



# RAPPORTI ISTISAN 24|3

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

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

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