dei tre anni precedenti).

Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

L'aumento del 4,7% del consumo totale di alcol *pro-capite* rispetto al 2016 risulta ancora più preoccupante se confrontato con gli altri Paesi dell'UE: solo un terzo degli Stati membri (10 su 27) ha registrato un aumento dei consumi, e tra questi l'Italia è seconda solo alla Lettonia, collocandosi nell'area delle nazioni dell'Europa dell'Est, una Regione storicamente caratterizzata da gravi problemi legati all'alcol e da modelli di consumo ben diversi da quelli di tutti i Paesi dell'area mediterranea che non a caso, hanno ridotto il consumo anche a fronte di politiche attuate, che in Italia non hanno visto definizione e implementazione. Ad esempio, la Grecia e la Francia hanno riportato una diminuzione rispettivamente del 3,0% e del 2,6%, il Portogallo dell'1% circa, la Slovenia del 2,9% (Figura 4).

Volendo valutare per l'Italia le ulteriori tendenze registrate nel periodo più recente della Strategia delle Nazioni Unite degli SDG, focalizzando sull'andamento complessivo del consumo medio totale *pro-capite* di alcol puro, comprensivo della quota *recorded* e *unrecorded*, la stima più recente, anticipata dalla WHO nel corso di riunioni tecniche governative e prossime alla pubblicazione, è, come abbiamo visto, di circa 7,5 litri (arrotondato al primo decimale) *pro-capite* di alcol puro stimato nel 2020 per la quota *recorded* a cui si aggiunge la stima di 0,5 litri (arrotondato al primo decimale) di alcol puro *pro-capite* per la quota *unrecorded*. La stima del consumo medio *pro-capite* totale 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, in oggettiva ulteriore controtendenza rispetto all'attesa riduzione del 10% da registrare entro il 2025.

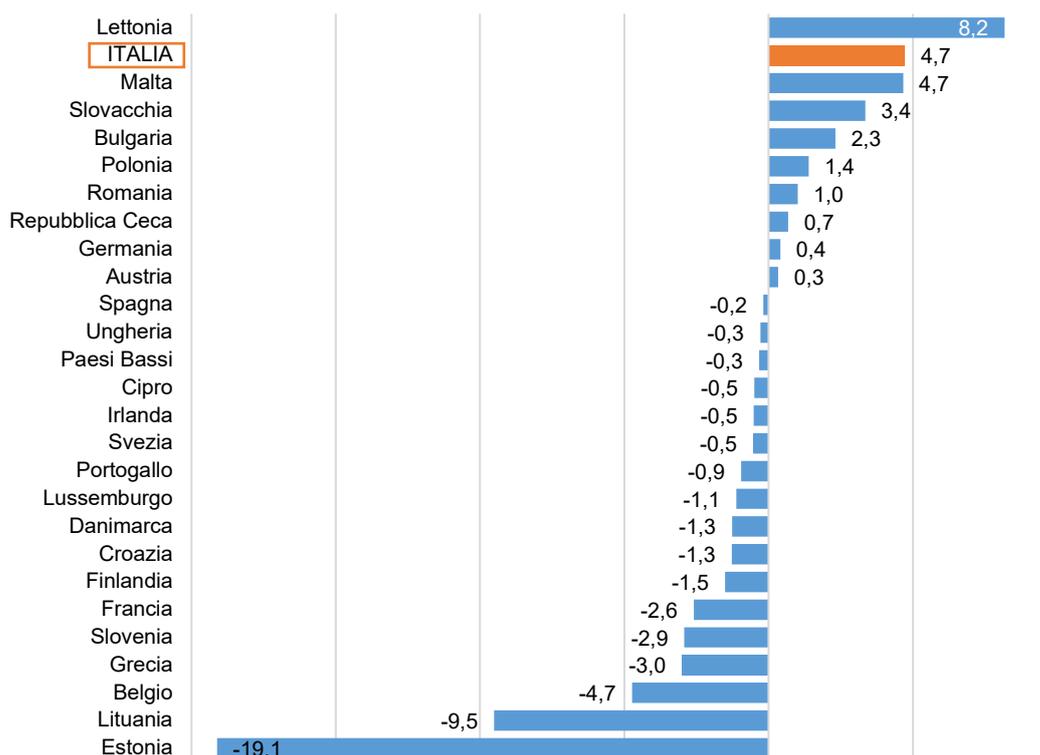


Figura 4. Variazione (%) del consumo totale di alcol *pro-capite* (TAPC) in litri di alcol puro nella popolazione adulta di età maggiore o uguale a 15 anni in Italia e nei Paesi UE tra il 2016 e il 2019.

Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

È in corso di ricostruzione da parte della WHO la serie puntuale degli anni intercorrenti dal 2016 ad oggi: la *Global Survey*, lanciata nel 2024, ha raccolto i dati, in corso di validazione da parte dell'ONA-ISS, di cui a giugno 2025 è prevista la pubblicazione nel database delle Nazioni Unite degli indicatori SDG, l'inclusione nelle statistiche sanitarie della WHO per il 2025 e rese accessibile da GISAH (28) e sul SISMA online.

Una considerazione finale è relativa alla revisione tecnica dei dati di consumo da parte della WHO, anticipata informalmente agli Stati membri e validata per l'Italia dall'ONA, che verrà pubblicata a maggio dalla WHO a livello internazionale. Sulla base dei dati preliminari della WHO si osserva un ulteriore incremento del consumo *pro-capite* tra il 2020 e il 2022, che porterebbe a un aumento totale rispetto al 2016 del 9,46%, dato oggettivamente opposto e in forte controtendenza rispetto al calo atteso del 10% dell'indicatore SDG 3.5.2.

Secondo il recente rapporto delle Nazioni Unite sui SDG del 2024 (13), per quanto riguarda il raggiungimento dell'obiettivo 3.5, nonostante sia stato riscontrato un moderato processo d'implementazione, è necessario accelerare nell'implementazione efficace delle misure di contrasto ai danni alcol-correlati. Lo stesso rapporto focalizza inoltre l'attenzione sul fatto che i dati sull'accesso alle cure per le persone con disturbi legati al consumo di alcol indicano una situazione molto grave, in quanto il trattamento raggiunge 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.

Consumo fra i soli bevitori

Sebbene il tAPC sia un ottimo indicatore del livello di consumo di alcol in un Paese, esso costituisce una media per l'intera popolazione, indipendentemente dal fatto che le persone consumino alcol o meno. Il calcolo dell'APC totale tra i soli bevitori (*drinker only*) fornisce un quadro più accurato del consumo di alcol e rappresenta la quantità media di alcol puro consumata da chi beve alcolici in una popolazione, escludendo chi non consuma alcol e per questo il *Global Health Observatory* (GHO) della WHO ha introdotto questo indicatore nel monitoraggio del gruppo di indicatori relativi ai livelli di consumo.

Di seguito sono riportati i dati relativi unicamente all'Italia in quanto nel sistema GHO non è presente un'analisi sul dato europeo aggregato (interrogazione solo per singoli Paesi).

Il consumo *pro-capite* tra i soli bevitori è definito come la quantità totale (registrata e non registrata) di alcol consumata da ogni bevitore adulto (15+ anni) in un anno solare, in litri di alcol puro, e viene calcolato dividendo il consumo totale *pro-capite* (tAPC) per la proporzione della popolazione che consuma alcol (35). Questo indicatore fornisce una misura più precisa dell'intensità del consumo tra i bevitori attivi. Per esempio, un Paese con un basso tAPC e con una piccola percentuale di bevitori, potrebbe comunque mostrare un elevato consumo *pro-capite* tra i soli bevitori. Questo dato è essenziale per valutare comportamenti di rischio all'interno di specifici gruppi e per progettare interventi mirati.

I dati di consumo di alcol totale *pro-capite* in Italia fra i soli bevitori (Figura 5) mostrano tra il 2000 e il 2019, un andamento analogo a quello evidenziato in tutta la popolazione, (bevitori e non) ovvero un periodo in cui si è registrato un calo dei consumi con un minimo tra il 2009 e il 2010, e una successiva risalita fino al 2019.

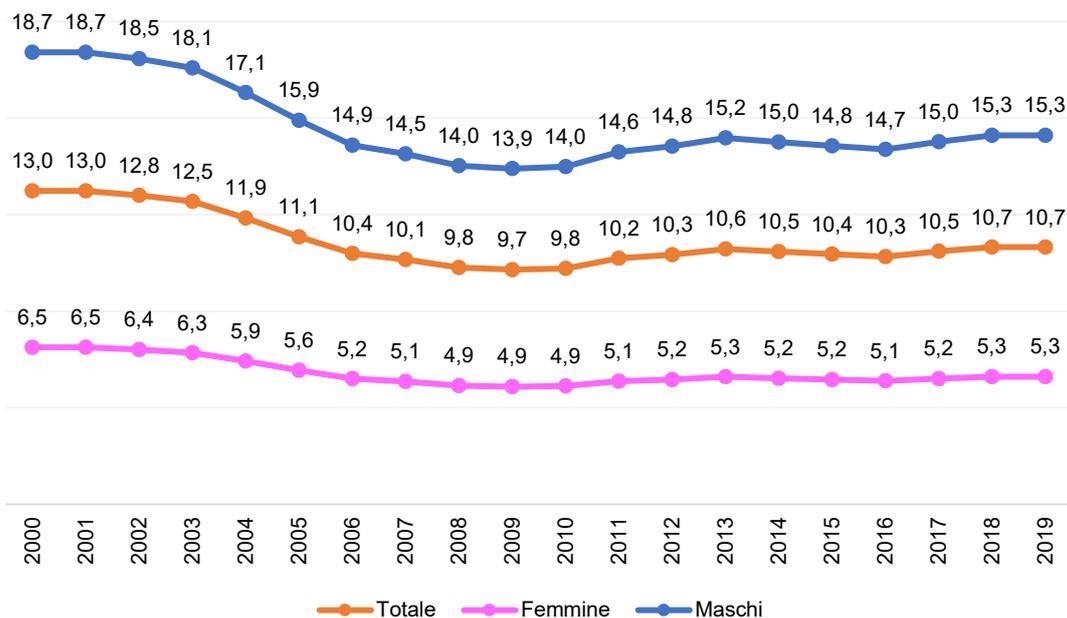


Figura 5. Consumo di alcol totale *pro-capite* (tAPC) fra i soli bevitori nella popolazione adulta di età pari o superiore a 15 anni in Italia dal 2000 al 2020 (dato calcolato sulla media dei tre anni precedenti)

Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

Come per gli altri indicatori, stime più aggiornate sono in corso di validazione e saranno in gran parte rese pubbliche nel corso della *World Health Assembly* per il 2025.

È da segnalare che, per tutte le stime, sono in corso valutazioni supplementari per garantire la qualità dei dati nel corso della pandemia, in particolare per l'anno 2020 la cui intuitiva deflessione nella serie storica potrebbe influire nella tendenza complessiva del trend.

A titolo di esempio, stime informali preliminari e non validate, mostrano che nel 2020 il consumo totale di alcol *pro-capite* fra i soli bevitori è stato di 9,52 litri di alcol puro, 13,6 per i maschi e 4,7 per le femmine, mostrando, come atteso, numeri sensibilmente più alti rispetto al tAPC calcolato nell'intera popolazione, tendenza, come già specificato da verificare.

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'ONA-ISS – come previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA e dal Piano di attuazione per l'anno 2024 del Programma statistico nazionale 2023-2025 (37) e dall'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "SISTema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne (SISMA GD)" – ha analizzato i dati relativi all'anno 2023 dell'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana" condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). L'ONA-ISS si è avvalso delle competenze e delle metodologie riconosciute a livello europeo e internazionale, e ha fornito, anche per l'anno 2023, il quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di sanità pubblica.

Le analisi condotte dall'ONA-ISS integrano le statistiche sul consumo di alcol in Italia prodotte dall'ISTAT nel rapporto BES (Benessere Equo e Sostenibile) (38) relative all'anno 2023, al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione e alla salvaguardia della salute dei cittadini, oltre che alla stesura della relazione al parlamento (21) prevista ai sensi della Legge 125 del 30 marzo 2001 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati" (22).

I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'"Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana". L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui, tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. L'indagine è realizzata a cadenza annuale, ed è condotta su un campione di circa 20.000 famiglie e 50.000 individui. Dal 2018 l'indagine si svolge con tecnica mista di rilevazione CAWI/PAPI sequenziale (*Computer Assisted Web Interview/Paper and Pencil Interview*). L'indagine rientra tra quelle del Programma Statistico Nazionale, che raccoglie l'insieme delle rilevazioni statistiche necessarie al Paese.

Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi

L'indicatore relativo alla prevalenza di astemi nella popolazione è da anni inserito tra gli indicatori del GISAH della WHO (39); esso è un indicatore fondamentale per la WHO per valutare e monitorare la situazione sanitaria e gli andamenti relativi al consumo di alcol, ai danni correlati all'alcol e alle risposte politiche nei diversi Stati. In Italia, attraverso i dati raccolti con l'"Indagine multiscopo delle famiglie – Aspetti della vita quotidiana" dell'ISTAT è possibile stimare ogni anno sia la prevalenza degli astemi, ossia coloro che non hanno mai consumato bevande alcoliche nel corso della loro vita, sia quella degli astinenti, ossia coloro che nel corso degli ultimi dodici mesi non hanno consumato bevande alcoliche, pur avendone consumate prima.

La prevalenza degli astemi nel corso dell'anno 2023 è stata pari al 18,7% tra i maschi e 36,8% tra le femmine e non si registrano variazioni significative rispetto al 2022 (Figura 6).

L'analisi dell'andamento dell'indicatore nel corso degli ultimi 10 anni mostra una tendenza in crescita del 9,3% tra i maschi minorenni e del 6,8% tra le femmine minorenni; per queste ultime si osserva tuttavia un calo della prevalenza di astemie sia tra le adulte che tra le anziane (Figura 7).

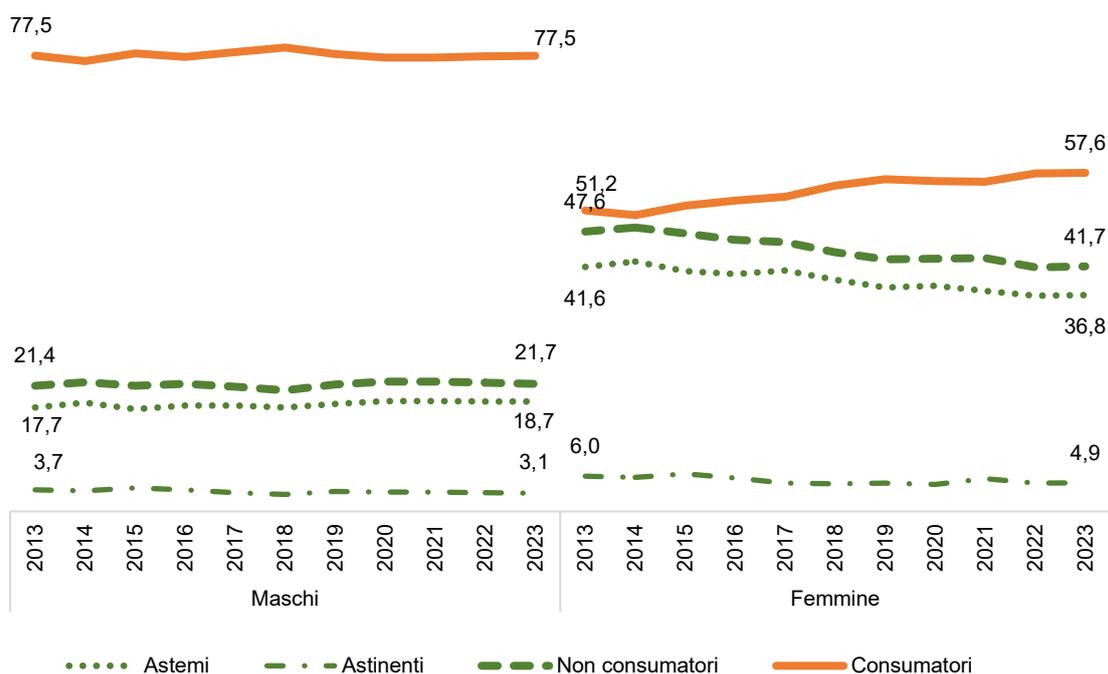


Figura 6. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per sesso (2013-2023)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per classi di età mostra inoltre, per entrambi i generi, valori più elevati tra i giovani (M=76,1%; F=81,2%), seguiti dagli anziani (M=14,0%; F=42,6%) e dagli adulti 18-64enni (M=13,5%; F=29,7%). In tutte le classi di età considerate la prevalenza delle astemie è più elevata rispetto a quella dei maschi (Figura 7).

La prevalenza degli astinenti, ossia di coloro che nel corso dell'anno precedente all'intervista non avevano consumato bevande alcoliche, nel 2023 è stata del 3,1% tra i maschi e del 4,9% tra le femmine, e per entrambe i sessi, non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Nonostante l'indicatore abbia subito delle oscillazioni nel corso degli ultimi anni, l'analisi evidenzia che rispetto al 2013 la prevalenza degli astinenti di sesso maschile è diminuita (vedi Figura 6).

L'analisi per classi di età mostra che nel 2023 la prevalenza è stata più elevata tra le femmine nella classe di età anziana (6,4%), mentre viceversa tra i maschi, i valori più bassi si osservano nella classe di età adulta (18-64 anni). Ad eccezione della classe di età dei minorenni, la prevalenza delle femmine astinenti è più elevata rispetto a quella dei maschi coetanei (Figura 7).

Nel 2023 si stima che le persone che non hanno consumato bevande alcoliche (astemi + astinenti) sono state il 21,7% dei maschi e il 41,7% delle femmine (vedi Figura 6), pari ad oltre 17 milioni di persone. La prevalenza delle non consumatrici è rimasta pressoché costante rispetto al 2022 sebbene tra le minorenni si sia osservato un incremento statisticamente significativo del 5%. L'andamento degli ultimi 10 anni, mostra un trend in continua diminuzione per il sesso femminile, con una variazione statisticamente significativa del -12,4% rispetto al 2013; la diminuzione si mantiene significativa anche per la classe di età adulta e anziana, mentre tra le minorenni si osserva un andamento in controtendenza, in crescita (+6,2%) rispetto ai dieci anni precedenti, aumento che risulta significativo anche per i coetanei di sesso maschile (+8,5%).

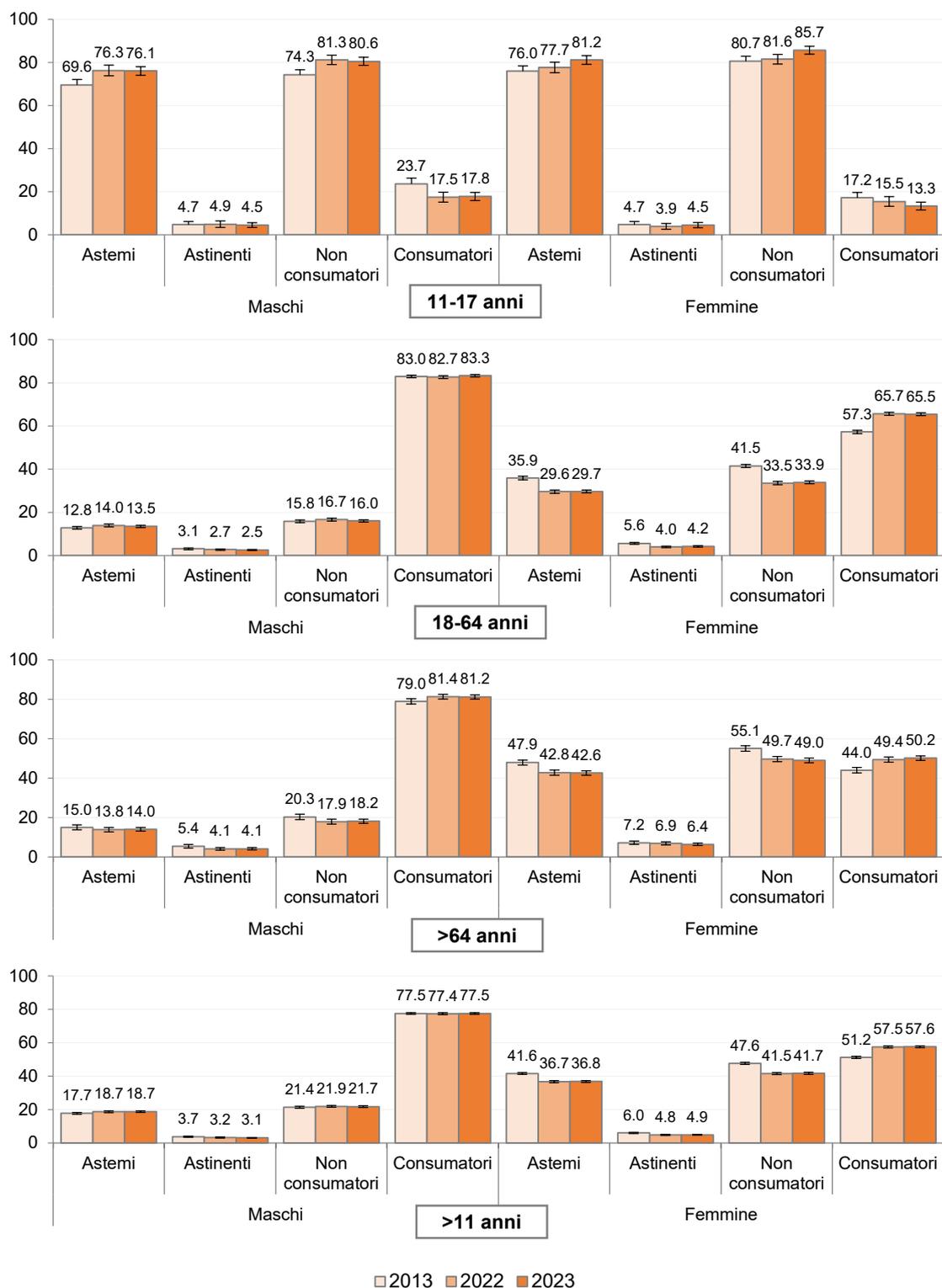


Figura 7. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori, e consumatori di bevande alcoliche per sesso e classe d'età (2013, 2022, 2023)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Infine, nel corso del 2023, i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 67,3% degli italiani sopra gli 11 anni, ovvero circa 36 milioni di persone. La prevalenza maggiore si registra, come sempre, tra i maschi, di cui è consumatore il 77,5% rispetto al 57,6% delle femmine. Rispetto ai dieci anni precedenti, le prevalenze sono rimaste pressoché invariate per i maschi, mentre per le femmine si conferma, come lo scorso anno, il valore più alto rispetto al 2013 (+12,5%), aumento che risulta significativo sia per le femmine adulte che per le anziane (vedi Figura 7). Per ogni classe di età, la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata più elevata tra i maschi rispetto alle femmine e per entrambi i generi le percentuali di consumatori più elevate sono nella classe di età 18-64 anni, mentre i valori più bassi si rilevano per i minorenni. Per questi ultimi la differenza tra maschi e femmine è inferiore rispetto alle altre classi d'età, sebbene nel 2023 si conferma la diminuzione, già rilevata in precedenza, della prevalenza di consumatrici in questa fascia d'età (vedi Figura 7).

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

Nel 2023 il 65,5% dei maschi e il 45,2% delle femmine ha consumato vino, corrispondenti a quasi 29 milioni e mezzo di persone. Rispetto alla rilevazione precedente non si osservano variazioni significative né in relazione al sesso che alla classe di età (Figura 8). Analizzando l'andamento nel corso degli ultimi dieci anni non si osservano variazioni significative per i maschi, mentre per le femmine si registra un incremento delle consumatrici di vino rispetto al 2013, che risulta significativo nella classe di età 18-64 anni (Figura 9). La prevalenza dei consumatori di vino fra i maschi è superiore a quella delle consumatrici in tutte le classi di età.

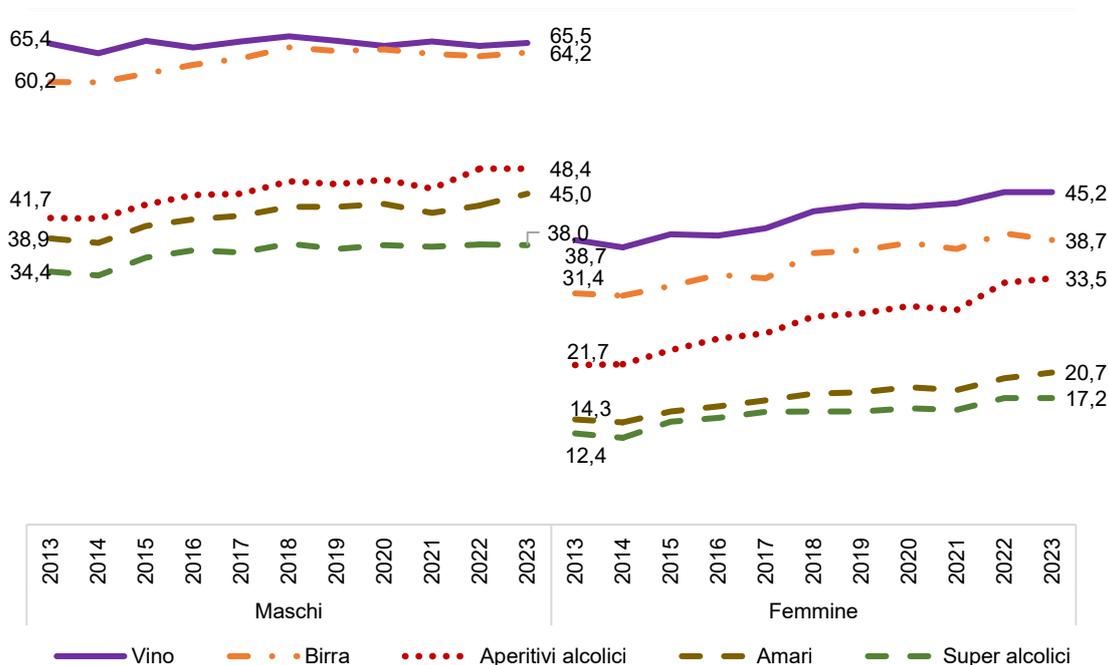


Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

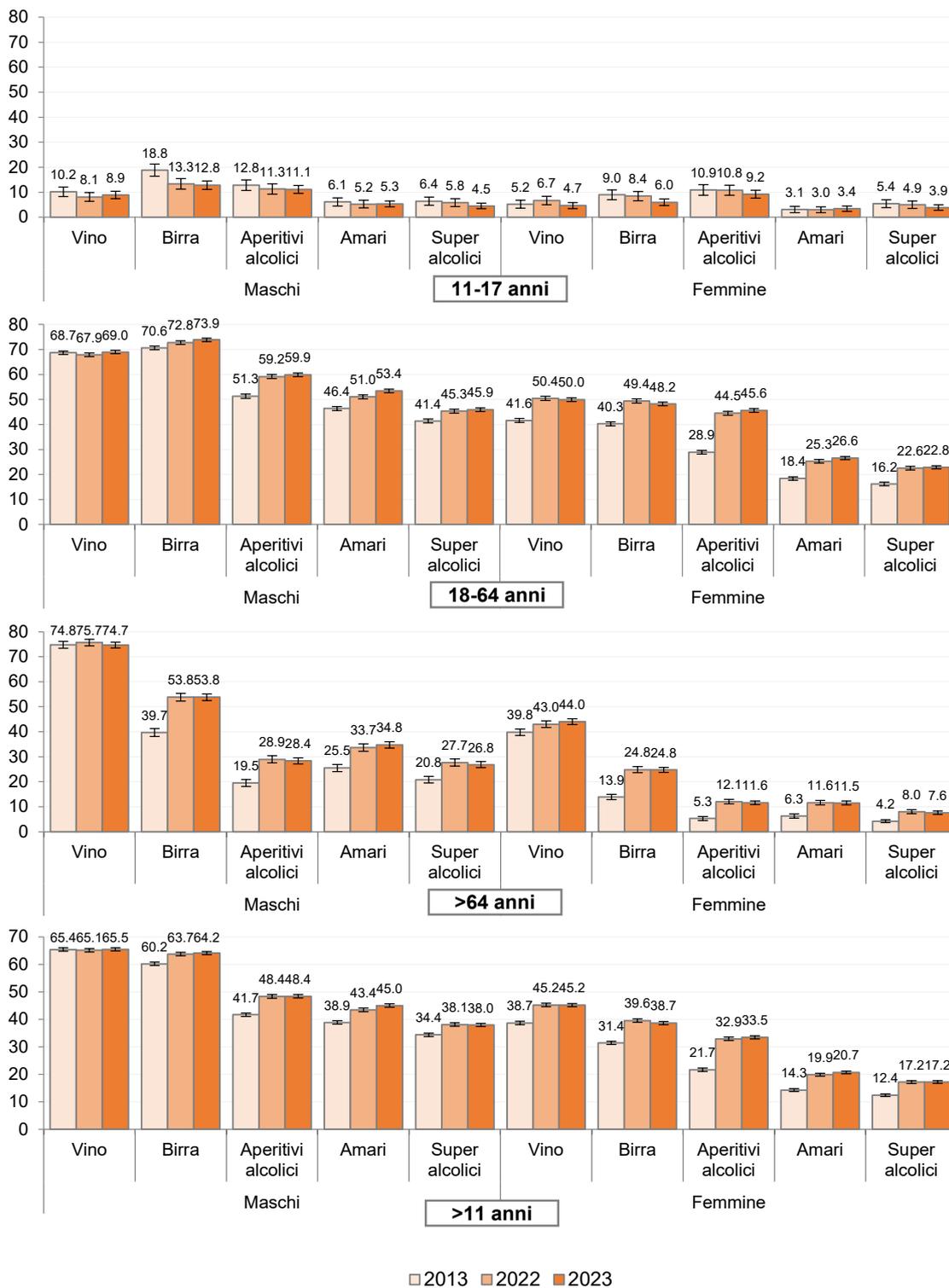


Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso e classe d'età (2013, 2022, 2023)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Oltre ventisette milioni di persone di età superiore a 11 anni hanno riferito di aver consumato birra nel corso del 2023, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile molto superiore a quella femminile (64,2% e 38,7% rispettivamente). Si conferma anche per il 2023 un trend in crescita delle consumatrici di birra che sono aumentate del 23,2% rispetto al 2013 e che risulta significativo anche nella classe di età adulta e anziana; anche per i maschi la prevalenza è aumentata sia nella popolazione di età superiore a 11 anni (+6,6%) sia nelle fasce di età adulte e anziane. Rispetto al 2013 si osserva una diminuzione tra i giovani (*vedi* Figure 8 e 9).

Gli aperitivi alcolici sono stati consumati, nel 2023, da quasi 21 milioni e ottocentomila persone di età superiore a 11 anni e la prevalenza tra i maschi (48,4%) è superiore a quella tra le femmine (33,5%). Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni statisticamente significative né per sesso né per classe di età. (*vedi* Figura 8). Si conferma tuttavia un trend che mostra un aumento significativo rispetto al 2013 del consumo di aperitivi alcolici sia fra i maschi (+16,1%) che fra le femmine (+54,4%) confermato anche per la classe di età 18-64 e 65+. Nella classe d'età più giovane, il trend negli ultimi 10 anni nel consumo di aperitivi è in diminuzione in entrambe i sessi, sebbene non significativo (*vedi* Figura 9).

Gli amari sono stati consumati, nel 2023, da oltre 17 milioni di persone di età superiore a 11 anni, e la prevalenza dei consumatori tra i maschi risulta essere oltre il doppio di quella delle femmine (M: 45,0%; F: 20,7%) (*vedi* Figura 9). Tra i maschi si osserva un aumento statisticamente significativo dei consumatori sia rispetto alla precedente rilevazione (+3,7%) sia rispetto ai precedenti dieci anni (+15,7%), che risulta significativa anche nella fascia di età 18-64 anni (*vedi* Figura 9). La prevalenza delle consumatrici di amari invece è rimasta pressoché stabile rispetto al 2022 ma risulta aumentata del 44,8% rispetto al 2013. L'analisi dell'andamento degli ultimi dieci anni mostra che gli incrementi sono stati significativi per entrambe i sessi sia nella fascia di popolazione adulta che in quella anziana.

I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2023 da più di 14 milioni e seicentomila persone di età superiore a 11 anni, pari al 38,0% dei maschi e al 17,2% delle femmine e i dati di prevalenza sono rimasti pressoché stabili rispetto all'anno precedente (*vedi* Figura 9). Anche per questa bevanda si registra un incremento dei consumatori di entrambi i sessi rispetto al 2013 (M=+10,5%; F= +38,7%) che risulta significativo anche nelle classi di età adulta e anziana (*vedi* Figura 9).

COMPORAMENTI A RISCHIO

Il consumo di alcol, un fattore di rischio completamente prevenibile (3), di cui la Regione europea della 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. Queste includono sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, patologie cardiovascolari, cirrosi epatica e malattie infettive (40-49). Almeno 40 sono le malattie e condizioni identificate dalla WHO, e descritte nel manuale ICD-10, totalmente attribuibili all'alcol (5), 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 (40-49). 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 (3, 8, 40, 43).

L'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (*International Agency for Research on Cancer*, IARC) classifica l'alcol come un cancerogeno di Gruppo 1, evidenziando la sua capacità di indurre lo sviluppo del cancro negli esseri umani. I tumori più frequentemente associati al consumo di alcol includono quelli della cavità orale, della faringe, della laringe, dell'esofago, del fegato, del pancreas, del colon-retto e della mammella (44-49).

Le ripercussioni dell'alcol si estendono anche alla sfera familiare: può danneggiare le relazioni sociali e affettive, generare difficoltà economiche, portare alla perdita del lavoro (50) e compromettere la salute e il benessere della famiglia (51). Nel tempo, i familiari possono sviluppare sintomi di co-dipendenza, mentre i figli di genitori alcolodipendenti presentano un rischio maggiore di sviluppare problemi emotivi e una probabilità quattro volte superiore rispetto ad altri bambini di manifestare dipendenze da alcol in età adulta. Inoltre, molti figli di alcolodipendenti hanno subito abbandono o abusi in ambito domestico nel corso della vita (51).

I danni legati all'alcol possono manifestarsi fin dalle prime fasi della vita a causa dell'esposizione prenatale. Bere alcol durante la gravidanza è associato a gravi complicazioni gestazionali, tra cui aborti spontanei, nati morti, parto prematuro, ritardo della crescita intrauterina e basso peso alla nascita (52), nonché a condizioni permanenti note come disturbi dello spettro alcolico fetale (*Foetal Alcohol Spectrum Disorders*, FASD) (53-55). Tra questi, la sindrome alcolica fetale (*Foetal Alcohol Syndrome*, FAS) è la forma più grave e riconoscibile, caratterizzata da danni cerebrali permanenti, malformazioni congenite e deficit cognitivi, emotivi e comportamentali. Prevenire tali esiti è cruciale, e proprio su questo tema si è concentrato il recente impegno dell'ONA-ISS attraverso il progetto europeo FAR SEAS (*Foetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS*) (56-58).

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*) (59-62). 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 SISMA, in conformità con il DPCM del 3 marzo 2017 sulle sorveglianze (36).

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 (63); 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 alcolici considerati sicuri e che l'astinenza rappresenta la scelta migliore per la prevenzione del cancro. 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 incompatibile con la sopravvivenza.

I comportamenti a rischio monitorati attraverso il SISMA sono il consumo abituale eccedentario e i comportamenti occasionali ad alto impatto sulla salute, come il consumo lontano dai pasti e il *binge drinking*, ovvero l'assunzione concentrata di grandi quantità di alcol in un'unica occasione (23, 24). La raccolta dei dati avviene attraverso l'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”, condotta ogni anno dall'ISTAT per analizzare le abitudini degli italiani. Questa indagine include un modulo specifico dedicato al consumo di alcol e costituisce una risorsa fondamentale per seguire le tendenze nel tempo. Il monitoraggio rientra nelle disposizioni del DPCM del 3 marzo 2017 e nel Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma Statistico Nazionale 2023-2025. I dati raccolti vengono poi elaborati e pubblicati dall'ISTAT nelle tavole “Il consumo di alcol in Italia” (36-38), offrendo un quadro dettagliato della situazione nel Paese.

Consumatori fuori pasto

Bere alcolici lontano dai pasti, indipendentemente dal livello di consumo, è associato a un rischio maggiore di sviluppare il cancro del tratto aero-digestivo superiore rispetto a chi beve solo durante i pasti, come dimostra uno studio condotto in Italia e in Svizzera (64). Sebbene l'Italia sia un Paese in cui è tradizionalmente abitudine il consumo di bevande alcoliche durante i pasti, soprattutto del vino, da molti anni ormai è avvenuto un graduale cambiamento delle abitudini di consumo alcolico che ha portato alla diffusione di comportamenti a rischio come il bere a stomaco vuoto.

Nel 2023 i consumatori di vino o alcolici fuori pasto in Italia sono stati il 41,3% dei maschi e il 23,9% delle femmine, pari a diciassette milioni e 300 mila persone di età superiore a 11 anni di cui 10 milioni e 700 maschi e 6 milioni e 600 mila femmine. L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni (M=3,5%; F=1,5%) fino a raggiungere i valori massimi tra i maschi di età 25-44 anni, con oltre la metà che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (M=56,8%) e tra le femmine nella fascia di età 18-24 anni, con il 42,5%; oltre tali fasce d'età, per entrambi i sessi, le percentuali diminuiscono nuovamente arrivando tra gli ultra 75enni al 24,8% degli anziani e all'8,5% delle anziane. La prevalenza dei bevitori fuori pasto di sesso maschile è sempre superiore rispetto alle femmine tranne per i giovani di 16-17 anni in cui non si osservano differenze significative fra i sessi anche se è numericamente maggiore la prevalenza fra le femmine (Figura 10).

Il trend del consumo fuori pasto negli ultimi 10 anni si conferma, come per l'anno precedente, in costante aumento per entrambi i sessi, anche se le variazioni non sono statisticamente significative se considerate annualmente (Figura 11).

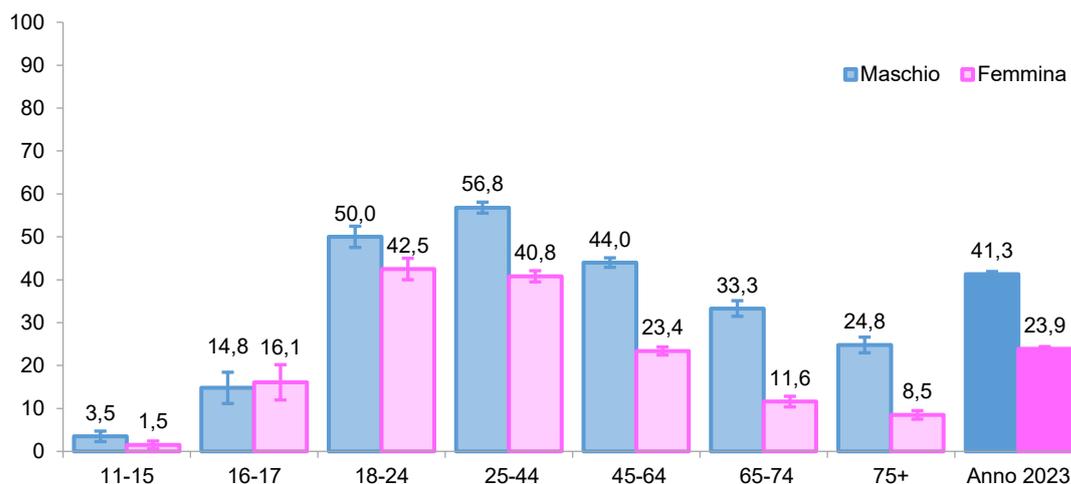


Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per sesso e classe d'età (2023)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per sesso (2013-2023)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori abituali eccedentari

Il “consumo abituale eccedentario” si riferisce a un’assunzione di bevande alcoliche che supera, sia in termini di frequenza che di quantità, i limiti di consumo oltre i quali si può incorrere in rischi per la salute, tenendo conto del sesso e dell’età dell’individuo. Tali limiti sono delineati nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione, curato dal CREA (63), e sono da anni adottati dal Ministero della Salute, l’ISTAT e l’ISS per il monitoraggio delle abitudini di consumo della popolazione (21, 23-24, 67). Le raccomandazioni presenti nei sistemi di sorveglianza istituzionali indicano che per le donne adulte e gli anziani oltre i 65 anni, la quantità giornaliera non dovrebbe eccedere una Unità Alcolica (UA), mentre per i maschi adulti il limite è fissato a due UA al giorno, indipendentemente dalla tipologia di bevanda assunta (63). Le linee guida nutrizionali

sottolineano, inoltre, che i minori devono astenersi completamente dal consumo di alcol, anche occasionale, poiché il loro sistema enzimatico non è ancora in grado di metabolizzarlo correttamente. Alla luce di tali evidenze scientifiche, la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica ai minori è vietata dalla legge.

Nel 2023 il 12,2% dei maschi e il 5,5% delle femmine di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver ecceduto abitualmente nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 4.700.000 persone di cui 3.200.000 maschi, 1.500.000 femmine. Tra gli adolescenti di 16-17 anni si osserva la percentuale più elevata di consumatori abituali eccedentari (M=39,2%; F=30,7%) seguita dagli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa si registra invece nella fascia di età 18-24 anni (M=2,7%; F=1,5%). Si conferma anche per l'anno 2023 una differenza di genere significativa nella popolazione adulta, ovvero dai 25 anni in poi (Figura 12).

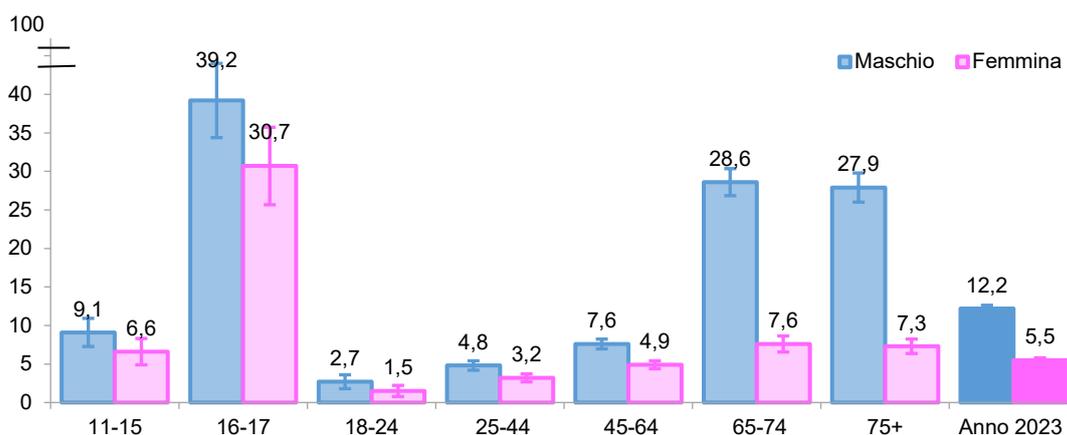


Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Negli ultimi 10 anni l'andamento dei consumatori abituali eccedentari nelle persone di età superiore a 11 anni mostra un trend in diminuzione, già evidenziato lo scorso anno. Nel 2023, il 12,2% dei maschi e il 5,5% delle femmine hanno consumato in modalità eccedentaria abituale; rispetto alla precedente rilevazione, quella del 2022, i valori sono diminuiti, ma non in maniera statisticamente significativa (Figura 13).

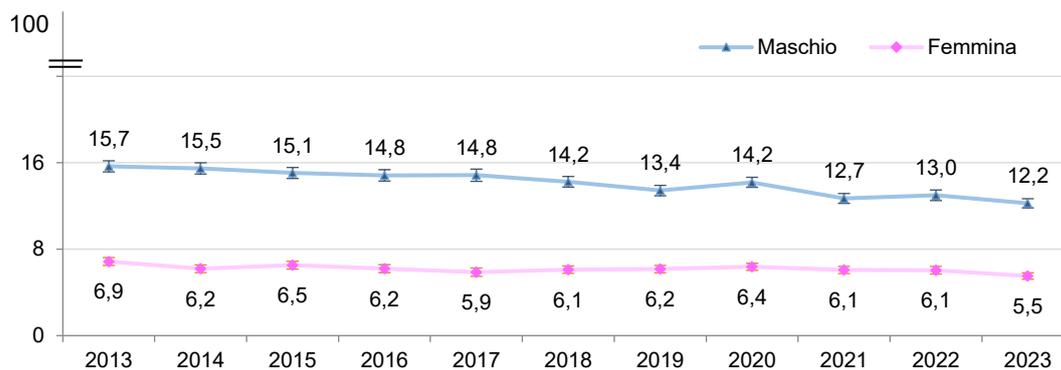


Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per sesso e classe d'età (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori giornalieri

Una recente metanalisi condotta su oltre 107 pubblicazioni ha mostrato che non esiste alcuna associazione protettiva relativa a comportamenti di consumo di alcol occasionali o di bere in quantità limitate, sulla mortalità per tutte le cause, mentre aumenta il rischio di mortalità per tutte le cause nei consumatori giornalieri (65).

La prevalenza dei consumatori di età superiore a 18 anni che hanno bevuto almeno una bevanda alcolica al giorno, indipendentemente dal tipo, è stata nel 2023 pari al 29,1% nei maschi, in calo significativo rispetto al 2022 del 5,21%, e dell'11,0% nelle femmine, pressoché invariate, per un totale di circa 9 milioni e ottocentomila persone (M=7.000.000, F=2.800.000) che hanno consumato giornalmente almeno una bevanda alcolica (Figura 14). L'analisi per classi di età mostra che per entrambi i sessi la prevalenza è minima nella classe più giovane (M=8,4%; F=2,9%) e aumenta con l'età, con i valori più elevati negli anziani dove quasi 1 maschio su 2 e 1 femmina su 6 adottano questa tipologia di consumo. La prevalenza di consumatori giornalieri di sesso maschile è significativamente superiore a quella delle coetanee per ogni classe di età. L'analisi del trend conferma l'andamento in calo dell'indicatore degli ultimi 10 anni, già evidenziato l'anno scorso, con la prevalenza dei consumatori giornalieri che è diminuita del 22,0% per i maschi e del 12,0% per le femmine rispetto al 2013 (Figura 15).

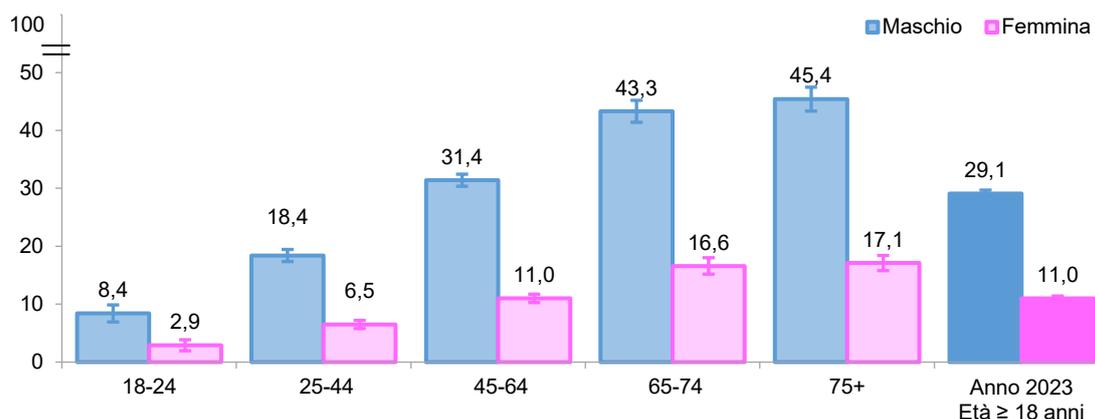


Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

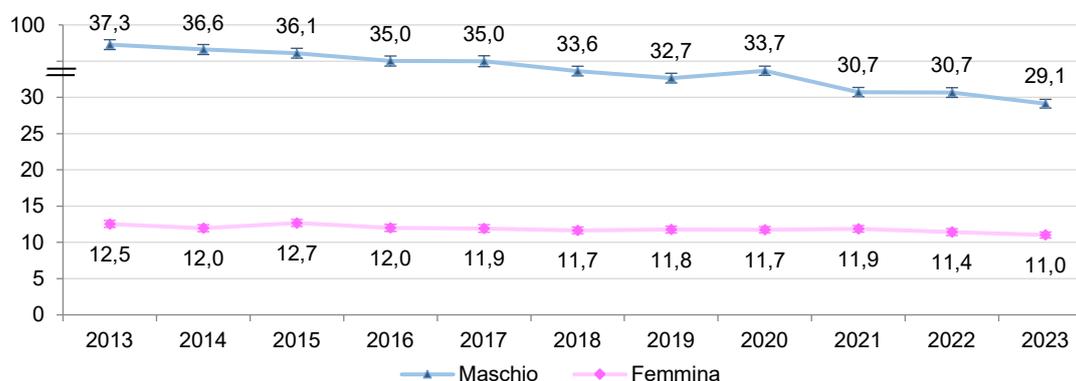


Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori a rischio (criterio ISS)

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 (18, 66). Anche piccole quantità di alcol aumentano la possibilità di sviluppo di tumori (8, 9, 40, 44-49), di provocare danni al cervello (68) di favorire lo sviluppo di diverse patologie (40). 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 Alcologia (SIA), dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN), e dell'ONA-ISS. Questo strumento consente di rappresentare 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 (69). 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 (23, 36, 38, 67). Secondo il criterio ISS sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo una bevanda alcolica, i maggiorenni di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA 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.

Nel 2023 la prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi appena descritto, è stata del 21,2% per i maschi e del 9,2% per le femmine (sopra gli 11 anni), per un totale di 8 milioni di persone (M=5.500.000, F=2.500.000) che non si sono attenute alle indicazioni di salute pubblica. 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 16). L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori a rischio di sesso maschile è diminuita del 10,4% (2023 rispetto al 2013) mentre, per le femmine, i valori sono pressoché stabili e oscillano tra l'8,2% e il 9,2% (Figura 17).

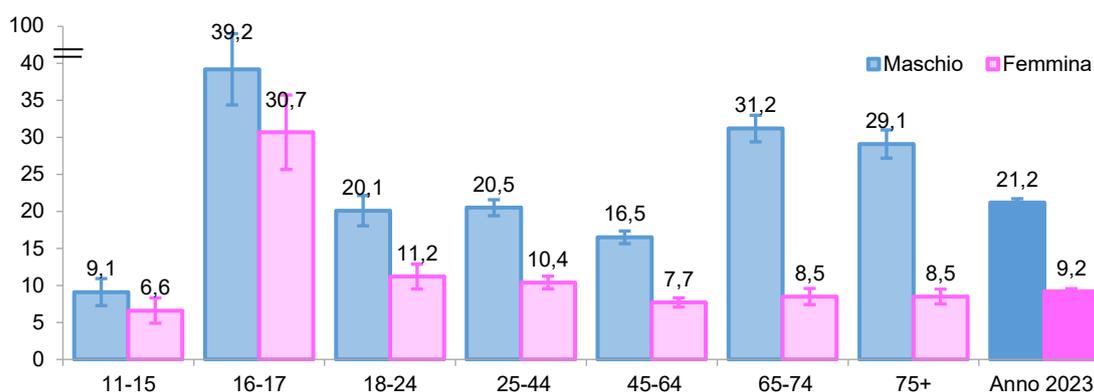


Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

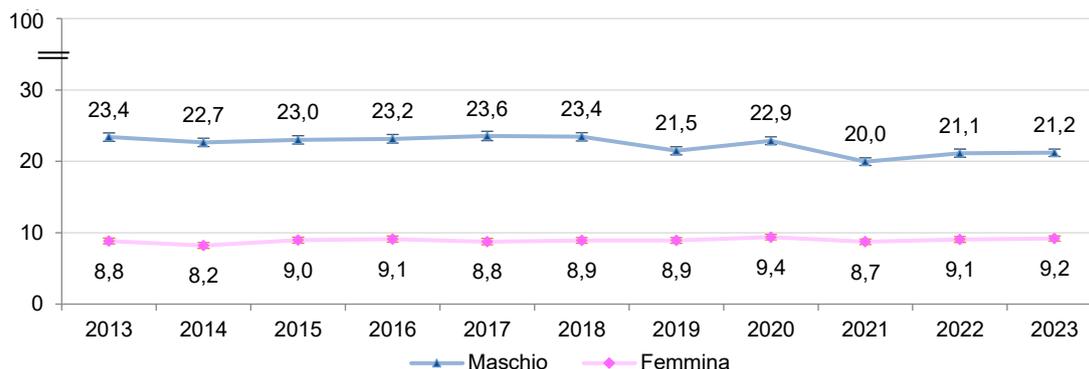


Figura 17. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso (2013-2023)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori *binge drinking*

L'intossicazione acuta da alcol è una condizione intercorrente, potenzialmente transitoria, causata dal consumo di una notevole quantità di alcol che influisce negativamente su una serie di funzioni cognitive, tra cui la memoria, la pianificazione e il controllo motorio complesso e questa perdita può portare a comportamenti inaspettati e lesioni.

Uno studio sull'intossicazione da alcol nei pazienti traumatizzati ricoverati al pronto soccorso mostra che l'intossicazione alcolica è in gran parte responsabile di incidenti stradali, lesioni ai pedoni, atti di violenza tra cui quella domestica, tentativi di suicidio, lesioni alla testa dovute a cadute e incidenti e questi eventi sono associati a grave disabilità post-traumatica e mortalità (70).

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 da alcol viene rilevata annualmente la prevalenza di consumatori *binge drinking*. Il *binge drinking* è un modello di consumo di alcol che porta la concentrazione di etanolo nel sangue a salire molto rapidamente con gravi conseguenze per la salute. In Italia 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 (23, 63, 67, 71), e la sua definizione prende in considerazione la terza domanda dell'AUDIT-C (72, 73). Il dato viene annualmente rilevato dall'ISTAT tramite l'"Indagine multiscopo sulle famiglie". Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nel Nord Europa (74), ed è particolarmente diffusa nelle fasce di popolazione giovanile, proprio quella popolazione per la quale lo sviluppo del cervello entra in una fase molto importante e delicata: è infatti tra gli adolescenti che ripetuti episodi di *binge drinking* possono alterare lo sviluppo cerebrale e causare disturbi persistenti nelle funzioni sociali, di attenzione, nella memoria e delle altre funzioni cognitive (75).

Già nel 2010 era stata approvata dalla WHO la prima strategia globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol (4) che prevedeva tra le 10 aree prioritarie d'intervento, la riduzione delle conseguenze negative del bere e delle intossicazioni alcoliche. 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)* (76-77) 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 (78).

La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nel 2023 è stata pari all'11,3% tra i maschi e al 4,5% tra le femmine di età superiore a 11 anni, pari a 4 milioni e 130 mila *binge drinker* (M=2.900.000; F=1.230.000) (Figura 18).

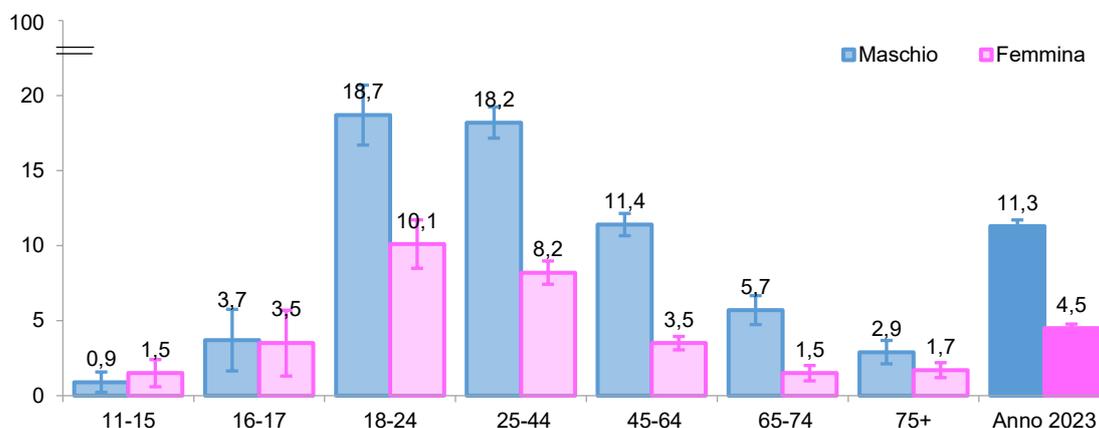


Figura 18. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per sesso e classe d'età (2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=18,7%; F=10,1%) per poi diminuire nuovamente con l'avanzare dell'età, raggiungendo tra la popolazione ultra 75enne il valore di 2,9% tra i maschi e 1,7% tra le femmine. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad 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.

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 (Figura 19).

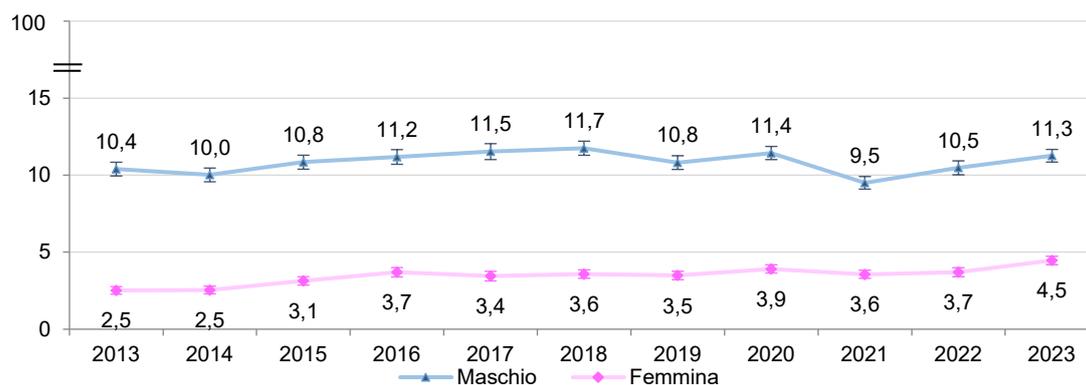


Figura 19. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per sesso (2013-2023)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol

Il consumo dannoso corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute a livello fisico e mentale e nel sistema di monitoraggio italiano viene rilevata attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 g di alcol per le femmine adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 g di alcol per i maschi adulti (che corrispondono a circa 6 UA) (23, 63).

La definizione di Disturbo da Uso di Alcol (DUA) riportata nel manuale DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) (79) è una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale o sanitario (63, 80). Il rischio che una persona sviluppi un disturbo da uso di alcol può essere identificato sia utilizzando uno strumento di screening appositamente progettato a tale scopo, sia misurando il consumo stesso.

Esistono numerosi test per valutare se un soggetto è affetto da DUA. Il più usato è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT (81). A livello nazionale non esistono studi ad hoc che utilizzano questo strumento per rilevare e monitorare la prevalenza di DUA nella popolazione; è stato tuttavia sviluppato un indicatore per stimarne la prevalenza attraverso la rielaborazione delle quantità di alcol rilevate attraverso l'indagine multiscopo sulle famiglie annuale dell'ISTAT.

Nel 2023, in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi di alcol nella popolazione dai 15 anni in su, è stata del 1,91% tra i maschi e dell'1,16% tra le femmine, pari a circa 780.000 persone dai 15 anni di età (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); per tutte le classi di età considerate, il valore nei maschi è superiore a quello delle femmine (Figura 20). I 780mila consumatori dannosi sono a tutti gli effetti pazienti "in need for treatment" ai sensi del DSM-5 (79) e assimilati clinicamente all'alcol dipendente, da prendere quindi in carico presso i servizi territoriali che registrano 62.886 alcol dipendenti in carico nel 2022 (ultimo dato disponibili, in attesa di aggiornamento da parte del Ministero della Salute), in costante riduzione nel corso degli anni per mancata intercettazione da parte dell'SSN e ovviamente ben distanti da quelli attesi rappresentando solo il 8,1% di coloro che sono già in necessità di un trattamento e non lo ricevono.

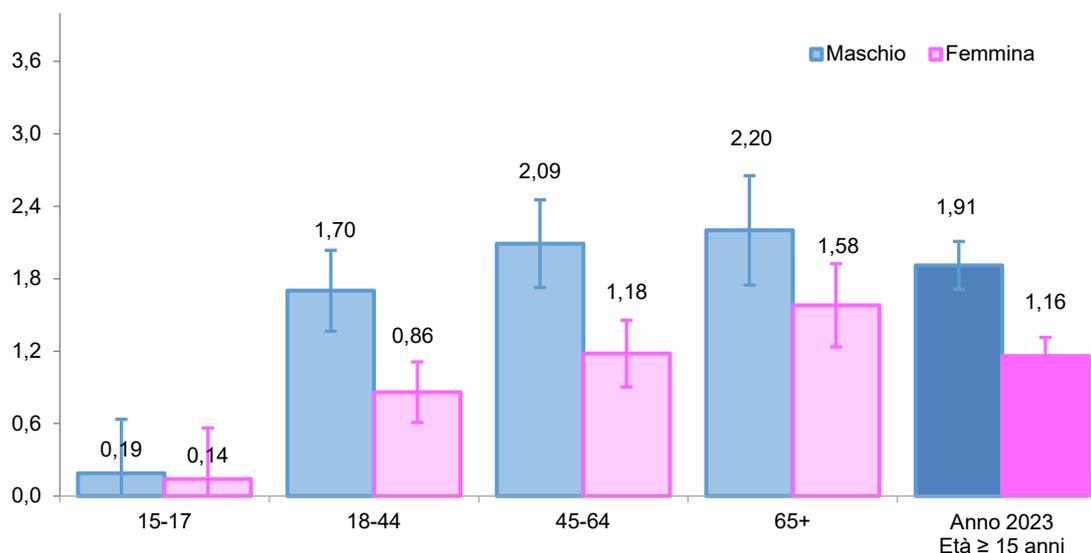


Figura 20. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per sesso e classe d'età (2023)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

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 (27), 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 21).

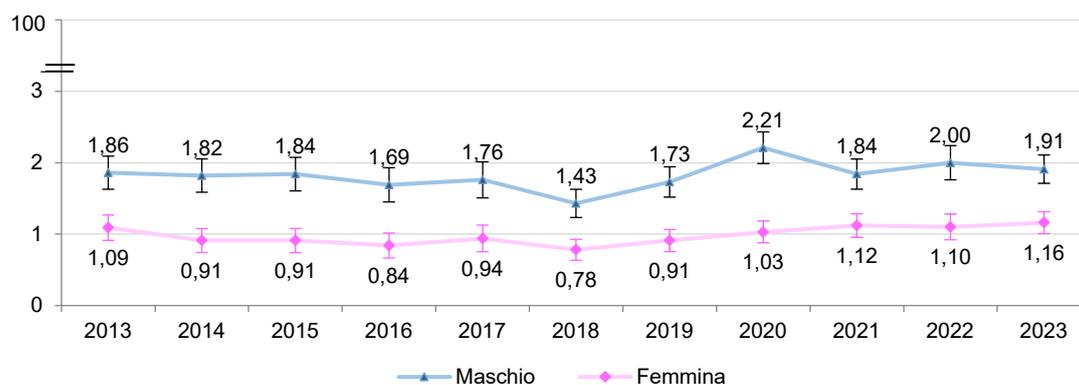


Figura 21. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per sesso (2013-2023)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

La relazione sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle Provincie Autonome di Trento e Bolzano è un documento redatto annualmente dall'ONA-ISS per il monitoraggio dei consumi e delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche, come stabilito dalla Legge quadro 125/2001 in materia di alcol e di problemi alcol-correlati (22). L'attività di monitoraggio è da anni inserita nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel Piano Sanitario Nazionale per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione (22, 82, 83). Al fine di agevolare le Regioni e le Provincie Autonome nella predisposizione dei Piani Regionali e nella programmazione regionale delle attività di prevenzione (84), il Ministero della Salute ha incaricato l'ONA-ISS di sviluppare un sistema standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) e di pubblicare ogni anno l'aggiornamento dei principali indicatori del sistema di monitoraggio alcol-correlato SISMA.

Il sistema SISMA online è stato ristrutturato e reso disponibile (www.epicentro.iss.it/alcol): esso rappresenta lo strumento di riferimento del Ministero della Salute per monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le Regioni e le provincie autonome, che sono di seguito riportati raggruppate per macroarea (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index>).

In Italia il 77,5% dei maschi e il 57,6% delle femmine di età superiore a 11 anni, pari a circa 36 milioni di abitanti, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2023, senza variazioni significative rispetto al 2022. Anche i consumi delle diverse bevande alcoliche, a livello nazionale, sono pressoché invariati per entrambi i sessi, a eccezione del consumo di amari nei maschi che è aumentato del 3,7% rispetto al 2022. Si registra inoltre un aumento significativo delle femmine che bevono alcolici in modalità *binge drinking* che sono passate dal 3,7% del 2022 al 4,5% nel 2023, con un incremento del 20,5% (Tabelle 1 e 2).

Italia nord-occidentale

Nel 2023 i consumatori di bevande alcoliche in Italia nord-occidentale sono stati il 78,1% dei maschi e il 58,3% delle femmine, senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Le femmine mantengono un valore al di sopra della media nazionale, al contrario dei maschi che hanno invece un valore in linea con la media. La prevalenza dei consumatori delle singole bevande vede in aumento rispetto al 2022 i consumatori di amari (+8,4%), che restano comunque in linea con la media nazionale. Sono invece al di sopra della media i consumatori di entrambi i sessi di aperitivi alcolici (M=52,0%; F=36,5%) e di superalcolici (M=40,6%; F=18,6%) e di vino per le sole femmine (47,0%). Le prevalenze delle abitudini di consumo in Italia nord-occidentale nel 2023 si mantengono in gran parte sopra la media nazionale, a eccezione dei consumatori abituali eccedentari maschi (13,1%) e le *binge drinker* femmine (5,2%) che sono invece in linea con la media nazionale. I consumatori fuori pasto sono il 46,1% dei maschi, in aumento del 6% rispetto al 2023, e il 26,6% delle femmine, i *binge drinker* maschi sono il 12,8%, e le femmine che consumano in modalità abituale eccedentaria il 6,4%. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS, sempre sopra la media nazionale, sono il 23,5% dei maschi e il 10,5% delle femmine (Tabelle 1 e 2).

Piemonte

Nel 2023 in Piemonte il 78,7% dei maschi e il 60,0% delle femmine hanno consumato almeno una bevanda alcolica, senza variazioni significative rispetto al 2022 e in linea con la media nazionale. Per entrambi i sessi, i consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono in linea con la media nazionale e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Il 27,9% dei maschi e l'11,0% delle femmine non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica e hanno consumato bevande con modalità rischiose per la loro salute (criterio ISS), dato al di sopra della media italiana per entrambi i sessi. Per quanto riguarda gli altri comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale anche le prevalenze dei maschi *binge drinker* (14,8%), mentre le femmine *binge drinker* (4,8%) sono in linea con la media nazionale, i consumatori fuori pasto maschi (44,4%), anche in questo caso le femmine sono nella media (23,6%), e i consumatori abituali eccedentari di entrambi i sessi (M=16,7%; F=7,2%) (Tabelle 1 e 2).

Valle d'Aosta

Nel 2023 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari all'80,8% dei maschi e al 65,7% delle femmine, ed entrambi i valori sono superiore alla media nazionale, anche se invariati rispetto al 2022. Nei consumi registrati delle diverse bevande alcoliche non emergono variazioni significative rispetto al 2022. Sono il 69,0% dei maschi e il 52,3% delle femmine a consumare il vino (queste ultime sopra la media nazionale), il 67,1% dei maschi e il 45,2% delle femmine a consumare la birra (anche in questo caso le femmine sono sopra la media), il 54,5% dei maschi e il 44,6% delle femmine a consumare aperitivi alcolici (entrambi sopra la media), il 39,8% dei maschi (sotto la media) e il 19,9% delle femmine a consumare amari e, infine, il 41,6% dei maschi e il 22,3% delle femmine (sopra la media) a consumare superalcolici. Per le modalità di consumo il 33,2% dei maschi e il 14,5% delle femmine in Valle d'Aosta hanno consumato alcolici con modalità rischiose per la salute secondo il criterio ISS, dati sopra la media nazionale. Risultano sopra la media anche tutti comportamenti registrati ovvero i consumatori abituali eccedentari (M=18,9%; F=9,3%), i consumatori di alcolici lontano dai pasti (M=55,7%; F=38,6%), e i *binge drinker* (M=20,9%; F=7,0%) (Tabelle 1 e 2).

Lombardia

I consumatori di bevande alcoliche in Lombardia nel 2023 sono stati il 78,3% dei maschi e il 56,8% delle femmine, dati in linea con la media nazionale e invariati rispetto al 2022. Per quanto riguarda i tipi di bevanda alcolica, sono sopra la media nazionale i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=54,0%; F=36,8%) e i consumatori maschi di superalcolici (42,2%), mentre sono sotto la media le consumatrici di birra (36,4%). Sono invece in linea con le rilevazioni nazionali i consumatori di vino (M=66,9%; F=45,7%), i maschi consumatori di birra (64,6%), i consumatori di amari (M=47,3%; F=20,8%), e le consumatrici femmine di superalcolici (18,6%). La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2023 pari al 22,1% tra i maschi e al 10,4% tra le femmine, entrambi i valori sono in linea con la media italiana. Come l'anno scorso, i comportamenti a rischio rilevati sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione dei consumatori fuori pasto che invece rimangono superiori al dato medio per entrambi i sessi (M=47,4%; F=27,7%) (Tabelle 1 e 2).

Tabella 1. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2023)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	vino		birra		aperitivi alcolici		amari		superalcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	66,7	47,0	63,8	37,6	52,0	36,5	45,2 [^]	20,6	40,6	18,6
Piemonte	66,8	48,6	62,3	38,8	49,0	35,3	43,6	20,7	37,8	18,2
Valle d'Aosta	69,0	52,3	67,1	45,2	54,5	44,6	39,8	19,9	41,6	22,3
Lombardia	66,9	45,7	64,6	36,4	54,0	36,8	47,3	20,8	42,2	18,6
Liguria	65,6	51,2	62,1	41,6	47,4	36,6	36,9	19,6	37,8	19,3
Italia nord-orientale	67,9	52,0	64,9	41,7	52,7	39,2	41,9	20,3	41,4	21,7
PA Bolzano	65,5	50,3	70,2	39,6	53,3	45,8	42,8	27,2	42,4	22,6
PA Trento	61,2	45,7	65,1	39,8	48,9	38,4	37,5	16,6	39,2	19,9
Veneto	67,3	52,6	62,9	42,2	56,0	39,9	42,6	21,8	42,1	22,0
Friuli Venezia Giulia	67,4	49,0	66,8	41,0	50,2	37,2	43,7	21,4	40,0	21,3
Emilia-Romagna	69,7	53,3	65,9	41,8	50,1	38,1	41,0	18,1	41,2	21,7
Italia centrale	66,3	49,0	63,1	40,2	47,2	33,9	43,0	18,5	38,2	16,6
Toscana	69,7	51,7	64,8	40,3	47,6	35,5	41,5	17,9	40,6	18,1
Umbria	68,2	46,4	62,5	38,6	46,1	33,8	40,9	18,5	36,1	17,1
Marche	65,8	46,9	61,5	40,3	43,8	31,4	35,8	14,8	34,4	13,1
Lazio	64,0	48,3	62,6	40,3	48,0	33,4	46,2	19,8	38,0	16,4
Italia meridionale	64,3	38,7	65,2	38,0	45,4	28,0	50,2	23,7	35,2	14,6
Abruzzo	71,5	47,4	72,6	41,2	51,8	32,5	49,9	21,5	41,0	17,9
Molise	69,6	40,1	71,9	39,7	55,2	30,2	53,4	20,6	40,7	11,7
Campania	65,2	37,9	62,9	36,4	45,3	27,8	50,0	21,7	32,1	12,9
Puglia	59,8	37,8	63,8	38,2	42,2	28,1	49,7	26,5	36,8	16,1
Basilicata	59,1	36,1	60,8	31,3	42,2	26,2	46,3	19,5	36,0	13,5
Calabria	66,6	37,9	70,2	42,0	47,6	25,1	52,5	26,7	36,0	15,3
Italia insulare	59,0	35,2	63,6	34,8	40,1	26,8	43,4	19,5	30,7	12,3
Sicilia	58,2	34,8	63,5	34,3	39,6	25,6	44,9	19,9	29,9	11,3
Sardegna	61,5	36,2	64,0	36,2	41,6	30,4	38,9	18,3	33,2	15,4
Italia	65,5	45,2	64,2	38,7	48,4	33,5	45,0[^]	20,7	38,0	17,2

∨ diminuito rispetto al 2022
[^] aumentato rispetto al 2022

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

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

Tabella 2. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2023)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Italia nord-occidentale	78,1	58,3	13,1	6,4	46,1 [↗]	26,6	12,8	5,2	23,5	10,5
Piemonte	78,7	60,0	16,7	7,2	44,4	23,6	14,8	4,8	27,9	11,0
Valle d'Aosta	80,8	65,7	18,9	9,3	55,7	38,6	20,9	7,0	33,2	14,5
Lombardia	78,3	56,8	11,8	6,0	47,4	27,7	12,3	5,5	22,1	10,4
Liguria	75,1	62,1	11,6	6,7	41,8	27,0	9,3	4,3	19,2	9,9
Italia nord-orientale	78,6	63,1	13,2	6,0	50,3	32,5	15,4	6,2 [↗]	25,9	11,2
PA Bolzano	79,2	64,1	9,2	4,9	61,2	40,6	24,2	9,2	29,9	13,0
PA Trento	74,5	60,7	11,0	4,0	56,8	32,1	13,3	6,2	22,4	9,4
Veneto	77,7	63,6	13,6	5,5	50,7	34,3	15,8	6,6	27,0	11,1
Friuli Venezia Giulia	80,2	62,0	14,1	5,5	59,3	33,9	17,9	6,3	28,7	10,5
Emilia-Romagna	79,7	63,0	13,2	7,1	45,4	29,3	13,4	5,4	24,0	11,5
Italia centrale	76,9	59,5	11,7 [↘]	6,1	37,0	24,1	9,5	4,6	19,4	10,0
Toscana	78,0	61,4	13,5	8,5	40,5	25,8	9,8	4,2	21,4	11,8
Umbria	80,4	58,2	15,5	4,4	38,4	24,9	8,5	5,4	22,2	8,9
Marche	75,4	59,2	11,5	4,6	35,8	22,3	9,6	4,2	19,4	8,1
Lazio	76,0	58,6	9,9	5,2	34,8	23,4	9,3	4,8	17,7	9,5
Italia meridionale	77,7	53,3	12,4	4,5	34,7	16,2 [↗]	8,5	2,8	18,4	6,9
Abruzzo	82,4	57,4	12,0	4,9	43,6	23,9	14,4	5,0	22,5	9,4
Molise	82,8	57,7	14,5	4,5	45,1	19,4	18,3	3,9	28,1	8,1
Campania	77,3	52,4	13,1	4,7	31,7	14,3	6,2	2,2	16,7	6,4
Puglia	74,6	53,4	11,5	4,4	33,9	17,1	7,3	2,8	17,2	6,7
Basilicata	75,8	48,3	13,2	6,2	35,1	17,1	11,4	3,0	20,8	7,8
Calabria	82,2	53,9	11,7	3,8	37,8	13,7	12,0	3,1	20,6	6,4
Italia insulare	74,9	51,6 [↗]	9,1	3,4	34,2	17,7	9,0	2,7	16,2	5,8
Sicilia	75,2	51,5	8,0	2,8	29,7	16,5	6,8	2,2	13,5	4,7
Sardegna	74,0	52,0	12,2	5,2	47,4	21,3	15,6	4,3	24,4	8,9
Italia	77,5	57,6	12,2	5,5	41,3	23,9	11,3	4,5 [↗]	21,2	9,2

↘ diminuito rispetto al 2022
↗ aumentato rispetto al 2022

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

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

Liguria

Il 75,1% dei maschi e il 62,1% delle femmine liguri ha consumato almeno una bevanda alcolica nel 2023, e per le femmine il dato è sopra la media nazionale. Sono statisticamente invariate rispetto al 2022 le prevalenze di consumatori per le diverse bevande alcoliche e rimangono sopra la media nazionale le consumatrici di vino (51,2%) e sotto la media i maschi consumatori di amari (36,9%). Sono sopra la media nazionale anche le consumatrici di aperitivi alcolici (36,6%). Sono invece in linea con la media nazionale i consumatori di vino maschi (65,6%), i consumatori di birra di entrambi i sessi (M=62,1%; F=41,6%), i consumatori di aperitivi alcolici maschi (47,4%), le consumatrici di amari femmine (19,6%) e i consumatori di superalcolici di entrambi i sessi (M=37,8%; F=19,3%).

Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana, ad eccezione della prevalenza delle femmine che hanno bevuto fuori pasto, e non cambiati rispetto al 2022. Nel 2023 hanno bevuto in modalità abituale eccedentaria l'11,6% dei maschi e il 6,7% delle femmine, fuori pasto il 41,8% dei maschi e il 27,0% delle femmine, e effettuato il *binge drinking* il 9,3% dei maschi e il 4,3% delle femmine. Il 19,2% dei maschi e il 9,9% delle femmine hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute (vedi Tabelle 1 e 2).

Italia nord-orientale

L'Italia nord-orientale è la zona con la percentuale di consumatrici più alta, ovvero il 63,1% delle femmine che consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, i maschi sono invece, a differenza degli anni passati, in linea con la media nazionale (78,6%). Per le femmine si registrano i livelli più alti in Italia anche per le consumatrici di vino (52,0%), quelle di aperitivi alcolici (39,2%) e di superalcolici (21,7%). Sono sopra la media italiana i consumatori di vino (67,9%), le consumatrici di birra (41,7%), mentre i maschi sono in linea con la media nazionale (64,9%) e i consumatori maschi di aperitivi alcolici (52,7%) e superalcolici (41,4%). Per quanto riguarda il consumo di amari sono invece in linea con la media le femmine (20,3%) e al di sotto della media i maschi (41,9%). Non si registrano variazioni di rilievo rispetto al 2022.

Rimangono, come negli anni precedenti, le più elevate delle ripartizioni territoriali considerate le prevalenze dei consumatori fuori pasto per entrambi i sessi (M=50,3%; F=32,5%) e dei *binge drinker* maschi (15,4%). Sono sopra la media nazionale anche le *binge drinker* femmine, il 6,2%, in significativo aumento rispetto al 2022 (+29,2%). Sono invece in linea con la media italiana i consumatori abituali eccedentari (M 13,2%; F 6,0%). I consumatori a rischio in Italia nord-orientale nel 2023 sono stati il 25,9% dei maschi (confermandosi il dato più alto nazionale) e l'11,2% delle femmine, sopra la media nazionale (vedi Tabelle 1 e 2).

Provincia Autonoma di Bolzano

Nel 2023 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 79,2% dei maschi e il 64,1% delle femmine e, per queste ultime, il dato è superiore alla media nazionale; entrambi i valori sono pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione.

Hanno bevuto vino il 65,5% dei maschi e il 50,3% delle femmine (sopra la media), birra il 70,2% dei maschi (sopra la media) e il 39,6% delle femmine, aperitivi alcolici il 53,3% dei maschi e il 45,8% delle femmine (entrambi sopra la media), amari il 42,8% dei maschi e il 27,2% delle femmine, e superalcolici il 42,4% dei maschi e il 22,6% delle femmine (entrambi sopra la media).

Il 29,9% dei maschi e il 13,0% delle femmine nella provincia autonoma di Bolzano sono consumatori a rischio per la salute secondo il criterio ISS, entrambe le prevalenze sono sopra la media nazionale. Sono sopra la media anche le percentuali di *binge drinker* (M=24,2%; F=9,2%) e fuori pasto (M=61,2%; F=40,6%). Si confermano sotto la media i consumatori maschi abituali eccedentari (9,2%) mentre le femmine sono in linea con la media (4,9%) (vedi Tabelle 1 e 2).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è stata del 74,5% tra i maschi e del 60,7% tra le femmine, entrambi in linea con la media italiana, e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Rimangono come nel 2022 sopra la media italiana le consumatrici di aperitivi alcolici (38,4%) e al di sotto della media i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=37,5%; F=16,6%). Tutti gli altri dati sulle tipologie di bevande alcoliche sono in linea con la media nazionale e non mostrano variazioni significative rispetto al 2022. Sulle modalità di consumo a rischio si confermano per entrambi i sessi valori superiori alla media italiana delle prevalenze di consumatori fuori pasto (M=56,8%; F=32,1%), mentre sono in linea nazionale i *binge drinker* (M=13,3%; F=6,2%) e i consumatori che bevono in modalità abituale eccedentaria (M=11,0%; F=4,0%). Le persone che nel 2023 bevendo alcolici hanno messo a rischio la propria salute, secondo il criterio ISS, sono stati il 22,4% dei maschi e il 9,4% delle femmine (vedi Tabelle 1 e 2).

Veneto

In Veneto nel 2023 il 77,7% dei maschi e 63,6% delle femmine hanno consumato almeno una bevanda alcolica, solo le femmine sono sopra la media nazionale. Il vino è stato consumato dal 67,3% dei maschi e dal 52,6% delle femmine (sopra la media), la birra dal 62,9% dei maschi e dal 42,2% delle femmine (sopra la media), gli aperitivi alcolici dal 56,0% dei maschi e dal 39,9% delle femmine (entrambi sopra la media), gli amari dal 42,6% dei maschi e dal 21,8% delle femmine, e i superalcolici dal 42,1% dei maschi e dal 22,0% delle femmine (entrambi sopra la media). Per quanto riguarda i comportamenti tutte le modalità di consumo a rischio sono sopra la media nazionale tranne i consumatori in modalità abituale eccedentaria che sono stati il 13,6% dei maschi e il 5,5% delle femmine. Sono stati il 50,7% maschi e il 34,3% delle femmine a bere lontano dai pasti, il 15,8% dei maschi e il 6,6% delle femmine a fare il *binge drinking*, e il 27,0% dei maschi e l'11,0% delle femmine risulta essere un consumatore a rischio secondo i criteri ISS (vedi Tabelle 1 e 2).

Friuli Venezia Giulia

Nel 2023 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile, pari all'80,2% tra i maschi e al 62,0% tra le femmine, entrambi sopra la media nazionale. Sono al di sopra della media italiana anche le prevalenze delle consumatrici di vino (49,0%), di aperitivi alcolici (37,2%) e di superalcolici (21,3%). I consumatori di vino maschi (67,4%), di birra di entrambi i sessi (M=66,8%, F=41,0%), di aperitivi alcolici maschi (50,2%), di amari di entrambi i sessi (M=43,7%, F=21,4%) e di superalcolici maschi (40,0%) sono in linea con la media nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio conferma, per entrambi i sessi, valori superiori alla media dei consumatori fuori pasto (M=59,3%; F=33,9%), e dei *binge drinker* (M=17,9%; F=6,3%). Sono in linea con la media i consumatori abituali eccedentari (M=14,1%, F=5,5%).

Hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS il 28,7% dei maschi (sopra la media) e il 10,5% delle femmine (*vedi* Tabelle 1 e 2).

Emilia-Romagna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica in Emilia-Romagna nel 2023 è stata dell'79,7% dei maschi e del 63,0% per le femmine, per queste ultime superiore alla media nazionale. Per i consumi delle diverse bevande alcoliche, sono sopra la media nazionale i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=69,7%; F=53,3%), le consumatrici di aperitivi alcolici (38,1%), le consumatrici di birra (41,8%), e i consumatori di superalcolici di entrambi i sessi (M=41,2%; F=21,7%). Sono invece inferiori rispetto alla media nazionale le prevalenze dei consumatori di amari di entrambi i sessi (M=41,0%; F=18,1%).

Rispetto ai comportamenti a rischio, si evidenziano valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto (M=45,4%; F=29,3%), le femmine che bevono in modalità abituale eccedentaria (7,1%) e i *binge drinker* maschi (13,4%). Gli altri valori sono in linea con la media nazionale (maschi abituali eccedentari 13,2%, femmine *binge drinker* 5,4%). Complessivamente il 24,0% dei maschi e l'11,5% delle femmine hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS (*vedi* Tabelle 1 e 2).

Italia centrale

I consumatori di bevande alcoliche nell'Italia centrale sono stati nel 2023 il 76,9% dei maschi e il 59,5% delle femmine, prevalenze stabili rispetto al 2022 e per le femmine il dato risulta superiore a quello medio nazionale. Nel 2023, per entrambi i sessi, le prevalenze dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici sono approssimabili al dato medio nazionale, mentre inferiore alla media italiana è la prevalenza dei consumatori di amari (M=43,0%; F=18,5%); per tutte le bevande non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio evidenzia una diminuzione dei consumatori abituali eccedentari che nel 2023 risultano quindi in linea con la media italiana. Le prevalenze dei consumatori fuori pasto, dei consumatori in modalità *binge drinking* e di quelli a rischio per il criterio ISS nel 2023 risultano inferiori al dato medio nazionale e non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabelle 1 e 2).

Toscana

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è stata del 78,0% per i maschi e il 61,4% per le femmine, e per queste ultime il valore è per il quarto anno consecutivo superiore al nazionale. Nel 2023 tutte le prevalenze di consumatori e consumatrici delle bevande alcoliche considerate sono in linea con il dato medio nazionale, a eccezione degli amari per i quali si osserva un valore inferiore per entrambi i sessi. Per tutte le bevande considerate non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto al 2022.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, come per il 2022, valori superiori alla media per le femmine che consumano in modalità abituale eccedentaria (8,5%) e a rischio per la loro salute secondo il criterio ISS (11,8%) (*vedi* Tabelle 1 e 2) sebbene non si osservino variazioni rispetto al 2022.

Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è pari a 80,4% tra i maschi e al 58,2% tra le femmine e, per i primi, il dato è superiore alla media nazionale; per entrambi i sessi non si registrano variazioni rispetto al 2022. La prevalenza dei consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici e super alcolici è in linea con la media italiana sia per i maschi che per le femmine, mentre il valore relativo alla prevalenza dei consumatori di amari è inferiore per i maschi. Per tutte le bevande non si osservano variazioni significative rispetto al 2022.

Tutti i comportamenti a rischio sono in linea con la media nazionale, a eccezione della prevalenza dei consumatori abituali eccedentari maschi che risulta superiore alla media italiana e a quella dei *binge drinker* maschi che è invece inferiore (vedi Tabelle 1 e 2).

Marche

I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono rimasti pressoché stabili nel 2023 e pari al 75,4% dei maschi e al 59,2% delle femmine, in linea con il dato medio nazionale. Per entrambi i sessi la prevalenza dei consumatori di vino e birra, a cui si aggiungono gli aperitivi alcolici per le sole femmine, è approssimabile al dato nazionale, mentre risultano inferiori alla media la prevalenza dei consumatori di amari (M=35,8%; F=14,8%) e superalcolici per entrambi i sessi (M=34,4%; F=13,1%) e di aperitivi alcolici per i soli maschi (43,8%).

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2023 pari a 19,4% tra i maschi e 8,1% tra le femmine. Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2022 e in linea con il dato medio nazionale, a eccezione della prevalenza dei maschi che hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti, il cui valore è inferiore a quello medio italiano (vedi Tabelle 1 e 2).

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2023 del 76,0% tra i maschi e del 58,6% tra le femmine e per entrambi i sessi il valore è rimasto stabile rispetto al 2022 e in linea con la media nazionale. Per tutte le bevande considerate non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione e le prevalenze dei consumatori di entrambi i sessi delle bevande alcoliche considerate sono state nel 2023 approssimabili al dato medio nazionale, a eccezione della prevalenza delle consumatrici di vino che invece è risultata superiore alla media.

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2023 pari a 17,7% tra i maschi e 9,5% tra le femmine. Per i maschi gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio sono tutti al di sotto del valore medio italiano, mentre per le femmine il dato risulta approssimabile a quello medio. Per tutti gli indicatori considerati non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (vedi Tabelle 1 e 2).

Italia meridionale

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2023 del 77,7% per i maschi e del 53,3% per le femmine e, per queste ultime, il valore è sotto la media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (M=45,4%; F=28,0%) e di superalcolici (M=35,2%; F=14,6%) sono inferiori al dato medio nazionale per

entrambi i sessi, come la prevalenza delle consumatrici di sesso femminile di vino (38,7%). Le prevalenze dei consumatori di amari, in controtendenza rispetto alle altre bevande, si confermano le più alte di tutte le ripartizioni territoriali analizzate (M=50,2%; F=23,7%).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra, per entrambi i sessi, valori inferiori al dato medio nazionale di tutti gli indicatori, ad eccezione dei consumatori abituali eccedentari maschi che sono invece in linea con la media. Le persone che hanno messo a rischio la propria salute secondo i criteri ISS nel 2023 sono state il 18,4% dei maschi e il 6,9% delle femmine (vedi Tabelle 1 e 2).

Abruzzo

Nel 2023 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati l'82,4% dei maschi (dato superiore alla media nazionale) e il 57,4% delle femmine. L'analisi della tipologia di bevande consumate mostra che sono in linea con la media nazionale la maggior parte dei consumatori, a eccezione dei consumatori maschi di vino (71,5%), di birra (72,6%) e di amari (49,9%), che sono sopra la media nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio non evidenzia variazioni significative rispetto al 2022; per il sesso maschile sono superiori alla media la prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* (14,4%). I consumatori a rischio (criterio ISS) sono stati il 22,5% dei maschi e il 9,4% delle femmine (vedi Tabelle 1 e 2).

Molise

I consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 sono l'82,8% dei maschi, sopra la media italiana, e il 57,7% delle femmine, e non si registrano variazioni significative rispetto al 2022. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari (53,4%) si mantiene per l'ottavo anno consecutivo superiore alla media, così come per il terzo anno consecutivo la prevalenza dei consumatori di birra (71,9%). Sono sopra la media nazionale anche i consumatori maschi di vino (69,6%) e di aperitivi alcolici (55,2%). Sono invece inferiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici di vino (40,1%) e di superalcolici (11,7%).

Per i maschi i valori della prevalenza dei *binge drinker* (18,3%), dei consumatori fuori pasto (45,1%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (28,1%) sono sopra la media italiana, mentre sono sotto la media le consumatrici femmine fuori pasto (19,4%) (vedi Tabelle 1 e 2).

Campania

I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 77,3% dei maschi e il 52,4% delle femmine, queste ultime sempre inferiori alla media nazionale. L'analisi delle singole bevande mostra il consumo di aperitivi alcolici e di superalcolici sotto la media nazionale per entrambi i sessi (Aperitivi alcolici M=45,3%; F=27,8%; Superalcolici M=32,1%; F=12,9%) e del vino per le sole femmine (37,9%). È invece superiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari maschi (50,0%).

Per entrambi i sessi, tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media, a eccezione dei consumatori di alcol in modalità abituale eccedentaria, che sono invece in linea con il dato medio. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono stati nel 2023 il 16,7% dei maschi e il 6,4% delle femmine (vedi Tabelle 1 e 2).

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è stata del 74,6% tra i maschi e del 53,4% tra le femmine, entrambi i valori inferiori alla media italiana. Come lo scorso anno, per entrambi i sessi, le prevalenze dei consumatori di vino e aperitivi alcolici sono inferiori alla media (Vino M=59,8%; F=37,8%; Aperitivi alcolici M=42,2%; F=28,1%). Sono sopra la media nazionale i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=49,7%, F=26,5%), in linea con la media i consumatori di birra e di superalcolici di entrambi i sessi.

Tutti i comportamenti a rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambe i sessi, tranne i consumatori abituali eccedentari che sono in linea con la media per i maschi e le femmine. I consumatori che nel 2023 in Puglia hanno messo a rischio la propria salute secondo il criterio ISS sono stati il 17,2% dei maschi e il 6,7% delle femmine (vedi Tabelle 1 e 2).

Basilicata

Nel 2023 il 75,8% dei maschi e il 48,3% delle femmine ha consumato almeno una bevanda alcolica; per queste ultime il valore è inferiore alla media così come la prevalenza di tutte le bevande considerate (Vino 36,1%; Birra 31,1%; Aperitivi alcolici 26,2%; Superalcolici 13,5%) a eccezione delle consumatrici di amari per le quali il dato è in linea con la media nazionale. Il consumo delle bevande fra i maschi vede sotto la media italiana i consumatori di vino (59,1%) e di aperitivi alcolici (42,2%).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori inferiori alla media della prevalenza dei consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=35,1%, F=17,1%) e delle *binge drinker* femmine (3,0%). I consumatori a rischio in Basilicata secondo il criterio ISS sono stati nel 2023 il 20,8% dei maschi e il 7,8% delle femmine, in linea con la media italiana (vedi Tabelle 1 e 2).

Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è pari all'82,2% dei maschi, dato superiore alla media nazionale, e al 53,9% delle femmine, che sono invece sotto la media, così come le consumatrici di vino (37,9%). Sono invece sopra la media italiana i consumatori di entrambi i sessi di birra (M=70,2%, F=42,0%) e di amari (M=52,5%, F=26,7%).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=37,8%; F=13,7%) è inferiore alla media per entrambi i sessi. Si mantiene inferiore alla media la prevalenza delle femmine consumatrici in modalità *binge drinking* (3,1%), delle abituali eccedentarie (3,8%) e la prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) (6,4%) (vedi Tabelle 1 e 2).

Italia insulare

Nel 2023 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia insulare è sotto la media italiana per entrambi i sessi ed è del 74,9% tra i maschi e del 51,6% tra le femmine, per le quali il valore è aumentato del 7,7% rispetto alla precedente rilevazione. Come lo scorso anno le prevalenze dei consumatori di vino (M = 59,0%; F = 35,2%) e dei consumatori di superalcolici (M = 30,7%; F = 12,3%) sono, per entrambi i sessi, le più basse registrati rispetto alle altre ripartizioni territoriali italiane, così come la prevalenza delle consumatrici di birra (34,8%).

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio mostra che, come lo scorso anno, i valori rilevati di tutti gli indicatori sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi. Inoltre, la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari è la più bassa d'Italia sia per i maschi che per le femmine (M = 9,1%; F = 3,4%). Infine, sono il 16,2% dei maschi (dato più basso in Italia) e il 5,8% delle femmine ad aver avuto un comportamento nel consumo di alcol a rischio secondo il criterio ISS (vedi Tabelle 1 e 2).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2023 è stata pari al 75,2% dei maschi e al 51,5% delle femmine, per queste ultime sotto la media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori di vino (M = 58,2%; F = 34,8%), aperitivi alcolici (M = 39,6%; F = 25,6%) e di superalcolici (M = 29,9%; F = 11,3%) sono inferiori alla media italiana per entrambi i sessi, oltre alla prevalenza delle consumatrici di birra (34,3%) per le sole femmine. Per tutte le bevande non si rilevano variazioni significative rispetto all'anno precedente.

L'analisi delle abitudini di consumo evidenzia che tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi. Nel 2023 sono stati il 13,5% dei maschi (valore più basso in Italia) e il 4,7% delle femmine in Sicilia a non attenersi alle indicazioni di salute per quanto riguarda il consumo di alcol (a rischio secondo il criterio ISS) (vedi Tabelle 1 e 2).

Sardegna

Nel 2023 in Sardegna la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 74,0% dei maschi e al 52,0% delle femmine, entrambi sotto la media nazionale. L'analisi della tipologia di bevanda alcolica consumate mostra che, per entrambi i sessi, le prevalenze dei consumatori di vino (M = 61,5%; F = 36,2%) e di aperitivi alcolici (M = 41,6%; F = 30,4%) sono inferiori alla media italiana, oltre alla prevalenza dei consumatori di amari (38,9%) e di superalcolici (33,2%) e per i soli maschi.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che, per i maschi, come nelle rilevazioni precedenti, si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto (47,4%) e dei *binge drinker* (15,6%), mentre sono in linea con la media italiana le prevalenze di questi comportamenti per le femmine e degli abituali eccedentari per entrambi i sessi. In Sardegna nel 2023 i consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono stati il 24,4% dei maschi, dato superiore alla media italiana, e l'8,9% delle femmine (vedi Tabelle 1 e 2).

MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

Si definiscono decessi “totalmente alcol-attribuibili” (21, 24) le morti causate da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol. Nell’analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile, in accordo con l’ICD-10 (5), vengono analizzati i decessi avvenuti nel corso dell’anno, per le patologie: *Disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcol* (ICD-10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD-10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD-10: I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD-10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD-10: K70), *Effetti tossici dell’alcol* (ICD-10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all’alcol* (ICD-10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD-10: K86.0). Anche la *Miopatia alcolica* (ICD-10: G72.1) e *Presenza di alcol nel sangue* (ICD-10: R78.0) fanno parte delle patologie totalmente alcol-attribuibili, ma non essendo causa di decesso, non sono menzionate nelle analisi che seguono.

La “Indagine sui decessi e cause di morte” condotta dall’ISTAT è un’indagine totale ed esaustiva che rileva, per tutti i soggetti deceduti in Italia (popolazione presente) le informazioni sulla causa di decesso e su alcune caratteristiche demografiche e sociali. I dati prodotti dell’ISTAT vengono successivamente elaborati dall’ONA-ISS e dal Servizio tecnico-scientifico di Statistica dell’ISS (85, 86). L’ISTAT rilascia i dati dell’“Indagine sui decessi e cause di morte” con cadenza annuale. Il dato più recente attualmente disponibile si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nell’anno 2021 (87).

I dati qui analizzati includono tutti i soggetti residenti in Italia (cittadini italiani e stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese; inoltre, poiché la mortalità totalmente alcol-attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni presentate si riferiscono alla popolazione di quindici anni e più. Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011 (88). La popolazione per il calcolo dei tassi deriva dalla rilevazione ISTAT su “Popolazione residente comunale per sesso anno di nascita e stato civile” (<https://demo.istat.it/>).

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell’anno 2021 il numero di decessi tra i residenti in Italia di 15 anni e più per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.348, di cui il 79,5% maschi e 276, 20,5% femmine, che corrispondono a circa 41 decessi per milione di abitanti tra i maschi e circa 9 decessi per milione tra le femmine (Tabella 3).

Il dettaglio delle patologie incluse nei due codici (F10, K70) è riportato nella Tabella 4 (5).

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra i maschi che tra le femmine, sono le “epatopatie alcoliche” (M=742; F=206) e le “sindromi psicotiche indotte da alcol” (M=271; F=55) che, sommate, causano il 95,5% dei decessi alcol-attribuibili tra i maschi e il 94,6% tra le femmine.

Nel 2021, il tasso standardizzato di mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili tra la popolazione di 15 anni e più è stato pari a 4,07 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,93 per le femmine; il tasso mostra un aumento rispetto all’anno precedente sia per i maschi che per le femmine (Tabella 5, Figura 22).

Tabella 3. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia, numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2021

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	271	25,3	55	19,9	326	24,2
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	24	2,2	7	2,5	31	2,3
G62.1	Polineuropatia alcolica	4	0,4	3	1,1	7	0,5
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	14	1,3	0	0,0	14	1,0
K29.2	Gastrite alcolica	0	0,0	1	0,4	1	0,1
K70	Epatopatie alcoliche	742	69,2	206	74,6	948	70,3
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	5	0,5	1	0,4	6	0,4
T51	Effetti tossici dell'alcol	12	1,1	3	1,1	15	1,1
Totale decessi		1072	100,0	276	100,0	1348	100,0

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'indagine sui decessi e cause di morte".

Tabella 4. Sottocodici delle patologie ICD-10 F10 e K70

ICD-10	Sottocodice
F10 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	F10.0 - Intossicazione acuta
	F10.1 - Abuso nocivo
	F10.2 - Sindrome da dipendenza
	F10.3 - Sindrome da astinenza
	F10.4 - Sindrome da astinenza con delirio
	F10.5 - Disturbo psicotico
	F10.6 - Sindrome amnestica
	F10.7 - Disturbo psicotico residuo o ad esordio tardivo
	F10.8 - Altri disturbi psichici e di comportamento
	F10.9 - Disturbi psichici e di comportamento non specificati
K70 - Epatopatia alcolica	K70.0 - Steatosi epatica da alcol
	K70.1 - Epatite alcolica
	K70.2 - Fibrosi e sclerosi alcolica del fegato
	K70.3 - Cirrosi epatica alcolica
	K70.4 - Insufficienza epatica alcolica
	K70.9 - Epatopatia alcolica non specificata

L'analisi dell'andamento temporale della mortalità dei maschi per patologie totalmente alcol-attribuibili mostra una netta riduzione fino al 2013 quando raggiunge un minimo di 3,79 per 100.000 abitanti, poi si registra un leggero aumento negli anni seguenti fino al 2016 quando il tasso raggiunge un valore di 4,08; nel periodo dal 2017 al 2020 il tasso si mantiene sostanzialmente stabile su valori lievemente inferiori a quelli registrati nel 2016 (oscillando tra 3 e 4 casi per 100.000 abitanti); nel 2021 si registra un nuovo aumento del tasso che ritorna circa agli stessi livelli registrati nel 2016 (4,07 per 100.000 abitanti nel 2021) (Figura 22).

La mortalità totalmente alcol-attribuibile aumenta con l'avanzare dell'età sia per i maschi che per le femmine. Il tasso di mortalità standardizzato mostra i valori più elevati tra la popolazione di 55 anni e più: 7,11 (per 100.000 abitanti) per i maschi e 1,60 per 100.000 per le femmine (Tabella 5, Figura 22).

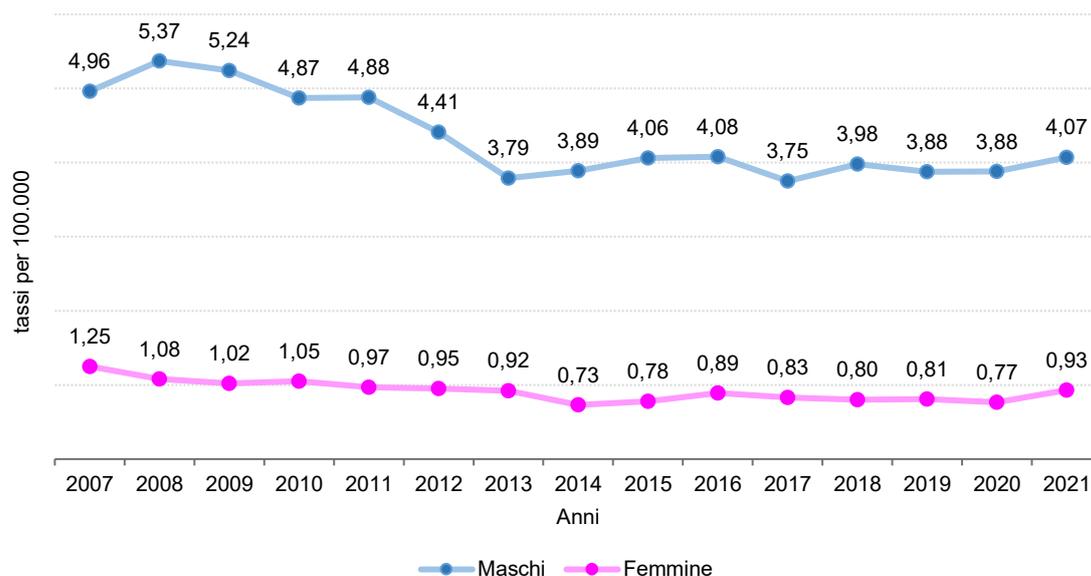


Figura 22. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nella popolazione residente di 15 anni e più (tassi standardizzati per 100.000) per sesso. Italia, 2007-2021
 Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

Tabella 5. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia. Numero di decessi, tassi standardizzati (per 100.000 abitanti). Italia, anno 2021

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	13	0,22	2	0,03	15	0,13
35-54 anni	321	3,49	79	0,84	400	2,15
55+ anni	738	7,11	195	1,60	933	4,14
15+ anni	1072	4,07	276	0,93	1348	2,41

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”.

Per le femmine si osserva un trend in riduzione fino al 2014, quando il tasso raggiunge un minimo di 0,73 per 100.000 abitanti; nel 2015-2016 si registra un lieve incremento (0,89 per 100.000 abitanti nel 2016) a cui segue un periodo di riduzione fino al 2020 quando il tasso raggiunge un minimo di 0,77 per 100.000 abitanti. Nel 2021 il tasso di mortalità femminile per cause totalmente alcol-attribuibili aumenta di nuovo arrivando a 0,93 decessi per 100.000 (Figura 22).

Analizzando l'andamento temporale del tasso di mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili per le diverse fasce di età si evidenzia un contributo non omogeneo al trend complessivo (Figure 23 e 24).

Per i maschi over 55 si osserva una riduzione marcata a partire dal 2009 (9,76 per 100.000 nel 2009) che si arresta nel 2013 ad un minimo di 6,82 per 100.000; a cui segue un aumento fino a 2017 quando il tasso raggiunge un massimo di 7,92 per 100.000 abitanti; dal 2017 al 2021 per gli ultra 55enni e più la mortalità alcol attribuibile, seppur con oscillazioni, sembra essere in lieve riduzione con un minimo nel 2020 (6,82 per 100.000) e un lieve aumento nel 2021 (7,11 per 100.000).

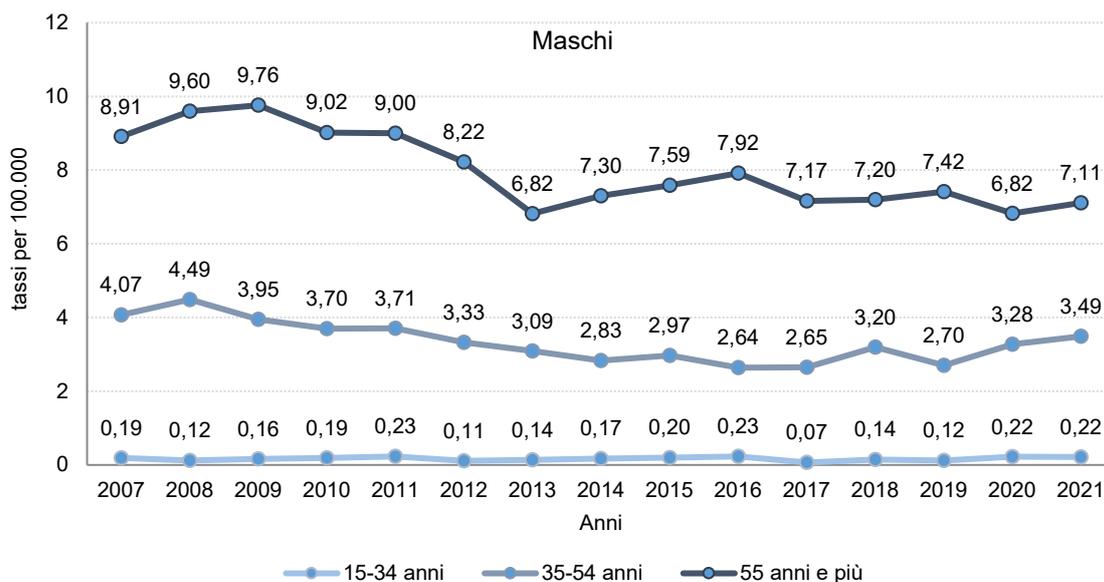


Figura 23. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nella popolazione maschile residente di 15 anni e più (tassi standardizzati per 100.000) per classe d'età. Italia, 2007-2021
 Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

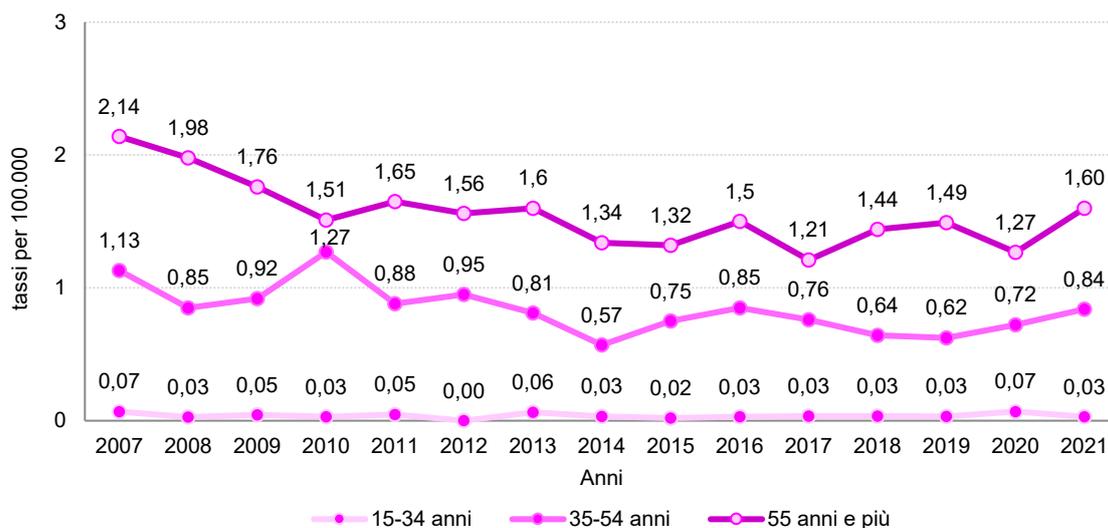


Figura 24. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nella popolazione femminile residente di 15 anni e più (tassi standardizzati per 100.000) per classe d'età. Italia, 2007-2021
 Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

Tra i maschi di 35-54 anni la mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili diminuisce drasticamente dal 2008 al 2016, passando da 4,09 per 100.000 a 2,64 per 100.000; poi il tasso oscilla, con una tendenza all'aumento (eccetto l'anno 2019) negli anni seguenti e raggiunge il

valore di 3,49 nel 2021. Tra i maschi più giovani (15-34 anni) il tasso non supera mai il valore di 0,23 per 100.000 abitanti in tutto il periodo analizzato (vedi Figura 23).

Anche per le femmine l'andamento temporale della mortalità totalmente alcol-attribuibile non è omogeneo per le diverse classi di età: tra coloro che hanno un'età superiore a 55 anni, si osserva una netta riduzione del tasso dal 2007 (2,14 per 100.000) al 2010 (1,51 per 100.000); tra il 2010 e il 2020, seppur con forti oscillazioni, la tendenza è in lieve diminuzione con un minimo di 1,27 per 100.000 nel 2020; nel 2021 il tasso sale di nuovo ad un valore di 1,60 per 100.000. Nella classe di età 35-54 anni, tra le femmine, si osserva un massimo del tasso di mortalità nel 2010 (1,27 per 100.000) poi un periodo di decremento che si protrae fino al 2014 quando il tasso raggiunge un minimo di 0,57 per 100.000; negli anni seguenti si osserva un nuovo aumento dal 2014 al 2016, una lieve riduzione nei tre anni successivi e di nuovo un aumento a partire dal 2019 (da 0,62 per 100.000 nel 2019 a 0,84 nel 2021). Tra le giovani di età compresa tra 15 e 34 anni, la mortalità per patologie alcol attribuibile è estremamente bassa (inferiore a 0,1 per 100.000) e soggetta nel tempo ad oscillazioni casuali (vedi Figura 24).

Mortalità alcol-attribuibile per Regione di residenza

L'analisi territoriale della mortalità totalmente alcol-attribuibile fa emergere una estrema variabilità a livello regionale. Per i maschi, le Regioni che nel 2021 hanno i livelli statisticamente più elevati di mortalità (tassi standardizzati) sono al Nord, la Valle d'Aosta (14,27 per 100.000 abitanti), la Provincia Autonoma di Bolzano (8,92 per 100.000 abitanti) e il Friuli Venezia Giulia (7,13 per 100.000 abitanti) e, al Sud, Molise (10,33) e Calabria (7,69) (Figura 25, Tabella 6).

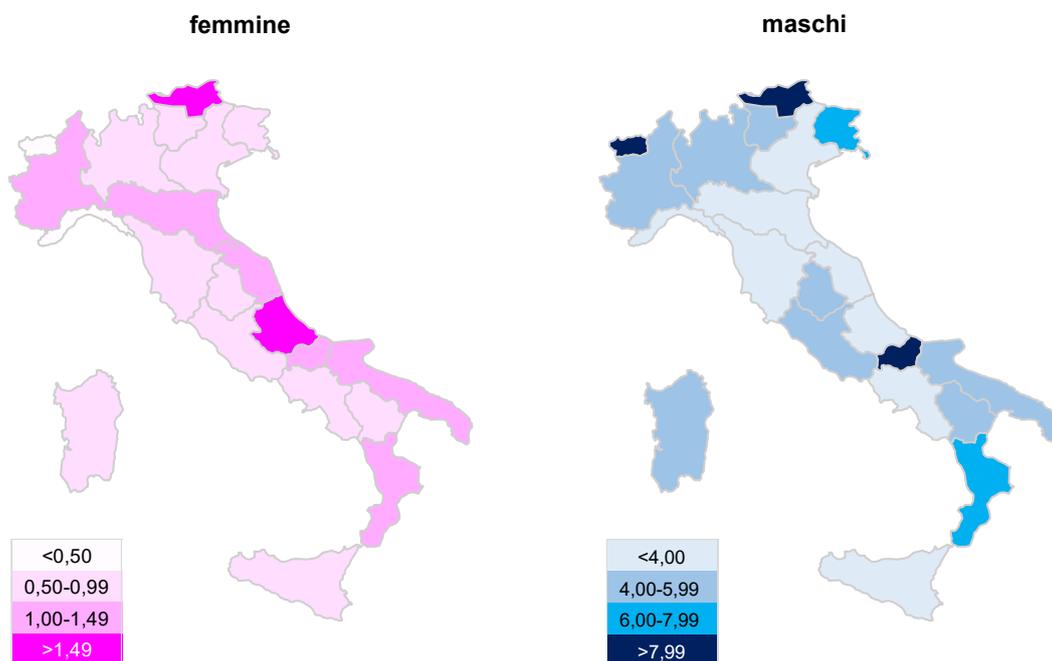


Figura 25. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane nella popolazione italiana di 15 anni e più (tassi standardizzati per 100.000 abitanti) per sesso. Italia, 2021.

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

Tabella 6. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane nella popolazione di 15 anni e più: numero di decessi, tassi standardizzati per 100.000 abitanti e relativi Intervalli di Confidenza al 95%. Italia, 2021

Regione	Maschi			Femmine			Totale		
	n.	Tasso std	IC95%	n.	Tasso std	IC95%	n.	Tasso std	IC95%
Piemonte	102	5,15	4,19-6,31	29	1,29	0,86-1,91	131	3,12	2,60-3,72
Valle d'Aosta	8	14,27	6,04-31,12	0	0,00	0-5,38	8	6,88	2,90-14,6
Lombardia	178	4,03	3,45-4,7	41	0,85	0,61-1,17	219	2,36	2,05-2,70
Bolzano	18	8,92	5,27-14,57	5	1,83	0,59-4,7	23	5,03	3,18-7,65
Trento	10	4,05	1,94-8,04	2	0,78	0,09-3,34	12	2,37	1,22-4,30
Veneto	72	3,27	2,55-4,19	25	0,97	0,62-1,48	97	2,05	1,66-2,52
Friuli Venezia Giulia	40	7,13	5,07-9,86	7	0,99	0,39-2,35	47	3,79	2,77-5,13
Liguria	24	3,39	2,15-5,22	3	0,40	0,08-1,45	27	1,79	1,16-2,71
Emilia-Romagna	57	2,80	2,12-3,66	24	1,05	0,67-1,6	81	1,88	1,49-2,36
Toscana	34	2,07	1,43-2,94	17	0,90	0,52-1,51	51	1,43	1,06-1,91
Umbria	16	4,16	2,36-6,95	4	0,94	0,24-2,72	20	2,50	1,52-3,97
Marche	24	3,54	2,26-5,37	8	1,00	0,41-2,17	32	2,20	1,50-3,17
Lazio	123	4,92	4,08-5,9	29	0,99	0,66-1,45	152	2,82	2,38-3,31
Abruzzo	20	3,31	2,02-5,23	9	1,52	0,69-3,02	29	2,37	1,58-3,46
Molise	14	10,33	5,62-17,88	2	1,28	0,16-5,88	16	5,54	3,16-9,33
Campania	79	3,35	2,65-4,26	20	0,79	0,48-1,24	99	2,00	1,62-2,45
Puglia	73	4,19	3,28-5,33	20	1,04	0,63-1,66	93	2,54	2,05-3,14
Basilicata	10	4,15	1,98-7,9	2	0,71	0,09-3,16	12	2,37	1,21-4,30
Calabria	62	7,69	5,88-9,94	10	1,06	0,5-2,06	72	4,20	3,28-5,32
Sicilia	70	3,39	2,64-4,34	12	0,52	0,27-0,95	82	1,90	1,50-2,37
Sardegna	38	4,94	3,48-6,91	7	0,80	0,32-1,83	45	2,77	2,02-3,77
Italia	1072	4,07	3,82-4,32	276	0,93	0,82-1,05	1348	2,41	2,28-2,54

°std=standardizzato

^IC95%=Intervallo di Confidenza 95%

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sui decessi e cause di morte" e sui dati della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile".

Per le femmine, tassi di mortalità totalmente alcol-attribuibili molto elevati si registrano al Nord per la provincia autonoma di Bolzano (1,83 per 100.000) e per il Piemonte (1,29) e al Sud per Abruzzo e Molise (rispettivamente 1,52 e 1,28 per 100.000) (vedi Figura 25, Tabella 6).

CONSUMO DI ALCOL PER TARGET DI POPOLAZIONE

Consumo di alcol tra i giovani

Il 46,5% dei maschi e il 41,9% delle femmine tra gli 11 e i 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2023. La percentuale di maschi che consuma bevande alcoliche in questa fascia d'età ha seguito nell'ultimo decennio un trend in diminuzione (-8,6% rispetto al 2013), mentre per le consumatrici femmine si osserva un andamento altalenante ma complessivamente stabile tra il 2013 e il 2023 (Figura 26, Tabella 6).

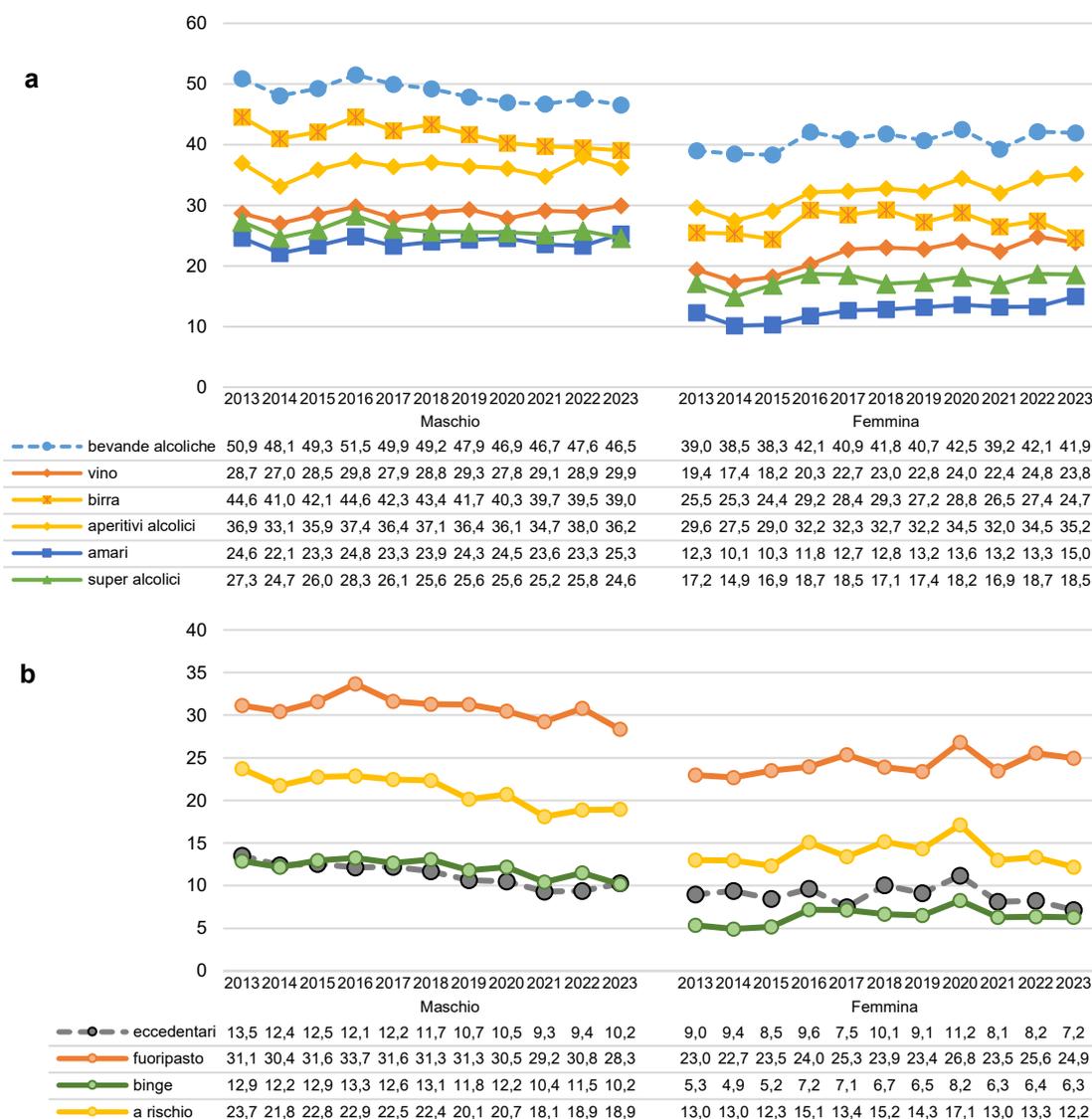


Figura 26. Prevalenza (%) di consumatori (età 11-24 anni) delle diverse bevande alcoliche (a) e dei comportamenti a rischio (b) per sesso. Italia, 2013-2023

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

Tabella 6. Prevalenza (%) di consumatori (età 11-24 anni) per classe d'età, tipologia di consumo e genere. Italia, 2023

Tipologia di consumo	11-17 anni			18-24 anni			Totale		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Bevande alcoliche	17,8 ↓	13,3	15,7 ↓	75,4	67,9 ↑	71,7 ↑	46,5 ↓	41,9	44,3
Vino	8,9	4,7	6,9	51,1	41,3 ↑	46,2 ↑	29,9	23,8 ↑	27,0 ↑
Birra	12,8 ↓	6,0	9,6 ↓	65,4	41,6	53,7	39,0 ↓	24,7	32,1 ↓
Aperitivi alcolici	11,1	9,2	10,2	61,5	58,7 ↑	60,2 ↑	36,2	35,2 ↑	35,7
Amari	5,3	3,4	4,4	45,4 ↑↑	25,5	35,6 ↑	25,3	15,0	20,3
Superalcolici	4,5	3,9	4,2	44,9	31,9	38,5	24,6	18,5	21,7
Consumatori abituali eccedentari	17,8 ↓	13,3	15,7 ↓	2,7	1,5	2,1	10,2 ↓	7,2	8,8 ↓
Consumatori di alcolici fuori pasto	6,8 ↓	5,6	6,2 ↓	50,0	42,5	46,3	28,3	24,9	26,7
<i>Binge drinking</i>	1,7	2,1	1,9	18,7	10,1	14,5	10,2 ↓	6,3	8,3
Consumatori a rischio (criterio ISS)	17,8 ↓	13,3	15,7 ↓	20,1	11,2	15,7	18,9 ↓	12,2	15,7 ↓

↓ Dato diminuito rispetto al 2013

↓↓ Dato diminuito rispetto al 2023

↑ Dato aumentato rispetto al 2013

↑↑ Dato aumentato rispetto al 2023

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

Tra i ragazzi, come per gli anni precedenti, i consumi più elevati si riscontrano per la birra (39,0%), anche se è in calo il trend del consumo degli ultimi 10 anni (-12,4% rispetto al 2013), e gli aperitivi alcolici (36,2%) seguiti dal vino (29,9%). Si conferma anche quest'anno, come nella precedente rilevazione, una prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici approssimabile a quella della birra. Per le ragazze, la prevalenza delle consumatrici di aperitivi (35,2%) è la più elevata rispetto alle altre bevande e mostra negli ultimi 10 anni un aumento marcato e significativo (+18,9% rispetto al 2013). Seguono le consumatrici di birra (24,7%) e vino (23,8%), anche queste ultime in significativo aumento rispetto al 2013 (+23,2%).

Gli amari si confermano le bevande alcoliche meno apprezzate fra i giovani, consumati dal 25,3% dei maschi e dal 15,0% delle femmine. Né per i ragazzi né per le ragazze si registrano differenze significative nei consumi delle diverse bevande alcoliche rispetto al 2022 (vedi Figura 26a e Tabella 6).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2023, per entrambi i sessi, le prevalenze dei consumatori per le varie tipologie di comportamenti adottati sono pressoché stabili e approssimabili ai valori rilevati precedentemente alla pandemia SARS-CoV-2. 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% (vedi Figura 26b, Tabella 6).

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 (vedi Figura 26b, Tabella 6).

Consumatori di 11-17 anni

la Legge 189/2012 impone in Italia il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di anni 18 come raccomandato dalla WHO. Le linee guida per una sana alimentazione prodotte dal CREA (63) sulla base del dossier scientifico contenente le raccomandazioni e le principali indicazioni al consumatore (89) considerano “consumatori a rischio per la loro salute” i giovani minorenni che hanno consumato anche una sola bevanda alcolica nel corso dell’anno. A seguito delle indicazioni di sanità pubblica sopra riportate, nella fascia di età 11-17 anni, l’indicatore del consumo di almeno una bevanda alcolica, del consumo abituale eccedentario e del consumo a rischio, coincidono. I ragazzi tra gli 11 e i 17 anni che nel 2023 hanno bevuto alcolici sono il 17,8% dei maschi e il 13,3% delle femmine e, sebbene non si registrino variazioni significative rispetto al 2022, per i maschi l’andamento dell’indicatore nell’ultimo decennio è in calo, nonostante la stabilità degli ultimi due anni, per le femmine è altalenante (Figura 27 e vedi Tabella 6).

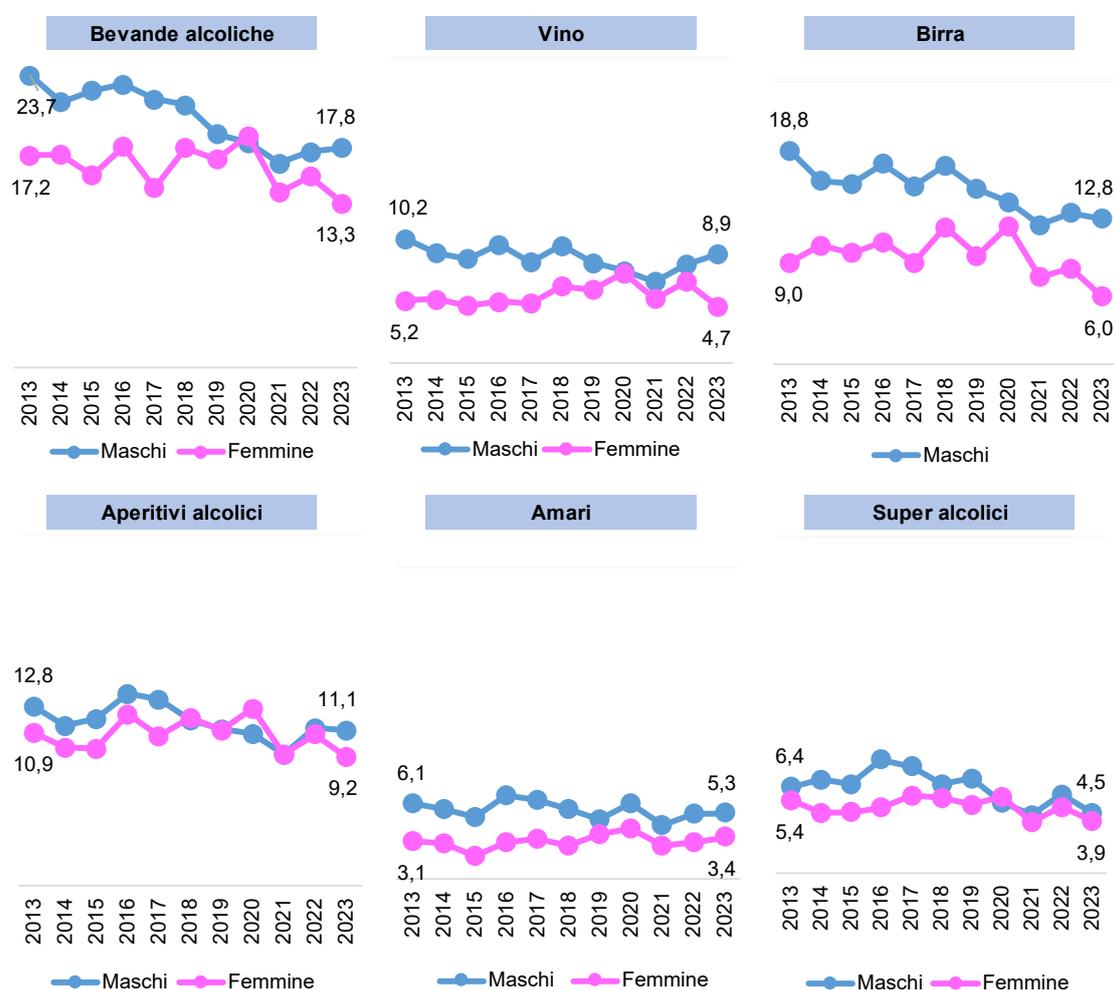


Figura 27. Prevalenza (%) di consumatori (età 11-17 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2013-2023
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell’indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tra i maschi la birra si conferma nel 2023 la bevanda più consumata (12,8%), seguita dagli aperitivi alcolici (11,1%) e dal vino (8,9%). Tra le ragazze le bevande maggiormente consumate sono state gli aperitivi alcolici (9,2%) e la birra (6,0%) seguite dal vino (4,7%).

Nell'ultimo decennio non si osservano variazioni significative dei consumatori e consumatrici delle diverse bevande alcoliche, ad eccezione dei consumatori di birra maschi, diminuiti del 31,8% rispetto al 2013. Non si registrano differenze significative dei consumatori delle bevande considerate rispetto al 2022 in entrambe i sessi (vedi Figura 27 e Tabella 6).

La prevalenza dei consumatori fuori pasto tra gli 11-17enni è stata nel 2023 del 6,8% dei maschi e del 5,6% delle femmine. Nel corso degli ultimi 10 anni i consumatori fuori pasto maschi sono calati del 37,4% (rispetto al 2013), pressoché costanti le femmine, confermando l'eliminazione delle differenze di genere in questo tipo di comportamento a partire dal periodo della pandemia da SARS-CoV-2 (Figura 28 e vedi Tabella 6).

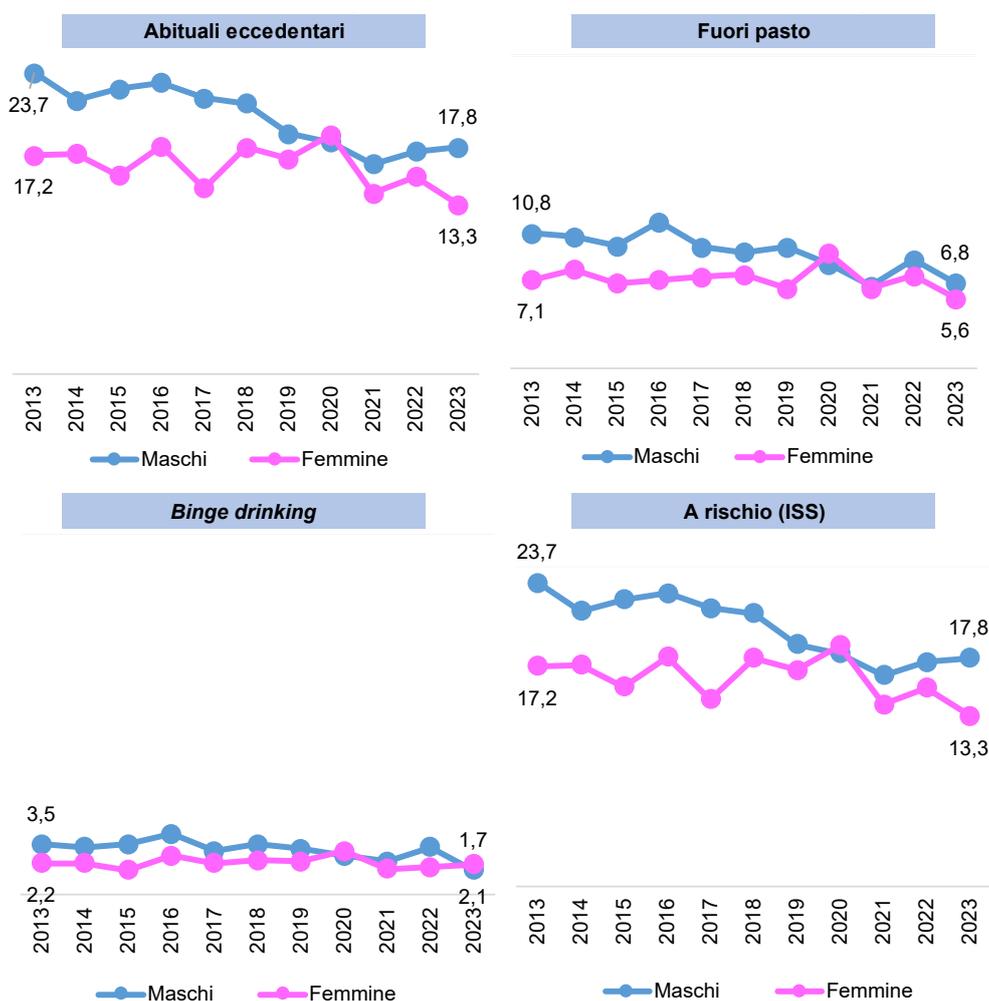


Figura 28. Prevalenza (%) di comportamenti a rischio per sesso (età 11-17 anni). Italia, 2013-2023
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Da notare che consumatori abituali eccedentari e a rischio coincidono tra loro e con i consumatori di bevande alcoliche, dal momento che qualsiasi consumo in questa fascia d'età è da considerarsi a rischio.

Nel 2023, tra i giovanissimi di 11-17 anni, il consumo in modalità *binge*, ovvero le abbuffate alcoliche, è stato più frequente tra le femmine che tra i maschi: la prevalenza delle consumatrici *binge drinker* è stata infatti del 2,1% mentre i maschi sono stati l'1,7%.

Le prevalenze dei consumatori a rischio fra i giovanissimi (che corrispondono in questa fascia di età ai consumatori di almeno una bevanda alcolica) continuano quindi a rimanere in linea con i dati degli ultimi anni (M=17,8%; F=13,3%) (vedi Figura 28 e Tabella 6).

Nel 2023 sono ancora 615.000 gli adolescenti minorenni che hanno consumato alcolici e che, secondo gli organismi di sanità pubblica e sulla base delle evidenze scientifiche, hanno messo a rischio la loro salute.

Consumatori di 18-24 anni

L'alcol agisce su diverse funzioni cerebrali (percezione, attenzione, elaborazione, valutazione, ecc.), con effetti diversi, correlati all'alcolemia, allo stato fisico, al sesso, all'età pertanto è necessario valutare attentamente gli effetti negativi dell'alcol mentre si guida.

Il valore limite legale del tasso di alcolemia da non superare alla guida è in Italia 0,5 g/L. La Legge n. 120 del 29 luglio 2010 "Disposizioni in materia di sicurezza stradale" ha anche introdotto la tolleranza zero per i patentati con meno di 21 anni, i neopatentati (coloro che hanno preso la patente da meno di 3 anni) e i guidatori professionisti che non possono bere neanche un piccolo quantitativo di alcol quando si mettono al volante. Tale limitazione è stata rafforzata dal nuovo codice della strada, introdotto con la Legge n. 177 del 25 novembre 2024, in vigore dal 14 dicembre 2024 (90). Rispetto all'alcol, il nuovo codice della strada introduce importanti novità con sanzioni più severe per chi guida in stato di ebbrezza. La Legge segnala per le diverse soglie di tasso alcolemico (in g/L) quanto di seguito riportato:

- | | |
|-------------------------------------|--|
| – 0,5-0,8 | Sanzione amministrativa da 573 a 2.170 euro
Sospensione della patente da 3 a 6 mesi, |
| – 0,8-1,5 | Sanzione penale con arresto da 6 mesi a 1 anno
Sanzione amministrativa da 800 a 3.200 euro
Sospensione della patente da 6 mesi a 1 anno, |
| – > 1,5 | Sanzione penale con arresto da 1 a 2 anni
Sanzione amministrativa da 1.500 a 6.000 euro
Sospensione della patente da 1 a 2 anni
Confisca del veicolo, |
| – Recidiva
qualsiasi tasso > 0,8 | Inasprimento sanzioni
Obbligo di tasso zero per 2-3 anni e di installazione di <i>alcolock</i> (superiore a 0,8), |

Per i neopatentati e per i minori di anni 21, il nuovo codice della strada rafforza il principio del limite alcolemico uguale zero, introducendo sanzioni anche per minime quantità di alcol rilevate: se il giovane conducente viene trovato con un tasso minore o uguale a 0,5 g/l, scatta infatti una sanzione di 624 euro. Il mancato rispetto delle regole comporterà anche l'impossibilità di ottenere la patente di guida prima del compimento del ventiquattresimo anno. L'impossibilità di ottenere la patente prima dei 24 anni riguarderà inoltre tutti i minori di anni 21 alla guida senza patente e sotto effetto di sostanze psicotrope.

La prevalenza dei ragazzi tra i 18 e i 24 anni che nel 2023 hanno consumato almeno una bevanda alcolica è stata del 75,4% tra i maschi e del 67,9% tra le femmine e per queste si conferma, come l'anno scorso, l'aumento nell'ultimo decennio (+16,2% rispetto al 2013).

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

Nel 2023, fra le diverse bevande, la birra è la più consumata fra i ragazzi (65,4%), insieme agli aperitivi alcolici (61,5%), viceversa per le ragazze la prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici (58,7%) è superiore a quella delle consumatrici di birra (41,6%). La terza bevanda più consumata tra i 18-24enni è stata il vino (M=51,5%, F=41,3%), seguita dagli amari (M=45,4%, F=25,5) e dai superalcolici (M=44,9%, F=31,9%) (Figura 29 e vedi Tabella 6). Il consumo di amari tra i maschi è aumentato significativamente nell'ultimo anno (+14,2%).

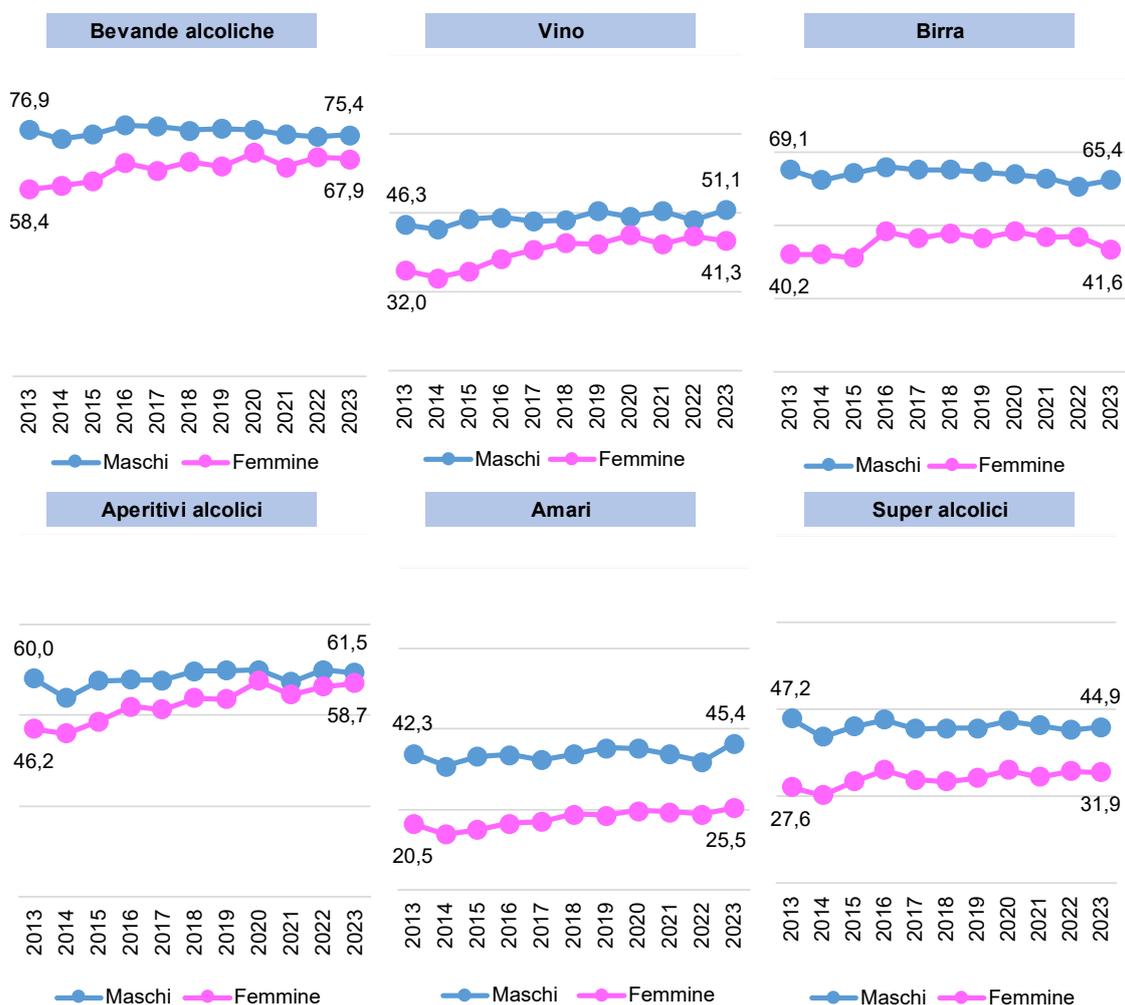


Figura 29. Prevalenza (%) di consumatori (età 18-24 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2013-2023
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Per quanto riguarda l'andamento dell'ultimo decennio dei consumi delle diverse bevande, sono in aumento rispetto al 2013 le consumatrici di vino (+29,0%) e di aperitivi alcolici (+27,2%), mentre sono in aumento i consumatori totali (maschi più femmine) di amari (+12,8%) (vedi Figura 29 e Tabella 6).

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%); il consumo abituale eccedentario viene praticato similmente dai maschi e dalle femmine (M=2,7%, F=1,5%).

Per tutti gli indicatori di rischio non si rilevano variazioni significative rispetto al 2022 e all'ultimo decennio (Figura 30 e vedi Tabella 6). Nel 2023 i consumatori a rischio sulla base dei criteri ISS, tra i 18 e i 24 anni, sono stati il 20,1% dei maschi e l'11,2% delle femmine, invariati rispetto al 2022 e all'ultimo decennio, per un totale di circa 645.000 ragazzi che hanno messo a rischio la loro salute (Figura 30 e vedi Tabella 6).

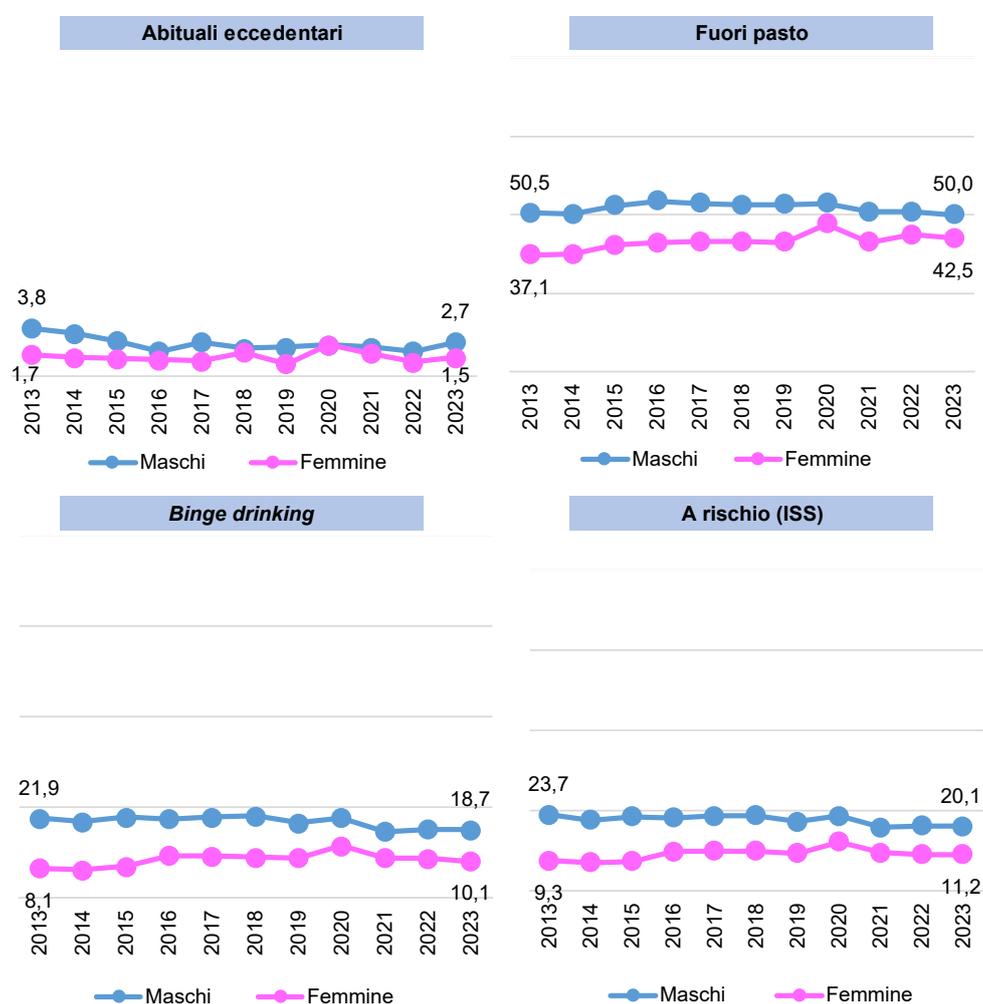


Figura 30. Prevalenza (%) di comportamenti a rischio per sesso (età 18-24 anni). Italia, 2013-2023
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumo di alcol tra le donne

Le femmine hanno una massa corporea inferiore rispetto ai maschi, una concentrazione minore di acqua corporea e la capacità di metabolizzare l'alcol a parità di consumo è inferiore a quella dei maschi determinando quindi un livello di alcol nel sangue più elevato (63, 89).

In Italia nel 2023 il 57,6% delle femmine di età superiore a 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, per un totale di quasi 16.000.000 persone, e non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Tabella 7).

Il 5,5% delle femmine ha consumato alcol in modalità abituale eccedentaria, il 23,9% ha consumato alcol fuori pasto, il 4,5% in modalità *binge drinking* e complessivamente il 9,2% ha consumato alcol in modalità a rischio per la loro salute, pari ad oltre 2.500.000 persone.

L'analisi degli indicatori relativa ai comportamenti a rischio mostra che nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza delle consumatrici di vino o alcolici fuori pasto è cresciuta costantemente; la prevalenza delle *binge drinker* è aumentata rispetto al 2013, e in particolare quelle che hanno praticato il *binge drinking* sono aumentate del 21,6% nel corso dell'ultimo anno. La prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) è rimasta pressoché costante nel corso degli ultimi dieci anni e non si osservano variazioni significative rispetto all'ultima rilevazione (Tabella 7).

Tabella 7. Prevalenza (%) delle consumatrici (età ≥11 anni) di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio. Italia, 2013-2023

Anno	Consumi						Comportamenti a rischio			
	bevande alcoliche	vino	birra	aperitivi alcolici	amari	super-alcolici	abituale eccedentario	fuori pasto	<i>binge drinking</i>	a rischio (ISS)
2013	51,2	38,7	31,4	21,7	14,3	12,4	6,9	15,8	2,5	8,8
2014	50,4	37,7	31,1	21,8	13,9	11,8	6,2	16,5	2,5	8,2
2015	52,0	39,5	32,4	23,7	15,4	14,0	6,5	17,7	3,1	9,0
2016	53,3	40,2	33,4	25,9	16,9	15,3	5,9	19,4	3,4	8,7
2017	53,5	40,3	33,5	26,0	16,9	15,4	5,9	19,4	3,4	8,8
2018	55,4	42,6	36,9	28,3	17,8	15,4	6,1	20,4	3,6	8,9
2019	56,5	43,4	37,3	28,7	18,0	15,4	6,2	21,0	3,5	8,9
2020	56,2	43,2	38,3	29,7	18,7	15,8	6,4	22,4	3,9	9,4
2021	56,1	43,7	37,5	29,2	18,3	15,6	6,1	21,7	3,6	8,7
2022	57,5	45,2	39,6	32,9	19,9	17,2	6,1	23,2	3,7	9,1
2023	57,6	45,2	38,7	33,5	20,7	17,2	5,5	23,9	4,5	9,2

Consumatrici minorenni (età 11-17 anni)

Le ragazze hanno una massa corporea inferiore rispetto ai ragazzi, minor quantità di acqua corporea e meno efficienza dei meccanismi di metabolizzazione dell'alcol. Ciò rende più vulnerabile il sesso femminile agli effetti dell'alcol e, a parità di consumo, determina un livello di alcol nel sangue più elevato e, purtroppo, le informazioni sui danni che l'alcol può causare in particolare in questa fascia sensibile di popolazione non vengono correttamente comunicate.

Nel 2023 la prevalenza di consumatrici di almeno una bevanda alcolica di età 11-17 anni è stata del 13,3%. Non si registrano variazioni significative né rispetto alla precedente rilevazione né rispetto agli anni precedenti.

Le bevande maggiormente consumate dalle giovani minorenni sono state nel 2023 gli aperitivi alcolici (9,2%) e la birra (6,0%) e seguite da vino, superalcolici e amari.

Sebbene nel corso degli ultimi 10 anni le prevalenze delle consumatrici delle diverse bevande alcoliche siano in diminuzione, per la numerosità del campione non si rilevano variazioni statisticamente significative (Figura 31).



Figura 31. Prevalenza (%) delle consumatrici (anni 11-17 anni) di bevande alcoliche. Italia, 2013-2023

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

In questa fascia d'età qualsiasi tipo di consumo è da considerarsi rischioso per la salute e nel 2023 sono state circa 245mila le consumatrici in questa fascia d'età (il 13,3% ha consumato in modalità abituale eccedentaria; il 5,6% lontano dai pasti e il 2,1% in modalità *binge drinking* (Figura 32). Per tutte le tipologie di comportamento a rischio considerate, non si rilevano variazioni significative né rispetto al 2013 né rispetto alla precedente rilevazione (Figura 32).



Figura 32. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 11-17 anni) per comportamenti a rischio. Italia, 2013-2023

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

Consumatrici adulte (età 18-49 anni)

Molte consumatrici in età adulta e fertile non sono consapevoli della maggiore sensibilità e vulnerabilità fisiologica che le espone a maggiori rischi a causa del loro consumo di alcol: l'organismo di una femmina presenta infatti una massa corporea inferiore rispetto a quella del maschio, una minor quantità di acqua corporea e meno efficienza nella metabolizzazione dell'alcol per carenza dell'enzima epatico alcol-deidrogenasi. A pari quantità di bevande alcoliche, quindi, il livello di alcolemia è maggiore nelle femmine e aumenta la probabilità di sviluppare patologie, inclusi numerosi tipi di cancro (in particolare quello della mammella), osteoporosi, riduzione della fertilità e complicanze nella gravidanza, fino ad aborti spontanei e rischio di partorire neonati affetti da sindrome feto alcolica (52-58).

Il 68,1% delle 18-49enni ha consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno 2023 e la prevalenza è aumentata rispetto al 2013 del 17,0%, sebbene non si osservino variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Le bevande consumate dal maggior numero di femmine sono gli aperitivi alcolici (53,4%), il vino (51,0%) e la birra (49,8%), seguiti da amari e super alcolici (rispettivamente 29,2 e 27,5%). Per tutte le bevande considerate, negli ultimi dieci anni si osserva un trend in aumento delle prevalenze delle consumatrici sebbene rispetto al 2022 non si registrano variazioni significative (Figura 33).



Figura 33. Prevalenza (%) delle consumatrici (anni 18-49 anni) di bevande alcoliche. Italia, 2013-2023

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

Il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione è il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, praticato dal 38,9% delle femmine, seguito dal *binge drinking* (7,9%) e dal consumo abituale eccedentario (2,9%) (Figura 34).

Complessivamente il 9,9% delle femmine di questa fascia di popolazione ha consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute e sebbene il valore sia rimasto pressoché stabile nel corso dell'ultimo anno, si registra un incremento del 35,6% rispetto al 2013.

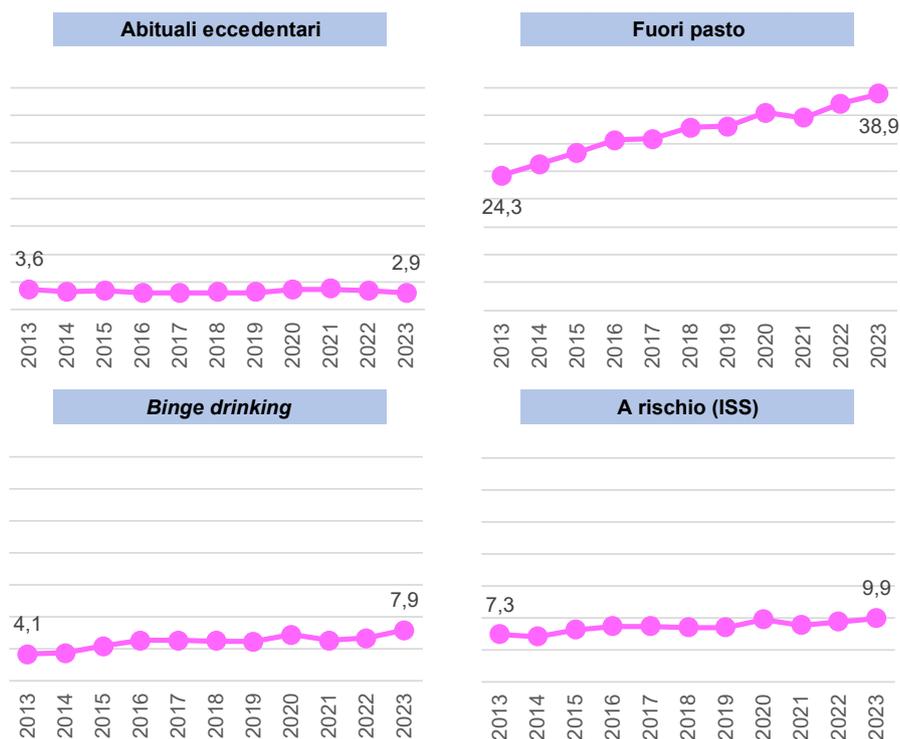


Figura 34. Prevalenza (%) delle consumatrici (anni 18-49 anni) per comportamenti a rischio. Italia, 2013-2023
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatrici adulte (età 50-69 anni)

Il sistema di smaltimento dell'alcol attraverso l'enzima alcol-deidrogenasi non è uguale in tutte le persone e varia in funzione del sesso, dell'età, dell'etnia e di altre caratteristiche personali. Per questo motivo è consigliato anche a una consumatrice adulta e in stato di buona salute di non superare un consumo giornaliero di una unità alcolica per non incorrere in rischi per la salute (63, 89).

Nel 2023, la prevalenza di femmine di età compresa tra i 50 e i 69 anni che hanno consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno è stata del 60,2%; il dato è aumentato del 10,9% nel corso degli ultimi dieci anni, sebbene rispetto al 2022, non si rilevano variazioni statisticamente significative.

La bevanda maggiormente consumata in questa fascia di età è stato il vino (47,8%) seguito dalla birra (43,8%) dagli aperitivi alcolici (30,8%) e infine dagli amari e i superalcolici. Per tutte le bevande considerate si registra un incremento delle prevalenze rispetto al 2013 sebbene non si osservino variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 35).



Figura 35. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 50-69 anni) di bevande alcoliche. Italia, 2013-2023

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

Il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione è il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, praticato da circa una su cinque (19,6%) che è aumentato rispetto al 2013 del 69,0%. La prevalenza delle femmine 50-69enni che hanno praticato il *binge drinking* è stata del 2,9% ed anche per questo indicatore si registra un forte incremento rispetto al 2013; il consumo abituale eccedentario al contrario è un comportamento praticato da solo il 2,9% delle femmine e per il quale si osserva una riduzione rispetto ai dieci anni precedenti del 36,7%. Per tutti gli indicatori di rischio non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 36).

Complessivamente hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute l'8,0% delle femmine di 50-69 anni, valore pressoché stabile sia rispetto al 2012 che risulta diminuito del 19,2% rispetto al valore del 2013 (Figura 36).

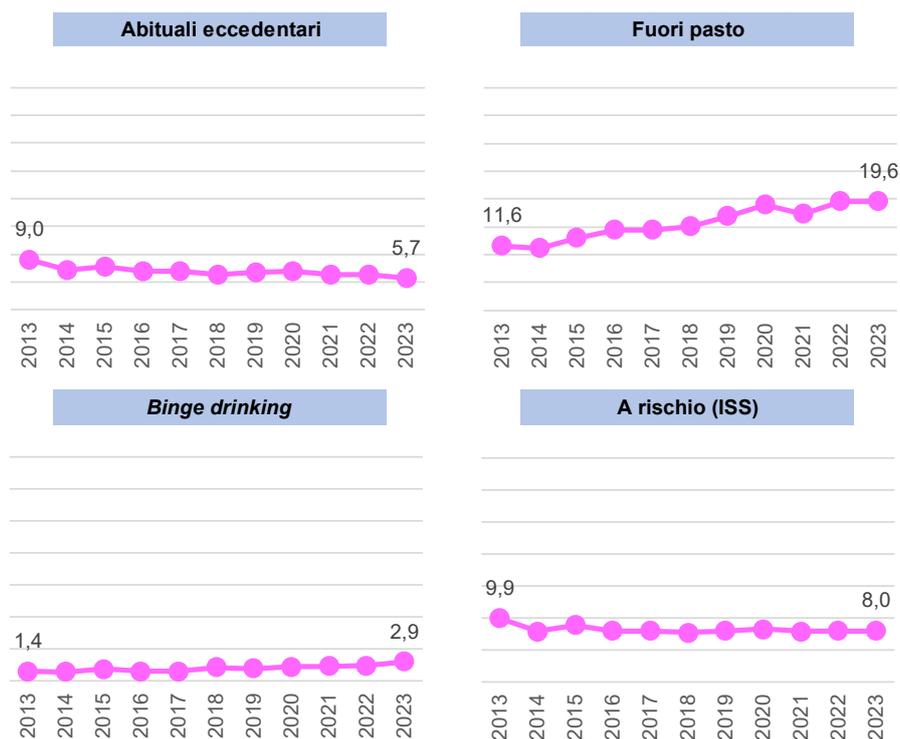


Figura 36. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 50-69 anni) per comportamenti a rischio. Italia, 2013-2023
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatrici anziane (età ≥70 anni)

Con l'avanzare dell'età le persone raggiungono più elevati livelli di concentrazione di alcol nel sangue e hanno una minore tolleranza agli effetti negativi legati all'assunzione, a causa della ridotta capacità di metabolizzare l'alcol. Nelle anziane l'assunzione di alcol, anche moderata, può inoltre peggiorare e accelerare la degenerazione della sfera neurologica e psichica. Infine, spesso la persona anziana è in terapia farmacologica e l'alcol può interferire con molti farmaci, in particolare quelli che deprimono il sistema nervoso (sedativi, tranquillanti, ansiolitici, ipnotici).

Per questo motivo sono numerose le tipologie di decesso, tra cui cadute, suicidi, malattie cardiovascolari e psichiatriche nonché alcuni tipi di tumori, il cui rischio in questo target sensibile di popolazione viene incrementato dal consumo di alcol. Per questi motivi, le linee guida per una sana alimentazione (63, 89) suggeriscono quindi per questa fascia di popolazione di non consumare più di una unità di bevande alcoliche al giorno per non incorrere in rischi per la salute.

Nel 2023 il 48,5% le femmine ultrasettantenni hanno consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno e, nonostante il trend in crescita registrato negli ultimi dieci anni (+16,6% rispetto al 2013), non si osservano variazioni significative rispetto al 2022. La bevanda in assoluto più consumata in questa fascia d'età è il vino, consumato da quasi un'anziana su due (43,4%), seguita dalla birra (21,3%); la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici e amari

sono state il 9,3% e il 10,1% rispettivamente e le bevande meno consumate in questa fascia di età sono state anche nel 2023 i superalcolici (6,7%). Per tutte le bevande considerate si osserva un trend di consumo in crescita rispetto al 2013 (in particolare per birra, aperitivi alcolici e superalcolici) sebbene le differenze rispetto all'ultima rilevazione non risultino statisticamente significative (Figura 37).



Figura 37. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 70+ anni) di bevande alcoliche. Italia, 2013-2023
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il comportamento a rischio più frequente è stato il consumo fuori pasto, praticato dal 9,1% delle anziane ultrasessantenni, seguito dal consumo abituale eccedentario (7,4%); Solo l'1,5% delle anziane ha praticato il *binge drinking*. Sebbene i valori degli indicatori di rischio risultino stabili rispetto alla precedente rilevazione, per le femmine che hanno consumato in modalità *binge drinking* o fuori pasto si registra un forte incremento rispetto ai dieci anni precedenti.

Complessivamente nel 2023 l'8,3 delle anziane ultrasessantenni ha consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute e non si rilevano variazioni statisticamente significative né rispetto al 2013 né rispetto alla precedente rilevazione (Figura 38).

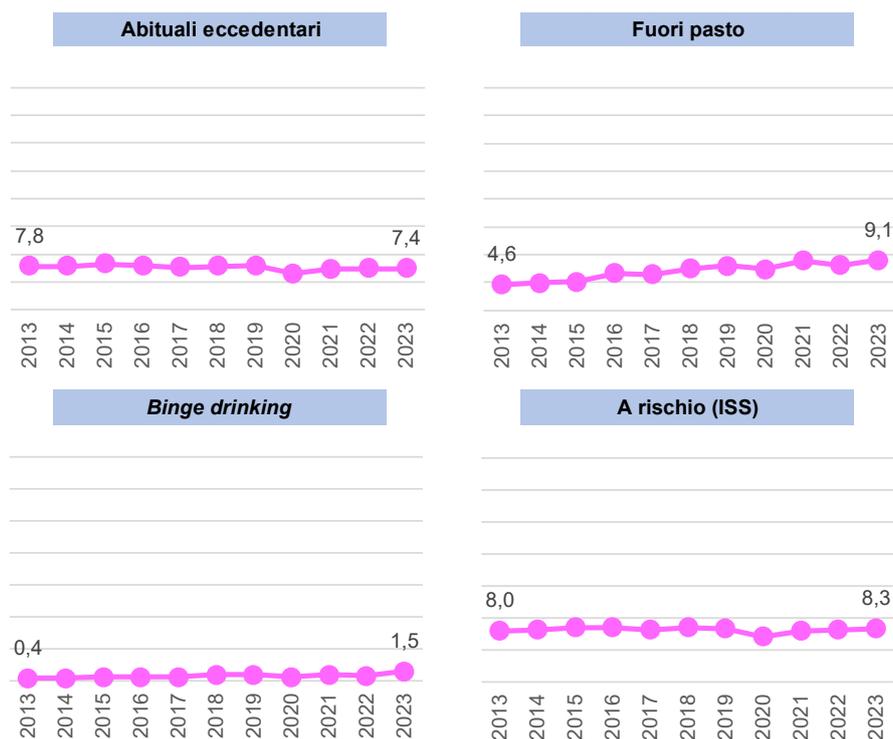


Figura 38. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 70+ anni) per comportamenti a rischio. Italia, 2013-2023
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumo di alcol tra gli anziani

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

La riduzione dell'attività dell'alcol-deidrogenasi determina elevate concentrazioni di alcol nel sangue per un periodo più lungo rispetto ad altre fasce di popolazione a causa della diminuzione dell'acqua corporea totale, della minore efficienza del fegato, dell'assunzione di farmaci e della presenza di patologie croniche. Negli anziani, infine, bere anche una piccola quantità di alcol può portare a situazioni pericolose o addirittura mortali perché può compromettere il giudizio, la coordinazione e il tempo di reazione di una persona aumentando il rischio di problemi di equilibrio e di cadute, che possono provocare fratture dell'anca o del braccio o altre lesioni (91-94).

Le nuove linee guida (63, 89) del CREA consigliano per questo motivo di non consumare bevande alcoliche o ridurne almeno il consumo a un massimo di 12 g di alcol al giorno in età avanzata per non incorrere in problemi per la salute; tale consumo equivale a 1 UA (circa 330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) indipendentemente dal genere.

In Italia nel 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 (Figura 39).

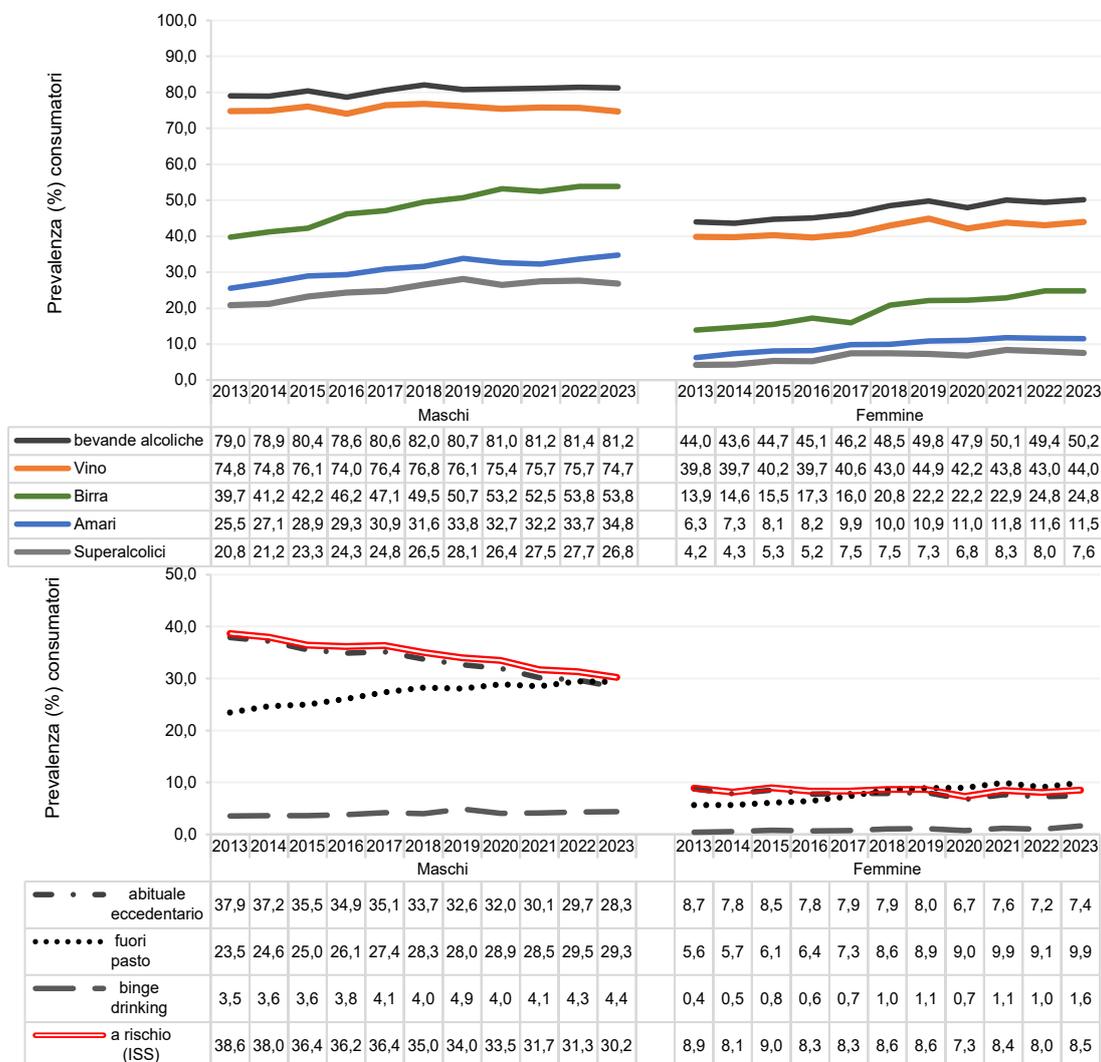


Figura 39. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥65 anni) delle diverse bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, per sesso. Italia, 2013-2023
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La bevanda che presenta la prevalenza di consumatori più elevata in questa fascia di età rimane come negli anni scorsi il vino, per entrambe 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 (vedi Figura 39).

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 (vedi Figura 39).

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%) (vedi Figura 39).

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 (vedi Figura 39).

Per tener conto dei diversi comportamenti adottati da questa fascia di popolazione e le diverse abitudini di consumo sono stati quindi analizzati separatamente i dati relativi a 'giovani anziani' (65-74) che rappresentano nel 2023, l'11,7% della popolazione italiana, agli 'anziani' veri e propri (75-84) che ne rappresentano l'8,5% e ai 'grandi anziani' (85 e oltre) che ne rappresentano infine il 3,8% (95).

Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

In Italia la popolazione media anziana di 65-74 anni nel 2023 era pari al 11,3% della popolazione maschile italiana e al 12,1% di quella femminile (95). 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 (Figura 40).

La bevanda più consumata continua ad essere il vino, sia per i maschi (75,1%) che per le femmine (46,4%). Rispetto al 2013 la prevalenza dei consumatori di vino 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 16,4% tra le femmine e si evidenzia ancora un forte trend 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 i maschi rispetto alle femmine (Figura 40).

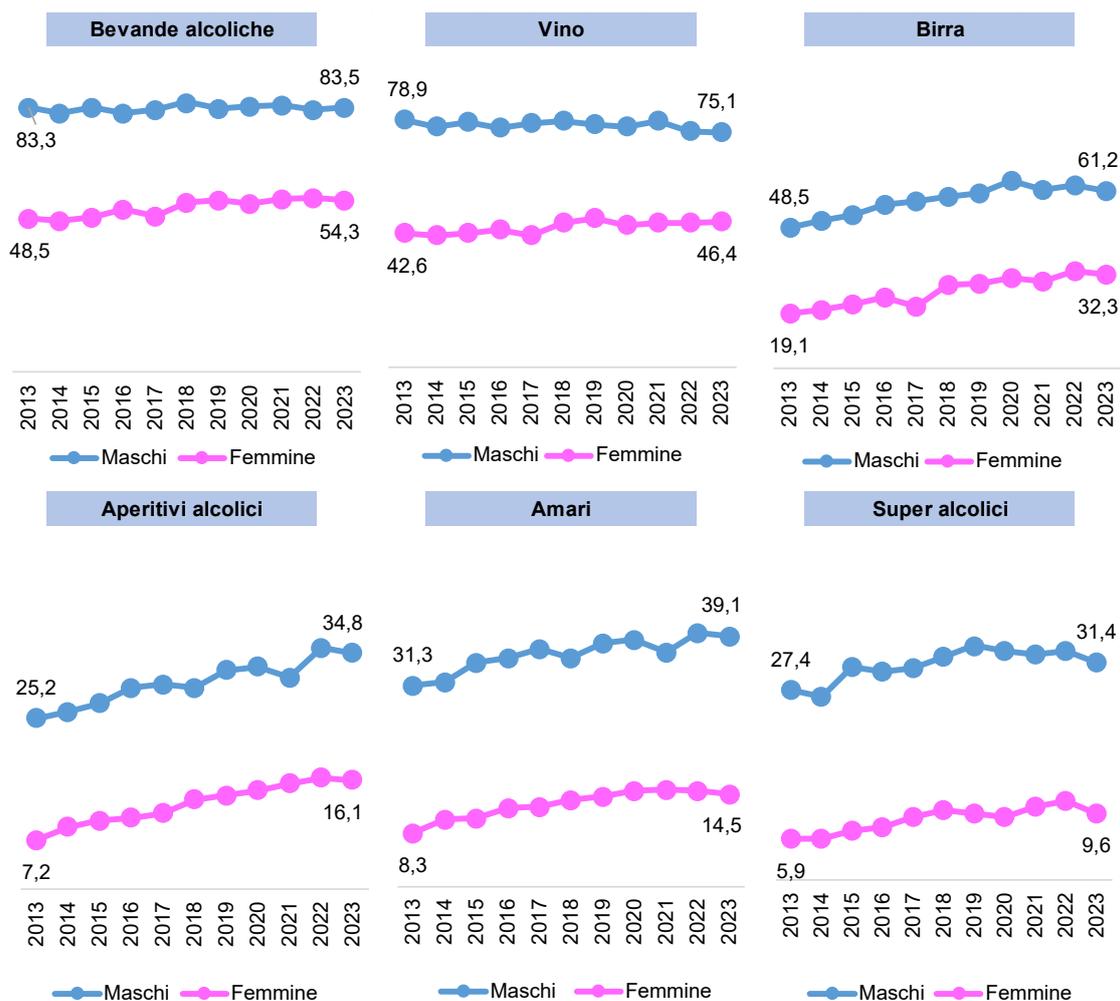


Figura 40. Prevalenza (%) di consumatori (età 65-74 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2013-2023
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

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 tuttavia è pari al 5,7% per i maschi e all'1,5% per le femmine (Figura 41).

Le differenze nei comportamenti rispetto all'ultimo anno non sono statisticamente significative, ma si confermano gli andamenti nell'ultimo decennio evidenziati ovvero: cala rispetto al 2013, per entrambi i sessi, la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari (M=-30,4%, F=-26,9%) e aumentano invece i consumatori fuori pasto (M=16,8%, F=61,1%). Sono in aumento rispetto al 2013 anche le consumatrici *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 41).

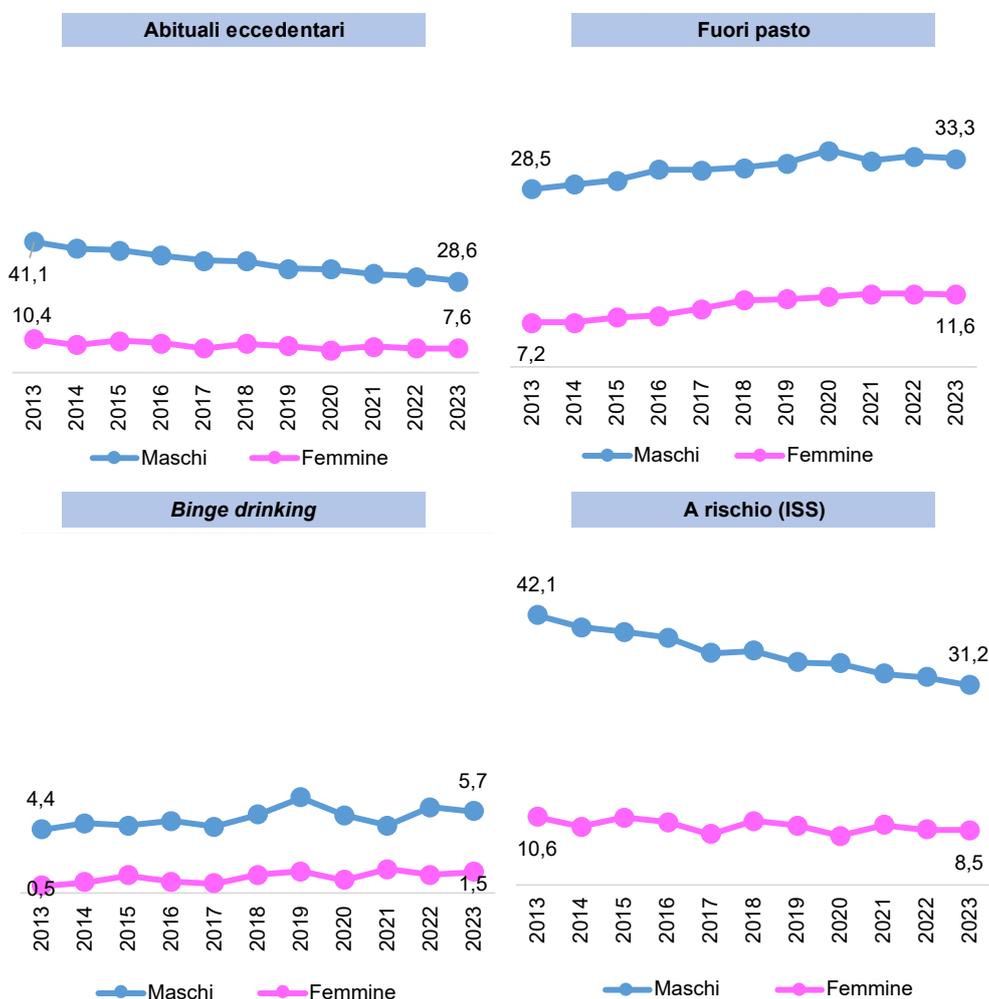


Figura 41. Prevalenza (%) di consumatori (età 65-74 anni) per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia, 2013-2023
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

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 (95). 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 42).

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 42) che il trend negli ultimi 10 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 i maschi è sempre superiore alle femmine (Figura 42).

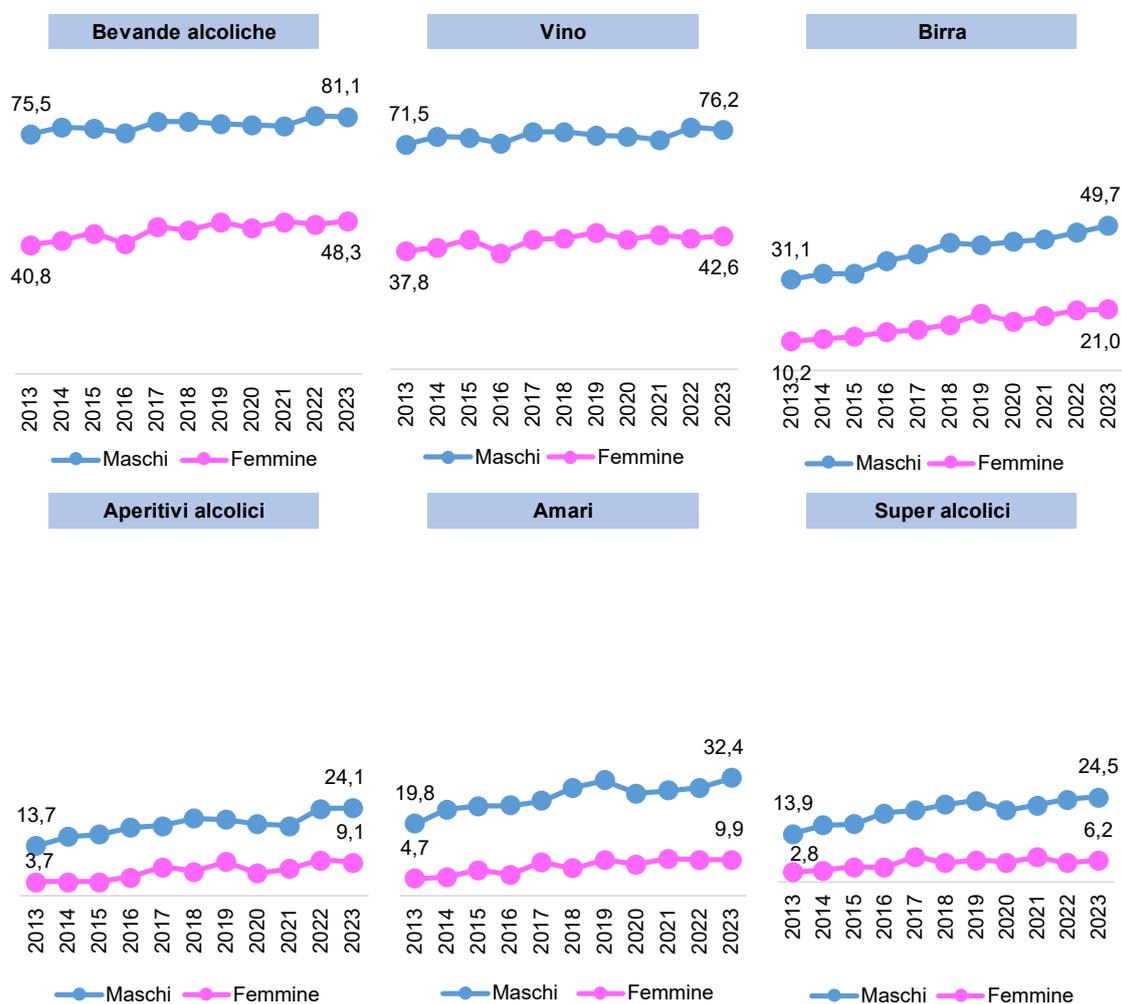


Figura 42. Prevalenza (%) di consumatori (età 75-84 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia 2013-2023
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

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 43).

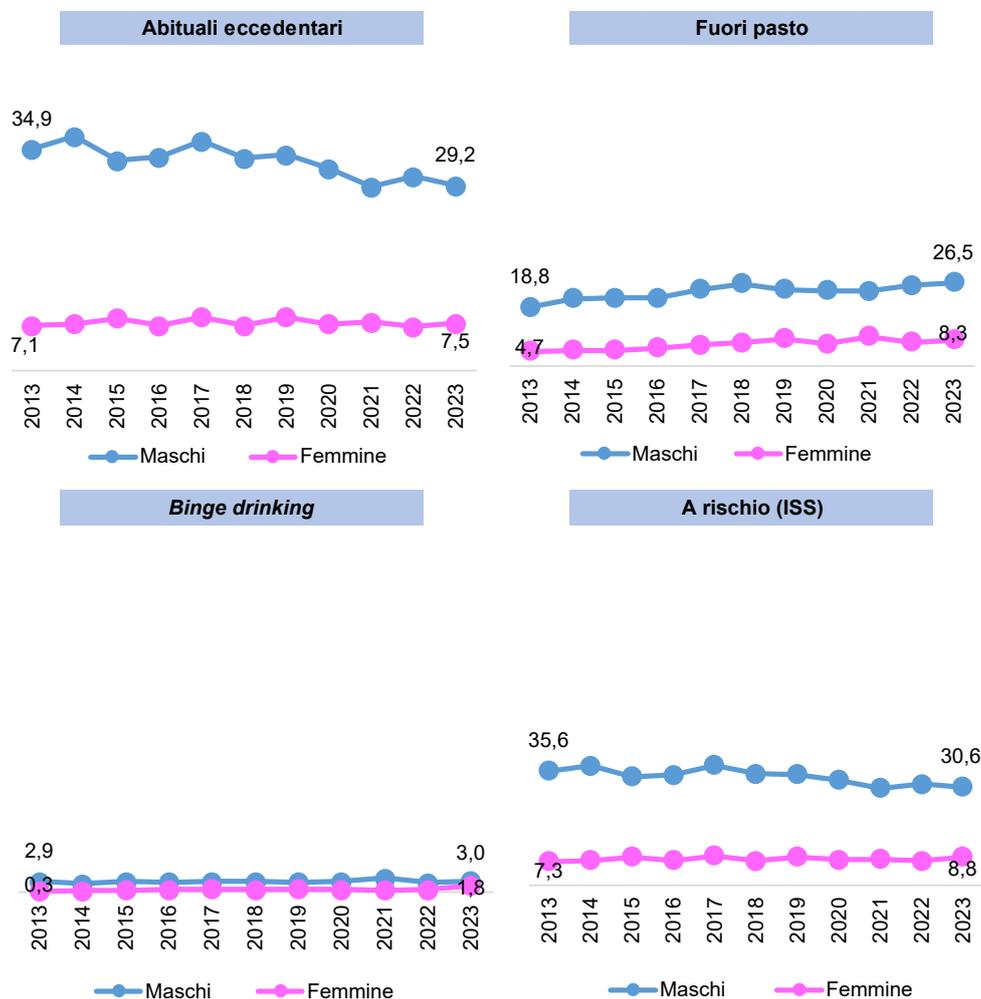


Figura 43. Prevalenza (%) di consumatori (età 75-84 anni) per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia, 2013-2023
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie è stata nel 2023 del 7,5%, quella delle consumatrici fuori pasto del 8,3% e per quest'ultimo indicatore 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 500,0% rispetto al 2013. In totale si stima che nel 2023 sono stati circa 900.000 gli anziani che adottano un comportamento a rischio per la salute, maschi 30,6%, femmine 8,8% (vedi Figura 43).

Consumatori grandi anziani (≥ 85anni)

In Italia la popolazione media di età superiore a 84 anni nel 2023 era pari al 2,7% della popolazione maschile italiana e al 4,9% di quella femminile (95).

La prevalenza dei “grandi anziani” che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel 2023 è stata del 71,4% dei maschi e del 43,2% delle femmine senza variazioni significative né rispetto al 2022 né rispetto al 2013 (Figura 44). 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% per le femmine. Nel 2023 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).

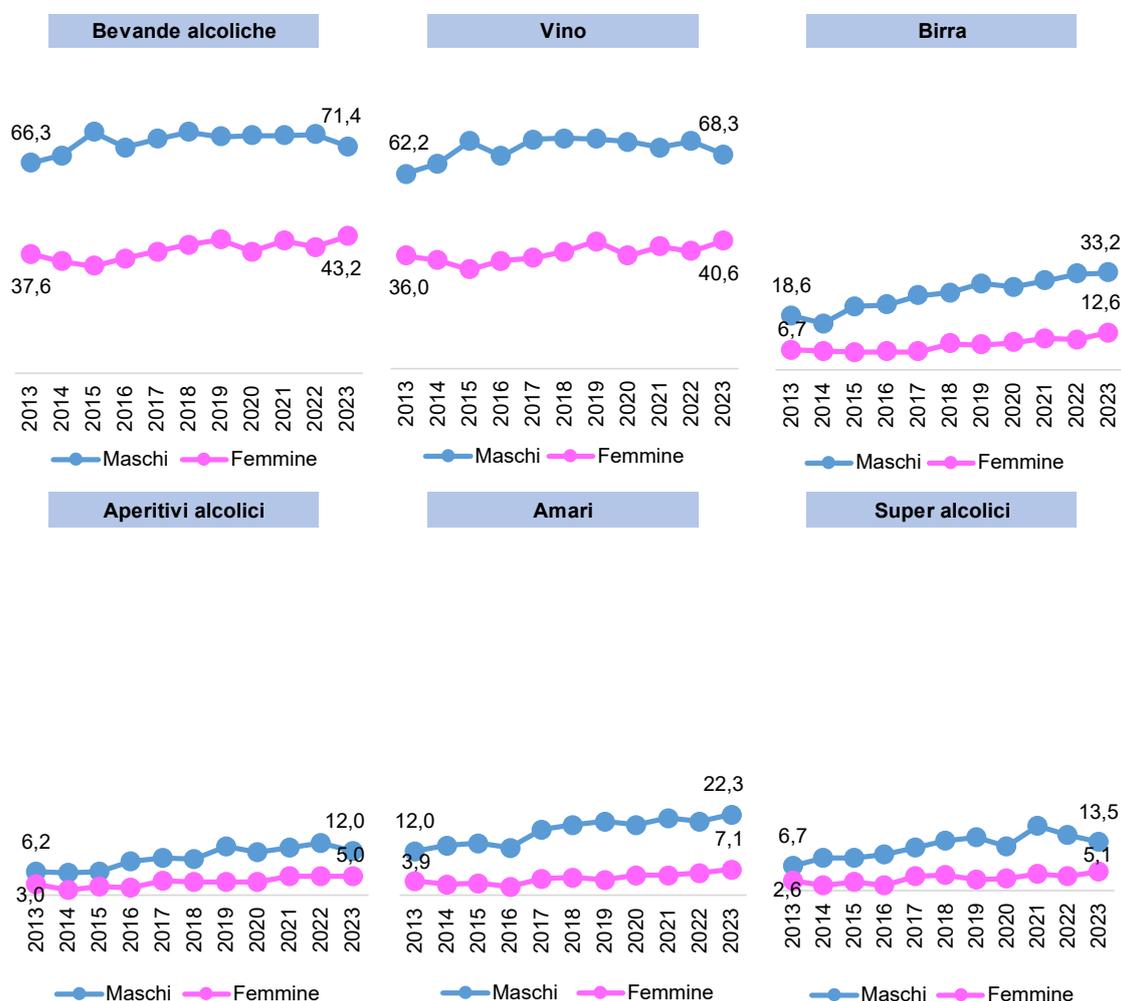


Figura 44. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥85 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2013-2023

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

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 i maschi (vedi Figura 44).

Nel corso del 2023 il 24,4% dei maschi e il 6,9% delle femmine hanno consumato bevande alcoliche in modalità abituale eccedentaria e, rispettivamente, il 19,8% e l'8,9% hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti (Figura 45).

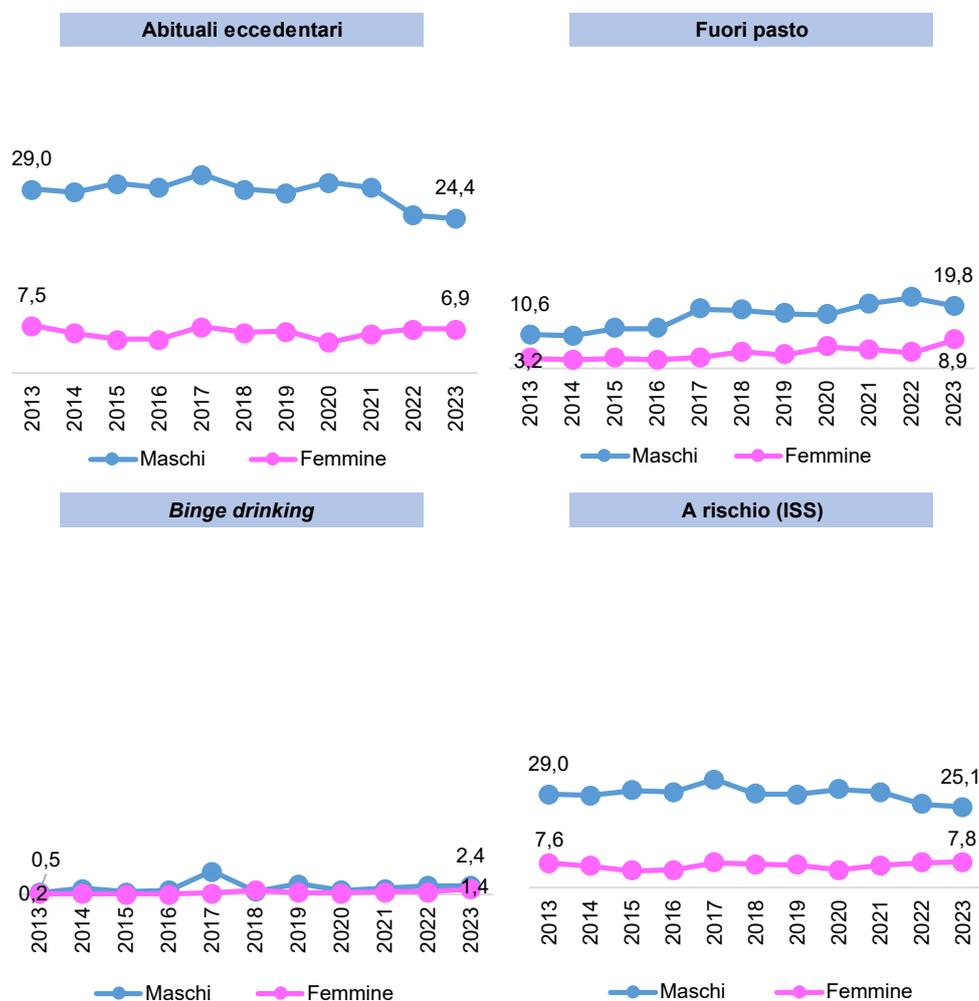


Figura 45. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥85 anni) per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia 2013-2023
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Analizzando il trend dell'ultimo decennio dei consumatori fuori pasto si conferma l'aumento già osservato lo scorso anno rispetto al 2013 dell'86,8% per i maschi e del 178,1% per le femmine. Il 2,4% dei maschi e l'1,4% delle femmine hanno infine consumato alcol in modalità *binge drinking*, queste ultime sono in aumento del 74,5% rispetto al 2022 (vedi Figura 45).

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.

PARTE 2
Altre attività dell'ONA-ISS

ATTIVITÀ INTERNAZIONALI ED EUROPEE SU PREVENZIONE E POLITICHE ALCOLOGICHE

Nel corso del 2024, l'ONA-ISS ha partecipato a numerose attività europee e internazionali connesse alla prevenzione e alle politiche sull'alcol e i problemi alcol-correlati.

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

L'ONA-ISS ha svolto, per 20 anni consecutivi, fino al 2021, attività in qualità di *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems* (WHO CC-ITA79) secondo piani di lavoro concordati tra il Ministero della Salute, l'ISS e la WHO, sede centrale di Ginevra passando a svolgere nel 2023, su richiesta della WHO, un ruolo più centrale attraverso contratti di servizio diretti rivolti a prestazioni e ad attività di consulenza tecnico-scientifica internazionale sui principali rapporti della WHO, sulle tematiche emergenti dalle nuove strategie (globale ed europea). A tal riguardo, l'ONA-ISS, su nomina della WHO e del Ministero della Salute, ha partecipato in qualità di *Focal Point* e di *National Counterpart* governativo del network formale degli Stati membri ai meeting in presenza organizzati dalla WHO e alle consultazioni online con e tra gli organismi internazionali e gli Stati membri (ampliate a quelle con i rappresentanti della società civile e delle università, quelle delle organizzazioni professionali e delle organizzazioni di *advocacy* non governative). Sono state inoltre assicurate le attività di condivisione e aggiornamento periodico nazionali, quelle di valutazioni delle migliori pratiche europee e internazionali, la partecipazione a progettualità e a gruppi di lavoro di alto livello derivanti dalla nomina della WHO nei *Technical Advisory Group of experts* e nei *Technical expert group* internazionali.

L'ONA-ISS ha assicurato, su incarico diretto della *Less Alcohol Unit* dell'*Health Promotion Department, Healthier Populations Division* dell'*Head Quarter* della WHO di Ginevra (attivato nel dicembre 2023) quanto di seguito riportato ed implementato nel 2024:

- consulenza e revisione sulla *survey* sulle politiche sull'alcol già attuata a livello mondiale e su come migliorarla;
- input sull'analisi dei trend correnti su alcol e giovani delineando il futuro delle *survey* globali facendo riferimento al *case study* italiano e alla esperienza nazionale di prevenzione;
- competenze specifiche sui sistemi di monitoraggio epidemiologici governativi formali basati sul SISMA per migliorare la *Dashboard* della WHO sulla base dell'esperienza dell'ONA-ISS del SISMA online (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index>);

Nel dettaglio sono di seguito riportate le principali attività del 2024.

Attività congiunte con la WHO

Partecipazione alle consultazioni e alla stesura del *Global alcohol action plan 2022-2030*

Lo scorso 20 giugno 2024 è stato pubblicato il Piano d'Azione Globale sull'Alcol (*Global Alcohol Action Plan*) 2022-2030 dell'*Head Quarter* della WHO, approvato dagli Stati membri

della WHO, che mira a ridurre il consumo dannoso di alcol attraverso strategie efficaci e basate sull'evidenza a livello nazionale, regionale e globale (96, 97).

Alle consultazioni e alla stesura del Piano d'Azione Globale hanno collaborato i ricercatori dell'ONA-ISS.

La pubblicazione del Piano d'Azione Globale è il prodotto finale di riunioni di esperti, iniziate nel 2019, per la discussione dei contenuti del documento, di *drafting* sviluppati dagli Stati membri in riunioni specifiche del Comitato di coordinamento della WHO e di consultazioni online aperte agli Stati membri, alle Organizzazioni delle Nazioni Unite e ad altre organizzazioni internazionali e *stakeholder*.

Il Piano d'Azione Globale sull'Alcol 2022-2030 è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie cronico-degenerative, in linea con gli SDG dell'Agenda 2030 della Nazioni Unite, in particolare con l'SDG 3.5 che prevede la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025 (11).

La pubblicazione si basa sugli orientamenti forniti dalla strategia globale della WHO del 2010 per ridurre l'uso e il consumo dannoso di alcol (4) e dalle sue componenti, nonché sugli insegnamenti tratti dalla sua implementazione e sui Piani d'azione sull'alcol pubblicati negli ultimi dieci anni (26, 30-33, 44, 77, 78). Il documento, sviluppato per implementare ulteriormente ed efficacemente la strategia globale di riduzione dell'uso e del consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, sostiene le politiche ad alto impatto, le azioni multisettoriali, le migliori risposte del sistema sanitario e sociale, la sensibilizzazione sui rischi dell'alcol e la mobilitazione delle risorse necessarie.

Gli impegni delineati dal Piano Globale che ciascun Stato membro si è impegnato a diffondere a livello nazionale sono di seguito sintetizzati.

A tal riguardo, il documento propone azioni e misure specifiche da attuare attraverso i ruoli chiave e le componenti indispensabili per i *policy maker*, le più recenti evidenze di efficacia e l'efficacia in termini di costi delle opzioni politiche per ridurre l'impatto del consumo dannoso di alcol.

Inoltre, incoraggia la collaborazione tra gli Stati membri della WHO, i partner internazionali e le organizzazioni della società civile.

Infine, richiama l'attenzione sulle responsabilità dell'industria e sui conflitti d'interesse con quelli di salute, segnala le interferenze del settore della produzione che rallentano le politiche di salute pubblica sull'alcol ostacolando il raggiungimento degli SDG e sollecita i Governi a evitare di coinvolgere l'industria nelle politiche di prevenzione sull'alcol evitando partnership per iniziative di prevenzione che sono di esclusiva pertinenza del settore di salute pubblica e che devono essere svolte da operatori sanitari.

L'approccio orientato all'azione del Piano è progettato per promuovere una *governance* efficace, un impegno politico e interventi strategici per proteggere la salute pubblica e ridurre i danni legati all'alcol a livello globale. Nel loro insieme, esse sono azioni e obiettivi da inserire nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione del nostro Paese o, auspicabilmente, in un più efficace e urgente Piano Nazionale Alcol e Salute che potrebbe permettere all'Italia di mantenere l'impegno previsto dagli SDG dell'Agenda 2030 di riduzione del 20% dei consumi medi di alcol *pro-capite*, dei consumatori dannosi di alcol e della mortalità attribuibile all'uso di alcol, contribuendo contemporaneamente a ridurre l'incidenza elevata di cancro del seno nella donna e del colon nell'uomo come richiesto dall'*EU Beating Cancer Plan* europeo (11, 98).

Per ulteriori approfondimenti sull'evento è possibile consultare la pagina di epicentro dedicata aggiornata periodicamente a cura dell'ONA-ISS ove sono segnalati una serie di link di interesse specifico: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/piano-di-azione-globale-alcol-oms-2024>.

Supporto tecnico-scientifico all'*Evidence into Action Alcohol Project*

Nell'ambito del Piano europeo di lotta contro il cancro 2022-2026 (*Europe's Beating Cancer Plan*), che opera in 30 Paesi (i 27 Stati membri UE + Islanda, Norvegia e Ucraina) (98), l'UE mira a ridurre i danni dovuti al consumo di alcol anche attraverso la collaborazione, il coordinamento e il sostegno dell'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO nel progetto *Evidence into Action Alcohol Project* (EVID-ACTION) della WHO.

Il progetto, cofinanziato dalla Commissione Europea (CE) e dall'UE, è stato lanciato ufficialmente a dicembre 2022, in contemporanea al lancio della terza edizione del volume "Alcohol: no ordinary commodity" (99), sul quale si basa, con l'obiettivo di utilizzare le evidenze scientifiche per promuovere e facilitare l'implementazione di efficaci politiche sull'alcol nell'UE, in Islanda, Norvegia e Ucraina rivolte ad aumentare la consapevolezza dei rischi alcol-correlati.

Le numerose attività del progetto sono rivolte a supportare l'implementazione delle aree prioritarie dello *European Framework for Action on Alcohol* della WHO sull'alcol (100) e a contribuire alla realizzazione degli obiettivi del *Europe's Beating Cancer Plan* (98), mentre gli obiettivi EVID-ACTION sono in linea con il *Global alcohol action plan* (2022-2030) della WHO (97) in modo particolare su 3 aree principali:

1. etichettatura delle bevande alcoliche – sviluppare evidenze per sostenere l'implementazione di efficaci avvertenze (*warning*) sulla salute sull'alcol, con un'attenzione specifica ai rischi di cancro;
2. alfabetizzazione sanitaria;
3. screening e brevi interventi.

I risultati attesi sono:

- migliorare le capacità tecniche di tutti gli Stati membri nel ridurre i danni dovuti al consumo di alcol, in stretta collaborazione con gli Stati membri e la Commissione;
- facilitare una maggiore consapevolezza da parte del pubblico e dei decisori politici sui legami tra consumo di alcol e rischi di cancro e sostegno a misure politiche basate sull'evidenza per ridurre tali rischi;
- sviluppare e implementare pacchetti di formazione per gli Stati membri sull'attuazione di interventi brevi per ridurre i danni alcol-correlati;
- rafforzare la capacità delle autorità sanitarie nazionali di applicare metodi innovativi nelle attività di promozione della salute per ridurre i danni dovuti al consumo di alcol.

L'ONA-ISS ha condiviso con il progetto EVID ACTION le strategie di prevenzione e le politiche sull'alcol del Ministero della Salute, le modalità di monitoraggio epidemiologico del SISMA e il sistema di sorveglianza dell'ONA-ISS fornendo la disponibilità italiana a condividere le esperienze con gli altri Stati membri offrendo la riconosciuta competenza tecnico-scientifica per una cooperazione multisettoriale di successo sull'alcol, una più efficace comunicazione per aumentare la consapevolezza sui legami tra consumo di alcol e rischio di cancro, impegnandosi a collaborare alla raccolta degli input dagli Stati membri e alla produzione e implementazione della bozza di toolkit che la WHO sta producendo per supportare gli Stati membri nell'attuazione delle politiche sui prezzi degli alcolici (modello SAFER) e in senso ampio del progetto strategico per la comunicazione per EVID-ACTION (24). SAFER è il programma europeo per prevenire e ridurre danni e decessi e il nome nasce dall'acronimo inglese creato per evidenziare i 5 interventi più efficienti in termini di costi per ridurre i danni alcol-correlati:

- *Strengthen restrictions on alcohol availability*, rafforzare le restrizioni sulla disponibilità di alcol;

- *Advance and enforce drink driving countermeasures*, consolidare le misure di prevenzione su alcol e guida;
- *Facilitate access to screening, brief interventions, and treatment*, facilitare l'accesso a programmi di screening, intervento breve e trattamento sul consumo dannoso di alcol;
- *Enforce bans and comprehensive restrictions on alcohol advertising, sponsorship, and promotion*, applicare e far rispettare i divieti e le restrizioni su pubblicità, sponsorizzazioni e la promozione delle bevande alcoliche;
- *Raise prices on alcohol through excise taxes and pricing policies*, aumentare i prezzi degli alcolici attraverso accise, tasse e politiche dei prezzi.

EVID-ACTION sostiene, tra le altre attività concordate con la Commissione Europea che finanzia le attività congiunte, il network degli Stati membri (*EVID-ACTION Member State Focal points and National Counterpart Network*) che si è riunito a Lisbona lo scorso 21-22 ottobre 2024 in occasione della conferenza “Lisbon Addictions”. La riunione di Lisbona si è concentrata sulla collaborazione e sui processi decisionali basati sulle evidenze per un’efficace implementazione delle politiche sull’alcol.

L’ONA-ISS collabora alla diffusione delle iniziative della WHO sull’alcol, destinate a diffondere evidenze e supportare azioni efficaci specifiche basate sull’evidenza scientifica ed è partner formale nel Network della campagna “Redefine alcohol”.

Tutti i dettagli dell’operatività del progetto EVID-ACTION sono pubblicati e aggiornati periodicamente a cura dell’ONA-ISS e del Centro Servizi Documentazione Alcol (CSDA), attraverso le pagine dedicate su Epicentro: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/evidence-into-action-alcohol-project>.

Partecipazione alla campagna “Redefine alcohol”

La campagna di comunicazione “Redefine alcohol”, lanciata dall’Ufficio Regionale per l’Europa della WHO nel corso di un webinar lo scorso 19 settembre 2024, è un’attività connessa al progetto EVID-ACTION di cui l’ONA-ISS, quale *EVID-ACTION Focal Point e National Counterpart* di nomina, ha promosso, per tutta la durata, attività di informazione, formazione e sensibilizzazione al fine di contribuire a ridurre i rischi e i danni dell’alcol in Italia.

Tale campagna ha avuto la durata di 2 mesi e si è tenuta dal 2 ottobre fino al 30 novembre 2024.

“Redefine alcohol” è una campagna nata per riconsiderare l’uso di alcol alla luce dell’evidenza scientifica dei benefici del non bere o del bere meno inteso come mezzo di prevenzione sulla rilevanza del rischio, anche oncologico, del consumo “moderato” insito anche in un singolo bicchiere. La campagna ha la durata di due mesi (si chiude il 30 novembre), al termine della Settimana europea di consapevolezza sui rischi causati dall’alcol (*European Awareness Week on Alcohol Related Harm, AWAHR*).

Essa oltre ad essere una campagna di sensibilizzazione e informazione, è stata un invito all’azione richiamando i consumatori di alcol a ripensare il proprio rapporto con il consumo di alcol, a saperne di più sui rischi che questo ha sulla salute e a considerare i benefici del bere meno o niente affatto.

Basata sulle ultime ricerche e evidenze sul campo, sulle consultazioni di esperti e sul coinvolgimento di soggetti con esperienza vissuta, prospettive giovanili e comunità, l’iniziativa si è posta l’obiettivo di incoraggiare le persone in tutta Europa a riflettere sulle proprie narrazioni e miti intorno all’alcol e a ripensarli.

La campagna, condivisa con il network formale dei rappresentanti governativi e *focal point*, di nomina degli Stati membri, è ispirata principalmente dalla necessità e urgenza di colmare le

lacune informative, condividendo le ultime ricerche sugli effetti dell'alcol sulla salute e incoraggiando un dibattito aperto e competente sui danni spesso trascurati o minimizzati dalla disinformazione dell'industria e dalle *fake-news* dei media.

Nel mese di ottobre, dedicato alla prevenzione del tumore al seno, fortemente influenzato anche in Italia dal consumo pur moderato di alcol, è stato reso noto, ad esempio, che solo il 21% delle femmine in 14 Paesi europei è a conoscenza del collegamento tra uso moderato di alcol e rischio di sviluppare il tumore al seno, un rischio che inizia già con bassi livelli di consumo di alcol.

La Risoluzione del Parlamento europeo che ha attivato l'*EU Beating Cancer Plan* (98) chiede e sollecita i decisori politici e i governi degli Stati membri l'adozione di iniziative, misure, Piani d'azione rivolti a incrementare la consapevolezza del legame certo tra uso di alcol e cancro riconoscendo che non esiste una quantità sicura di consumo di qualunque tipo di alcolico.

La WHO segnala anche che è indispensabile e urgente recuperare il ritardo, accumulato a causa dell'interferenza degli interessi commerciali e delle politiche aziendali del settore della produzione sulla realizzazione di politiche di salute pubblica di prevenzione alcol-correlata, nel raggiungimento degli obiettivi di sviluppo e salute sostenibili delle Nazioni Unite che richiedono di conseguire entro il 2025 la riduzione del 10% del consumo medio *pro-capite*, obiettivo che l'Italia non raggiungerà, come segnalato dall'ONA-ISS nel rapporto epidemiologico annuale che alimenta la Relazione del Ministro della Salute al Parlamento ai sensi della Legge 125/2001.

È tempo di prevenzione, di ridefinire la formazione medica, di *health literacy*. È tempo di fermarsi, riflettere e riconoscere che ridurre il consumo di alcol può migliorare notevolmente la salute e creare un'Europa più sicura e felice. Creando un ambiente che favorisca decisioni più sane, diventa più facile per le persone ridurre i rischi correlati all'alcol e andare verso un futuro più sano. “Siete pronti a ridefinire l'alcol? Iniziate scoprendo i fatti e le storie! Partecipa al cambiamento: ridefinisci l'alcol!”.

L'ONA-ISS ha diffuso e promosso nel 2024 la campagna WHO-UE per favorirne le finalità e garantire in Italia l'incremento di consapevolezza sui rischi e danni causati dall'uso di alcol mettendo a disposizione la versione italiana dei materiali da utilizzare per la diffusione sui media e attraverso i social, oltre alle infografiche utili a sintetizzare i dati e le informazioni basate sull'evidenza scientifica mirate a garantire scelte informate. L'invito per i media è stato quello di diffondere la campagna attraverso i giornali, le redazioni web e le trasmissioni televisive; l'invito per tutti è stato per la disseminazione sui social, la discussione negli istituti scolastici, nei luoghi di lavoro, nei luoghi pubblici e di aggregazione, nei setting sanitari in quanto “la cultura da cambiare richiede la collaborazione e l'impegno di tutti”.

Per ulteriori dettagli sulla campagna REDEFINE ALCOHOL è possibile consultare la pagina di Epicentro dedicata a cura dell'ONA-ISS ove sono segnalati una serie di documenti di interesse specifico: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/redefine-alcohol-2024>

Partecipazione al *Technical Advisory Group on Alcohol Labelling*

Nel 2024 sono continuati i lavori del gruppo *Technical Advisory Group on Alcohol Labelling* (TAG-AL) della WHO, gruppo che funge da organo consultivo per l'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO su questioni scientifiche e tecniche relative a strategie, attività, programmi, dati e evidenze sul campo relative all'etichettatura degli alcolici. Il TAG-AL si adopera per la fornitura di evidenze sull'etichettatura degli alcolici, ed ha anche il compito di sviluppare prove sull'impatto delle etichette di avvertenza sanitaria e produrre linee guida specifiche per informare i decisori politici degli Stati membri.

Lo scorso 11 dicembre 2024, a chiusura dell'anno di lavoro, si è tenuto un meeting al quale i ricercatori dell'ONA-ISS hanno partecipato come osservatori nel corso del quale è stato fatto un

punto della situazione di tutte le evidenze disponibili. Per aggiornamenti e ulteriori dettagli, è possibile consultare le pagine di Epicentro dedicate ove sono segnalati una serie di commenti di interesse specifico, in corso di aggiornamento, a cura dei ricercatori dell'ONA-ISS <https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms-etichettatura-bevande-alcoliche>

Partecipazione all'“Alcohol Policy Playbook”, il manuale della WHO per orientare le sfide delle politiche sull'alcol

Nel 2024 l'ONA-ISS ha svolto un ruolo attivo nella revisione della bozza del documento della WHO “Alcohol Policy Playbook” fino alla sua pubblicazione avvenuta lo scorso 8 novembre 2024. L'“Alcohol Policy Playbook” è un vero e proprio manuale pensato per rafforzare e conferire ai sostenitori della salute pubblica un maggior potere di orientamento nelle sfide poste dalle politiche sull'alcol. Il documento è stato sviluppato, nel corso degli ultimi quattro anni, con i principali esperti mondiali, tra i quali quelli dell'ONA-ISS che ne sono coautori.

L'obiettivo del documento è quello di migliorare la risposta della sanità pubblica ai problemi legati all'alcol fornendo una risorsa, che può essere utilizzata dai funzionari governativi, dalle organizzazioni non governative e dalla comunità della sanità pubblica, per rispondere alle strategie e alle tattiche degli operatori economici nella produzione e nel commercio di alcol, di seguito denominata con il termine ampio “industria dell'alcol”. Il *Playbook* riconosce il conflitto di interessi tra gli obiettivi di salute pubblica volti a ridurre il consumo di alcol nella popolazione, e i danni ad esso correlati, e le motivazioni orientate al profitto dell'industria dell'alcol. In particolare, si propone di valutare criticamente una serie di affermazioni dall'“industria dell'alcol” e come contrastarle.

L'“Alcohol Policy Playbook” ha lo scopo di aiutare i *policy maker* a identificare la differenza intercorrente tra la narrazione dei portatori d'interessi commerciali in una prospettiva orientata al profitto e quella più coerente con gli interessi di salute pubblica basati sulle evidenze scientifiche. La finalità è assicurare che le politiche implementate ignorino l'influenza e l'interferenza del settore della produzione, dell'industria, delle *lobbie* e si basino invece sulla coerente espressione di vocazione di tutela della salute e della prevenzione basati sulle evidenze scientifiche a cui ogni decisore politico dovrebbe ispirare il proprio ruolo istituzionale.

Il documento è modellato sul “Tobacco Control Playbook” della WHO (101), che evidenzia alcune delle sfide per attuare la Convenzione quadro della WHO sul controllo del tabacco (*Framework Convention on Tobacco Control, FCTC*) (102) e suggerisce alcuni argomenti basati sull'evidenza che possono essere utilizzati per superare queste sfide.

L'“Alcohol Policy Playbook” descrive le strategie e le tattiche dell'industria dell'alcol a beneficio dei principali gruppi di stakeholder che sono 3:

1. funzionari governativi coinvolti nella definizione, implementazione, valutazione, applicazione e monitoraggio delle politiche sull'alcol;
2. organizzazioni della società civile (o attori non statali), comprese le organizzazioni non governative che lavorano nel campo della difesa politica, nonché sostenitori e leader delle comunità locali;
3. comunità della sanità pubblica e cioè i professionisti medici, gli operatori sanitari, gli accademici e il personale della ricerca coinvolti nello studio del consumo e dei danni alcol-correlati e, in particolare, delle politiche di controllo dell'alcol.

L'ONA-ISS ha curato la traduzione e l'adattamento in italiano della sintesi del manuale integrale, la versione italiana del volantino e dei materiali di accompagnamento, pensato per sfatare i miti su tutto ciò che la disinformazione diffonde in Europa e nel mondo, e renderà

disponibile, in occasione dell'*Alcohol Prevention Day 2025* il documento integrale tradotto in lingua italiana.

Per ulteriori dettagli si rimanda al contributo dei ricercatori dell'ONA-ISS pubblicato su epicentro: <https://www.epicentro.iss.it/ alcol/alcohol-policy-playbook> e alla pagina web dedicata della WHO: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-5624-45389-76520>.

European Framework for Action on Alcohol: consultazione per la valutazione dell'implementazione degli SDG

Nel corso del 2024, sono proseguite le attività della WHO, iniziate nel 2023 con le consultazioni per la valutazione dell'implementazione degli obiettivi delle strategie globale ed europea focalizzate sul livello di raggiungimento degli SDG (3.5) e come dati *baseline* per lo *European framework for Action on Alcohol 2022-2025* (100).

L'ONA-ISS-su nomina della Direzione Generale della Comunicazione e dei Rapporti con l'UE e internazionali, Ufficio 5 - Rapporti con l'UE, il Consiglio d'Europa, l'OECD, la WHO e le altre agenzie ONU e organizzazioni internazionali-ha svolto le attività richieste garantendo i dati e le informazioni di merito per le tre diverse indagini conoscitive su alcol e capacità dei servizi per i disturbi da uso di sostanze nel 2023 nelle sue tre componenti dell'indagine globale 2023: alcol e salute, capacità dei servizi di affrontare i disturbi da uso di sostanze, dipendenze comportamentali. Nel corso del 2024, successivamente al ruolo attivo nell'indagine conoscitiva specifica del 2023, l'ONA-ISS ha contribuito alla validazione dei dati in previsione della pubblicazione dei *Country Report* nazionali, attività che si è conclusa il 20 dicembre 2024.

Sostegno alla diffusione del rapporto “Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders”

Presentato lo scorso 25 giugno 2024, il nuovo rapporto della WHO sullo stato globale di alcol e salute e sul trattamento dei disturbi da uso di sostanze (“Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders”) fa una panoramica sul consumo di alcol, sui danni alcol-correlati e sulle risposte politiche, nonché sulle capacità di trattamento dei disturbi da uso di alcol e sostanze nel mondo (1).

Il documento, redatto dall'*Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours Unit, Department of Mental Health, Brain Health and Substance Use* della WHO, riconosce il ruolo di leadership dei componenti del TAG-ADE (*Technical Advisory Group on Alcohol and Drug Epidemiology*) di cui il Direttore dell'ONA-ISS, già Centro collaborativo della WHO per la Promozione della Salute e Ricerca sull'Alcol, è membro di nomina WHO dal 2015.

Il rapporto presenta gli ultimi dati disponibili, forniti dagli Stati membri, sulle tendenze del consumo di alcol, nonché le stime del carico di malattie alcol-attribuibili e le risposte politiche a livello mondiale. Inoltre, il documento fornisce anche un aggiornamento sui progressi relativi ai due indicatori chiave stabiliti nell'obiettivo SDG 3.5, il consumo di alcol e la copertura del trattamento per disturbi da uso di sostanze, e propone un nuovo indice di capacità di servizio (*Service Capacity Index, SCI*) come indicatore complementare di valutazione e monitoraggio della capacità di trattamento dei sistemi sanitari e di assistenza sociale per i disturbi da uso di alcol e droghe. Infine, definisce otto settori prioritari in cui è necessario intervenire per il raggiungimento dell'obiettivo SDG 3.5.

Nonostante dal 2010 ci sia stata una riduzione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati a livello mondiale, l'onere sanitario e sociale dovuto al consumo di alcol rimane inaccettabilmente

elevato. I giovani sono i più colpiti: nel 2019 la percentuale più alta di morti alcol-attribuibili (13%) ha interessato individui di età compresa tra 20 e 39 anni.

Sebbene ci sia stato un leggero aumento del numero di Paesi che adottano politiche nazionali sull'alcol, sono ancora pochi i progressi nell'attuazione degli interventi politici ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol, come le politiche dei prezzi, la regolamentazione del marketing e le limitazioni della disponibilità di bevande alcoliche. Il Piano d'Azione Globale sul consumo dannoso di alcol 2022-2030 della WHO (96, 97) definisce questi tre interventi come le migliori azioni (*best buys*) per prevenire o ridurre i danni alcol-correlati e invita tutti i Paesi a rafforzare e implementare con urgenza le politiche nazionali.

Inoltre, il rapporto evidenzia che l'accesso a un trattamento di qualità per i disturbi da uso di sostanze è ancora in gran parte limitato o inaccessibile ai più bisognosi. Ciò riguarda quasi mezzo miliardo di persone nel mondo che convivono con disturbi derivanti dall'uso di alcol o droghe. Stigma, discriminazione e scarsa informazione contribuiscono a incrementare le difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione e cura.

I messaggi chiave del documento sottolineano che:

1. Sono necessarie campagne di *advocacy* globali e coordinate per aumentare la consapevolezza su dimensioni e impatto dell'uso di sostanze e dei disturbi correlati sulla salute e sullo sviluppo psicofisico.
2. L'alcol è la sostanza psicoattiva più diffusa che spesso conduce verso l'uso di sostanze illegali, nonostante ciò le istituzioni non attivano le necessarie azioni di tutela in particolare mirate ai più vulnerabili: minori, adolescenti, donne, anziani. In Italia, come molte in altre nazioni, non si riuscirà a raggiungere l'obiettivo previsto per il 2025 di riduzione della mortalità da consumo dannoso di alcol *pro-capite*.
3. Le capacità di prevenzione e trattamento dei disturbi da uso di alcol e sostanze sono parte integrante della copertura sanitaria universale e dovrebbero essere rafforzate come previsto dall'obiettivo SDG 3.5.
4. Sono necessari sforzi maggiori per favorire la formazione degli operatori sanitari a tutti i livelli, non solo per assicurare interventi efficaci di prevenzione e trattamento di condizioni mediche dovute all'uso di sostanze, ma anche per implementare le strategie più adeguate di sanità pubblica.
5. Le tendenze attuali indicano che l'obiettivo globale di riduzione del 20% del consumo dannoso di alcol non potrà essere raggiunto entro il 2030, a meno di un forte impegno politico di *advocacy* e una mobilitazione di risorse per garantire la piena implementazione del Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030 (97), con particolare attenzione alle misure politiche ad alto impatto incluse nel pacchetto SAFER della WHO.
6. È necessario incrementare gli sforzi internazionali per il trasferimento delle conoscenze e delle competenze, con l'obiettivo di consentire lo sviluppo e l'attuazione di politiche sanitarie pubbliche efficaci, compreso il rafforzamento delle reti dei punti focali nazionali, del personale delle autorità sanitarie e dei tecnici.
7. Il raggiungimento dell'obiettivo SDG 3.5 richiede il coinvolgimento attivo e l'*empowerment* delle organizzazioni della sociale civile, delle associazioni professionali e delle persone che hanno sofferto di disturbi da uso di alcol e sostanze.
8. È necessario un sistema di monitoraggio multilivello e capacità e infrastrutture di ricerca per una migliore comparazione dei dati e per monitorare i progressi rispetto all'obiettivo SDG 3.5.
9. La mobilitazione e l'allocazione delle risorse e nuove forme di finanziamento dovrebbero essere incrementati per sostenere l'implementazione delle politiche sanitarie pubbliche e

rafforzare la capacità dei sistemi sanitari e sociali di affrontare il consumo di alcol e sostanze e il disturbo correlato.

Per ulteriori dettagli sul Rapporto globale su alcol e salute e sul trattamento dei disturbi da uso di sostanze, è possibile consultare la pagina di Epicentro dedicata ove sono segnalati una serie di documenti di interesse specifico a cura dei ricercatori dell'ONA-ISS: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/alcol-salute-disturbi-uso-sostanze-rapporto-oms-2024>.

Contratto di servizio con *Less Alcohol Unit*

Nel 2024 sono continuate le attività di collaborazione e consulenza del contratto di servizio attivato nel dicembre 2023 tra l'ONA-ISS e la *Less Alcohol Unit* del *Department of Health Promotion* della WHO, finalizzata al fornire consulenza tecnico-scientifica esperta rispetto a una serie di argomenti tra cui:

1. Le politiche di etichettatura delle bevande alcoliche;
2. L'alcol e giovani;
3. Gli indicatori delle politiche di controllo sull'alcol (WHO *Registration* 2023/1416523-0 *Purchase Order* 203302150 *Unit Reference* 23.1.LES.002).

Partecipazione alle attività dei *Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours*

Nel 2024, in attesa dell'inizio dei lavori per il prossimo Forum su alcol, droghe e dipendenze comportamentali dell'*Head Quarter* della WHO (*IV WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours*, FADAB), previsto nel 2025, a cura del *Department of Mental Health and Substance Use*, i ricercatori dell'ONA-ISS, che hanno partecipato formalmente a tutte le precedenti edizioni su invito della sede centrale della WHO (2017, 2019, 2021 e 2023), hanno proseguito le attività di diffusione dei messaggi di salute pubblica su alcol, droghe e dipendenze comportamentali affrontate dal Forum e ritenute "questioni più urgenti del nostro tempo", in particolare, gli impegni delineati nel Piano d'Azione Globale sull'alcol della WHO (*Global Alcohol Action Plan 2022-2030*) (97), impegni che richiedono azioni da intraprendere nei prossimi sette anni ma con obiettivi intermedi, come quello della riduzione del consumo dannoso di alcol da raggiungere nel 2025.

Nel forum del 2023 si è consolidato il consenso della comunità scientifica e di salute pubblica mondiale sulla necessità e urgenza di promuovere e sostenere sforzi congiunti e collaborazioni internazionali in grado di favorire i progressi verso il raggiungimento degli SDG, tra cui anche l'obiettivo di salute SDG 3.5 che richiede il rafforzamento della prevenzione e del trattamento dell'uso di sostanze e dei disturbi da uso di sostanze, con particolare riguardo all'alcol.

I ricercatori dell'ONA-ISS sono stati coinvolti attivamente nelle attività del Forum e, su invito dell'*Head Quarter* della WHO, hanno preso parte alle consultazioni mondiali per la valutazione *in itinere* del Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030 al quale hanno contribuito fin dalla definizione delle prime attività nel 2019.

Per ulteriori approfondimenti sui forum FADAB, è possibile consultare la pagina di epicentro dedicata ove sono segnalati una serie di link di interesse specifico e eventuali aggiornamenti sulla prossima edizione: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/IV-forum-mondiale-alcol-droghe-dipendenze-comportamentali>.

Partecipazione al progetto internazionale per lo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici su *gaming* e *gambling*

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

L'ONA-ISS contribuisce alle attività guidate dall'Head Quarter della WHO, di un gruppo di lavoro costituito da 18 membri e composto da esperti clinici e di ricerca internazionali nella classificazione nosologica, in psichiatria, psicologia clinica, medicina interna, medicina generale, epidemiologia, neurobiologia e salute pubblica (103-105). Tale progetto permetterà quanto di seguito riportato:

- facilitare l'identificazione e la diagnosi del disturbo da gioco e del disturbo da gioco d'azzardo;
- contribuire al monitoraggio del fenomeno fornendo stime di prevalenza comparabili;
- facilitare la formazione di operatori esperti con capacità specifiche;
- supportare la pratica clinica e gli studi di popolazione;
- aiutare a sviluppare e valutare percorsi terapeutici/interventi per i pazienti e a supporto dei parenti.

Oltre a ciò, l'implementazione di tale progetto richiamerà l'attenzione dei decisori politici e l'inclusione della problematica tra le priorità delle agende sanitarie nazionali rispetto ai servizi a supporto del fenomeno e sensibilizzerà l'opinione pubblica sulle conseguenze negative del gioco e del gioco d'azzardo.

Il protocollo sviluppato prevede 10 passaggi sequenziali e costruiti grazie alle conoscenze e ai risultati ottenuti dalle attività delle fasi precedenti. Il suo completamento, originariamente previsto nel giugno 2024, si realizzerà entro la fine del 2025.

Sono continuati nel 2024 gli incontri online ai quali i ricercatori dell'ONA-ISS hanno preso parte sulla tematica specifica che sono stati 7 (circa uno ogni due mesi).

Sono in corso le attività per attivare uno studio pilota di valutazione del nuovo strumento per lo screening del *gaming* in alcune Regioni a livello globale la traduzione dei materiali per l'implementazione a livello nazionale su un campione di Paesi (103, 104). Per l'Italia, i ricercatori dell'ONA-ISS parteciperanno a tutte le attività previste incluso lo studio di validazione dello strumento di cui prossimamente sarà reso disponibile dalla WHO il protocollo.

Partecipazione a webinar

Nel corso del 2024 è proseguito l'impegno dei ricercatori dell'ONA-ISS nella partecipazione ai principali webinar della WHO sulle tematiche di interesse quali quelli della serie "Special Initiative on NCDs and Innovation".

Partecipazione a progetti della Commissione Europea

Sono continuate oltre la scadenza progettuale, le attività di diffusione delle informazioni e delle metodologie dei tre contratti di servizio con la Commissione Europea e la *European Health and Digital Executive Agency* (HADEA), affidate all'ONA-ISS in rappresentanza dell'Italia, attività che fanno seguito alla *EU Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)* (59-62) in coordinamento operativo e partnership consortile tra le principali istituzioni europee:

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

Per tutti i contratti di servizio all'ONA-ISS è stato richiesto di porgere consulenza per la produzione di uno standard operativo per l'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve (IPIB) sul consumo di alcol in gravidanza e sulla prevenzione della sindrome fetoalcolica, basato sulle esperienze già finanziate per corsi IPIB in assistenza sanitaria primaria all'ISS dal Ministero della Salute e inserite nel Piano Nazionale di Prevenzione (83) oltre che per la valutazione e supervisione dei protocolli, dei manuali operativi, della formazione specifica e delle linee guida relative agli studi pilota attuati a livello regionale (in Portogallo e in Polonia).

Al 2024 non sono ancora disponibili i rapporti e i documenti tecnico scientifici a cura della Commissione Europea prodotti nel 2022 dai partecipanti europei (incluso l'ONA-ISS).

Nel 2024 l'ONA-ISS ha collaborato alla pubblicazione delle linee guida FAR SEAS (56) e un riassunto delle attività FAR-SEAS in lingua italiana (106). È in corso un programma di ricerca nazionale, il progetto IPIB-DIALCOM finanziato all'ONA-ISS dal Ministero della Salute, per favorire l'attivazione di piani d'implementazione locali delle attività di identificazione precoce ed intervento breve sul consumo di alcol e altri disturbi comportamentali (IPIB) sulla base di quanto prodotto nell'ambito delle attività del contratto di servizio DEEP SEAS (non ancora reso disponibile dalla Commissione Europea).

Nel corso del 2024 l'ONA-ISS ha infine partecipato alla stesura di due Joint Action della Commissione Europea, attualmente in corso di valutazione, le cui attività si sono svolte nel corso di numerose riunioni online e partecipazione attiva a gruppi di lavoro:

- *Joint action PRISM - Prevention oriented RIghts-based approach to Support Mental health in vulnerable population groups*. EU4H-2024-JA-IBA-03. Joint Actions 2024 (coordinamento spagnolo: Ane Fullaondo)
- *Joint action SAFE - Health promotion and disease prevention including smoke- and aerosol-free environments*. EU4H: V3.0-01.05.2024. Joint Actions 2024 (coordinamento greco: Costantine Vardavas)

Sostegno a Awareness Week on Alcohol Related Harm 2024

La settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati (*Awareness Week on Alcohol Related Harm, AWAARH*) è stata istituita nel 2013 per aumentare la consapevolezza sui danni causati dall'alcol e sulla necessità di affrontarli attraverso un approccio politico integrato. Ogni anno viene scelto un tema su cui incentrare l'iniziativa e sul quale confrontarsi.

Per il 2024, dal 2 al 6 dicembre si è svolta la XII settimana di sensibilizzazione sui danni provocati dall'alcol (AWARH 2024), organizzata come ogni anno da Eurocare (*European Alcohol Policy Alliance*) in collaborazione con prestigiose società scientifiche europee del settore. I partner di AWARH sono la *European Association for the Study of the Liver* (EASL), *United European Gastroenterology* (UEG), IOGT-NTO, *EuroHealthNet and Green Crescent*, in collaborazione con la WHO, Ufficio Regionale per l'Europa.

In Italia AWARH è sostenuta dall'ONA-ISS, già Centro Collaborativo della WHO per le problematiche alcol-correlate, in collaborazione con la SIA, incoraggiando a organizzare eventi a livello nazionale e locale e rendendo disponibili i materiali e le infografiche dell'iniziativa.

Nell'edizione 2024, una serie di banner-up con informazioni di salute sono stati prodotti e esibiti per una settimana in Parlamento Europeo contestualmente allo svolgimento di seminari e workshop incoraggiando la diffusione delle informazioni e collegamenti per approfondimenti rispetto alla tematica stessa. L'ONA-ISS ha partecipato alle riunioni di lavoro europee di consultazione sulla campagna e ha contribuito alla diffusione dei messaggi attraverso i social media nel corso dell'intero anno.

Monitoraggio internazionale ed europeo

Nel 2024 le attività relative alla fornitura di informazioni e di dati italiani richiesti per le *survey* annuali della WHO e per l'OECD, è stata resa possibile grazie al progetto SISMA GD e finanziato dal Ministero della Salute e affidato all'ONA-ISS (organismo incaricato per le attività di sorveglianza specifiche trasferite dal DPCM marzo 2017) fino al giugno 2024. A tal riguardo, l'Italia, attraverso il progetto SISMA GD contribuisce quindi a livello internazionale al monitoraggio delle numerose iniziative di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol garantendo continuità con quelle svolte nel corso degli ultimi dieci anni, quali:

- a. *EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harms* (30);
- b. *WHO European Alcohol Action Plan- EAAP - to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020* (26);
- c. *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)* (2014-2020) (76);
- d. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol* (4);
- e. *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non-Communicable Disease* (31).

Nello specifico, le principali attività del 2024 sono di seguito riportate:

- Partecipazione al Forum mondiale dell'OECD “Strengthening well-being approaches for a changing world” (5 novembre 2024);
- Revisione dei dati per l'Italia per il rapporto “Health at a glance: Europe” dell'OECD (dicembre 2024).

Altre attività e partecipazione a network internazionali

L'ONA-ISS ha svolto un ruolo d'interfaccia diretta con numerosi network internazionali favorito dalla *membership* a gran parte di quelli esistenti nel settore della prevenzione alcol-correlata:

- APN (*Alcohol Policy Network*);
- INEBRIA (*International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs*);
- EuroHealthNet;
- EUFAS (*European Federation of Addiction Societies*).

In particolare, i ricercatori dell'ONA-ISS hanno partecipato attivamente al meeting annuale INEBRIA e al simposio APN (che si sono svolti a Barcellona lo scorso 20 e 22 di novembre 2024).

Per le attività del network EuroHealthNet, si segnala:

- la partecipazione ai lavori di gruppo ed al seminario online: *Europe's Beating Cancer and mandatory labelling* (25 gennaio 2024)
- la partecipazione al simposio online: *Reducing the burden of alcohol: focus on two scientific and public policy challenges* organizzato dagli stessi in collaborazione con Santé Publique France (3 dicembre 2024)
- la partecipazione ai lavori di gruppo e alla diffusione del rapporto finale EuroHealthNet sulla *Country Exchange Visit* di Parigi 2023 su: Politiche e buone pratiche per ridurre il consumo di alcol (25 gennaio 2024: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/eurohealthnet-report-cev-parigi-2023>)

Tra le attività internazionali di rilievo sono anche le seguenti:

- partecipazione al meeting finale di Eurocare-*European Alcohol Policy Alliance. Final Alcohol Policy Coordination Meeting (APCM)*. (27 novembre 2024)
- partecipazione alla consultazione europea degli organismi istituzionali esperti, al workshop di presentazione dei dati e ai lavori di gruppo svolti dall'*International Coaching Federation (ICF)* per la *European Health and Digital Executive Agency (HaDEA): Study to evaluate the effectiveness of health information on alcoholic beverages* (5 febbraio 2024)
- partecipazione all'evento online: *Europe's Beating Cancer Plan: Joing forces event* della Commissione Europea (gennaio 2024)

IMPLICAZIONI DI SALUTE PUBBLICA PER PREVENIRE RISCHI E DANNI ALCOL-CORRELATI: INDICAZIONI PER RINNOVATE POLITICHE IN ITALIA

Gli adulti nella Regione Europea della WHO consumano in media 10,1 litri di alcol puro *pro-capite* all'anno, il che li rende i più forti bevitori a livello mondiale. In questa Regione del mondo, 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 basate sulle evidenze è fondamentale per salvaguardare la salute pubblica e ridurre la pressione dei danni correlati all'alcol sui sistemi sanitari e sulle comunità (1).

Il monitoraggio annuale attuato ai sensi del DPCM 3 marzo 2017 (36) dal sistema formale SISMA dall'ONA-ISS e i dati, che verranno acquisiti dalla Relazione annuale del Ministro della salute al Parlamento ai sensi della Legge 125/2001, fanno emergere luci e ombre rispetto agli obiettivi di riduzione dei consumi *pro-capite*, di quelli dannosi e della mortalità causata dall'uso di alcol.

Le tendenze attuali indicano che tanto l'obiettivo globale intermedio del 2025, quanto quello finale di riduzione del consumo di alcol fissato dagli indicatori d'impatto sulla salute non saranno raggiunti dall'Italia entro il 2030 (11-13). 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 (97), 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 (11, 31-33).

Le misure di politica ad alto impatto sull'alcol si possono essenzialmente ricondurre ai *best buys* indicati dallo *United Nations Economic and Social Council* (ECOSOC) e al modello SAFER della WHO (33, 34). Secondo l'ECOSOC, tre sono i fattori chiave che guidano il consumo di alcol: accettabilità, disponibilità e accessibilità economica. Affrontare ciascun determinante richiede uno spettro di interventi di promozione della salute per moderare il consumo di alcol e, a sua volta, consentire alle popolazioni di aumentare il controllo e migliorare la propria salute anche attraverso piani nazionali e regionali di prevenzione mirati a sostenere l'accelerazione degli sforzi di attuazione che, in base ai risultati raggiunti in Italia, non risultano aver raggiunto alcuno degli obiettivi preposti o attesi.

Il mancato raggiungimento degli SDG, quali quelli attesi dal Piano Nazionale di Prevenzione (83), 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 accesso agli interventi erogabili dalle strutture dell'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 la WHO, nel corso degli ultimi anni, sulla 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'augmentata capacità di verificare l'evidenza scientifica e maturato una maggiore attenzione allo stato di salute, che 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 (98).

L'adozione di adeguate politiche sull'alcol, ricomprensive dell'approccio di promozione della salute auspicato dalla WHO (97) e dalle Risoluzioni del Parlamento Europeo per la lotta al cancro (98), 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 che in Italia, alla luce dei dati del monitoraggio epidemiologico SISMA, appare ben distante dal raggiungimento atteso dagli 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 della WHO 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 per il DSM-5 (5) (1,91% maschi, 1,16% femmine) in necessità di un trattamento che le strutture dell'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 (36), 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 alcolodipendenti 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 socio-economicamente, che sono colpiti in modo sproporzionato dagli effetti negativi dell'alcol.

Secondo l'“Alcohol Policy Playbook” della WHO (107), 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 un'azione incisiva, richiamata anche dal Libro Bianco sull'alcol del Ministero della Salute (108) e ancora disattesa, orientata a attuare senza interferenze da parte dell'industria le misure contenute nel Piano d'azione globale sull'alcol della WHO (97).

Il Piano di Prevenzione è risultato carente per gran parte degli obiettivi specifici (83) 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'IPIB, 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 (109). 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 della prevenzione 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 la WHO, 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 della WHO 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 (1). 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; in Italia l'OECD 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 (20).

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 dalla WHO e dall'OECD 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 (20).

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 (110). 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 (110).

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 la WHO 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 (111).

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

La 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 (44). 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 (112). L'INSERM ha raccomandato, inoltre, l'implementazione di un prezzo unitario minimo 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 (108).

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 (113).

In Italia l'“Alcohol Prevention Day” e il mese di prevenzione alcologica (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 (80).

Molte delle soluzioni raccomandate fanno parte del progetto di politica sull'alcol della WHO, SAFER (34, 100). 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 della WHO 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 la vantaggiosità espressa 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 di organizzazioni comunitarie*

- 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 a livello globale e condividere le lezioni apprese e gli approcci di successo che sono stati utilizzati per frenare gli effetti degli ambienti alcogenici.
- *Ricercatori e istituti di ricerca*
 - 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 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.

Le scelte politiche nel merito di politiche sull'alcol congrue e adeguate agli obiettivi da raggiungere per ridurre impatto e costi generati dall'uso di alcol in Italia possono fare la differenza e giocare il ruolo di tutela che la società deve ai target più vulnerabili della popolazione.

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" (108), 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 (111).

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 (26, 30-31).

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 dalla WHO 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 (82).

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 (108):

- 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 (36), 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 (30, 31, 96, 98).

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 (22).

Saliente, per ciascuna priorità da affrontare, il Libro Bianco (108) 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 la WHO 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 coprogettuale 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.

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>; ultima consultazione 30.01.2025.
2. 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)); ultima consultazione 30.01.2025.
3. World Health Organization-Regional Office for Europe. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO; 2019.
4. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
5. 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.
6. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2016;11:37.
7. Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD, Shuper PA. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
8. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Cogliano V; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol*. 2007;8(4):292-293.
9. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW (Ed.). *World Cancer Report 2020*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.
10. Global Burden of Disease 2016 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017;390(10100):1345-1422.
11. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
12. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.

13. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
14. Istituto Nazionale di Statistica. *Rapporto SDGs 2024. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia*. Roma: ISTAT; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/storage/rapporti-tematici/sdgs/2024/Rapporto-SDGs2024-Ebook.pdf>; ultima consultazione 30.01.2025.
15. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2)*. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption); ultima consultazione 30.01.2025.
16. World Health Organization. *European Health Information Gateway. Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+*. Disponibile all'indirizzo: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_426-3050-pure-alcohol-consumption-litres-per-capita-age-15plus/visualizations/#id=19443&tab=notes; ultima consultazione 30.01.2025.
17. Forouzanfar MH, Alexander L, Anderson HR, Bachman VF, Biryukov S, Brauer S, et al. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2015;386(10010):2287-22323.
18. World Health Organization. *No level of alcohol consumption is safe for our health*. Geneva: 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
19. Anderson P. Alcohol and the workplace. In: Anderson P, Møller L, Galea G (Ed.). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO; 2012. p. 69-82
20. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
21. 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.
22. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
23. 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)
24. 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)
25. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, recorded per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)*. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-recorded-per-capita-\(15-\)-consumption-\(in-litres-of-pure-alcohol\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-recorded-per-capita-(15-)-consumption-(in-litres-of-pure-alcohol)); ultima consultazione 30.01.2025.
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>; ultima consultazione 30.01.2025.
27. Matone A, Ghirini S, Gandin C, Scafato E. Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Ann Ist Super Sanita*. 2022;58(1):6-15.
 28. World Health Organization. *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)*. Geneva: WHO. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>; ultima consultazione 30.01.2025.
 29. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
 30. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
 31. 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; ultima consultazione 30.01.2025.
 32. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
 33. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
 34. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
 35. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, drinkers only per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol), three-year average*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/464>; ultima consultazione 30.01.2025.
 36. 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.
 37. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
 38. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.

39. World Health Organization. *Alcohol, abstainers lifetime (%)*. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-abstainers-lifetime\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-abstainers-lifetime(-)); ultima consultazione 30.01.2025.
40. 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.
41. Shield KD, Gmel G, 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.
42. 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.
43. 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.
44. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
45. 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.
46. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
47. 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%20FACSHHEET%20CANCRO%20E%20ALCOL%20TRADUZIONE%20PER%20OMS.pdf>; ultima consultazione 20.03.2024.
48. Testino G, Ghiselli A, Balbinot P, Gandin C, Patussi V, Scafato E, Caputo F. Alcol e rischio oncologico. *Alcologia*. 2024; 54:79-85
49. 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
50. Borrelli I, Santoro PE, Gualano MR, Perrotta A, Daniele A, Amantea C, Moscato U. Alcohol consumption in the workplace: a comparison between European Union Countries' Policies. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(24):16964. doi: 10.3390/ijerph192416964.
51. McCabe SE, Hughes TL, Fish JN, Hoak S, Kcomt L, Evans-Polce RJ, Engstrom C, Leary K, Veliz P, West BT, McCabe VV, Boyd CJ. Is it all in the family? Sexual identity differences in DSM-5 alcohol and other drug use disorders and associations with alcohol and other drug misuse history among parents, offspring, and other relatives. *Subst Abuse*. 2022;43(1):1277-85. doi: 10.1080/08897077.2022.2095080.
52. Henriksen TB, Hjollund NH, Jensen TK, Bonde JP, Andersson AM, Kolstad H. Alcohol consumption at the time of conception and spontaneous abortion. *Am J Epidemiol*. 2004;160:661-7.
53. Chudley A, Conry J, Cook JL, Looock C, Rosales T, LeBlanc N, *et al*. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ*. 2005;172(5) Suppl:S1-S21.

54. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017;171:948-56.
55. Popova S, Charness ME, Burd L, Crawford A, Hoyme HE, Mukherjee RAS, Riley EP, Elliott EJ. Fetal alcohol spectrum disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2023;9(1):11. doi: 10.1038/s41572-023-00420-x.
56. Bruguera C, Segura L, Okulicz-Kozaryn K, Gandin C, Matrai S, Braddick F, Zin-Sędek M, Słodownik L, Scafato E, Colom J. Prevention of alcohol exposed pregnancies in Europe: The FAR SEAS Guidelines. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 2024;24(246):1-5. doi: 10.1186/s12884-024-06452-9.
57. Okulicz-Kozaryn K, Segura-García L, Bruguera C, Braddick F, Zin-Sędek M, Gandin C, Słodownik-Przybyłek L, Scafato E, Ghirini S, Colom J, Matrai S. Reducing the risk of prenatal alcohol exposure and FASD through social services: promising results from the FAR SEAS pilot project. *Front Psychiatry.* 2023;14:1243904. doi: 10.3389/fpsy.2023.1243904.
58. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. I danni legati al consumo di alcol in gravidanza: il progetto europeo FAR SEAS e il contributo dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS per la prevenzione della sindrome fetoalcolica. *Alcolologia.* 2022; 48:18-24.
59. 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; 2016.
60. Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, Gandin C. 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.
61. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure.* Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 30.01.2025.
62. 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)
63. Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peparao 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.
64. Dal Maso L, La Vecchia C, Polesel J, Talamini R, Levi F, Conti E, Zambon P, Negri E, Franceschi S. Alcohol drinking outside meals and cancers of the upper aero-digestive tract. *Int J Cancer.* 2002 Dec 1;102(4):435-7. doi: 10.1002/ijc.10723.
65. 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
66. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet.* 2018;392(10152):987-88.
67. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.

68. 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>
69. 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; ultima consultazione 30.01.2025
70. 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.
71. 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; ultima consultazione 30.01.2025.
72. 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.
73. 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.
74. 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; ultima consultazione 30.01.2025.
75. Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res*. 2018;39(1):87-96.
76. Committee on National Alcohol Policy and Action. *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2020*)*. CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-03/alcohol_key-doc_cnapa_ap_2014_0.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.
77. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems-Osservatorio Nazionale Alcol. *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); ultima consultazione 30.01.2025.
78. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
79. DSM-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013
80. 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.
81. Babor T, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
82. 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; ultima consultazione 20.03.2024.
83. 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; ultima consultazione 20.03.2024.
84. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
85. Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Crialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. *La mortalità in Italia nell'anno 2006*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2010 (Rapporti ISTISAN 10/26).
86. Manno V, Maraschini A, Carinci A, Di Pasquale L, Del Sordo E, Ceccarelli E, Vichi M, Loreto G, Di Benedetto C, Galati F, Crialesi R, Frova L, Grippo F, Pappagallo M, Marchetti S, Minelli G. *La mortalità in Italia nell'anno 2021*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/11).
87. Istituto Nazionale di Statistica. *Indagine sui decessi e cause di morte. Anno 2021*. Roma: ISTAT; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/files/2024/06/Report-cause-di-morte-Anno-2021.pdf>; ultima consultazione 30.01.2025.
88. Istituto Nazionale di Statistica. *15° censimento generale della popolazione e delle abitazioni 9 ottobre 2011*. Roma: ISTAT; 2012. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/censimenti-permanenti/censimenti-precedenti/popolazione-e-abitazioni/popolazione-2011>; ultima consultazione 30.01.2025.
89. 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; ultima consultazione 30.01.2025.
90. Italia. Legge 25 novembre 2024, n. 177. Interventi in materia di sicurezza stradale e delega al Governo per la revisione del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285. (24G00199). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie Generale* n.280 del 29 novembre 2024.
91. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Prevalence of alcohol consumption and pattern of use among the elderly in the WHO European Region. *Eur Addict Res*. 2015;21(2):88-96. doi: 10.1159/000360002.
92. Rigler SK. Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*. 2000;61(6):1710-6.
93. 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.
94. Riuttanen A, Jäntti SJ, Mattila VM. Alcohol use in severely injured trauma patients. *Sci Rep*. 2020;10:17891. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-74753-y>

95. 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>; ultima consultazione 30/01/2025
96. World Health Organization. *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. Geneva: WHO; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.
97. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
98. 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; ultima consultazione 30.01.2025.
99. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R, Rossow I, Sornpaisarn B. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Third edition*. Oxford: Oxford University Press; 2022.
100. 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; ultima consultazione 30.01.2025.
101. World Health Organization-Regional Office for Europe. *Tobacco control palybook*. Copenhagen: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347383/WHO-EURO-2019-3700-43459-61071-eng.pdf?sequence=1> ; ultima consultazione 30.01.2025
102. World Health Organization. *Who Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1> ; ultima consultazione 30.01.2025.
103. Carragher N, Billieux J, Bowden-Jones H, Achab S, Potenza M, Rumpf H-J, Long J, Demetrovics Z, Gentile D, Hodgins D, Aricak O, Baigent M, Gandin C, Rahimi-Movaghar A, Scafato E, Assanangkornchai S, Siste K, Hao W, King D, Babor T, Saunders JB, Higuchi S, Poznyak V. Brief overview of the WHO collaborative project on the development of new international screening and diagnostic instruments for gaming disorder and gambling disorder. *Addiction*. 2022;117:2119-21. doi: 10.1111/add.15780.
104. Gandin C, Scafato E. La necessità di strumenti internazionali diagnostici e di screening per il disturbo da gioco (gaming): il progetto collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Osservatorio Nazionale Alcol. Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. *Alcologia*. 2022;48:112-117.
105. Rumpf HJ, Achab S, Billieux J, Bowden-Jones H, Carragher N, Demetrovics Z, Higuchi S, King DL, Mann K, Potenza M, Saunders JB, Abbott M, Ambekar A, Aricak OT, Assanangkornchai S, Bahar N, Borges G, Brand M, Chan EM, Chung T, Derevensky J, Kashef AE, Farrell M, Fineberg NA, Gandin C, Gentile DA, Griffiths MD, Goudriaan AE, Grall-Bronnec M, Hao W, Hodgins DC, Ip P, Király O, Lee HK, Kuss D, Lemmens JS, Long J, Lopez-Fernandez O, Mihara S, Petry NM, Pontes HM, Rahimi-Movaghar A, Rehbein F, Rehm J, Scafato E, Sharma M, Spritzer D, Stein DJ, Tam P, Weinstein A, Wittchen HU, Wölfling K, Zullino D, Poznyak V. Including Gaming Disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective. *J Behav Addict*. 2018 Sep 1;7(3):556-561. DOI: 10.1556/2006.7.2018.59

106. Gandin C, Ghirini S, Matone A, Scafato E. La prevenzione del danno da alcol in gravidanza: le attività del consorzio di ricerca europeo FAR-SEAS. *Alcologia*. 2024;54:69-78.
107. 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> ultima consultazione 30.01.2025.
108. 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; ultima consultazione 30.01.2025.
109. 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.
110. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
111. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
112. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.
113. 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>; ultima consultazione 30.01.2025.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di aprile 2025, 1° Suppl.*

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

Roma, aprile 2025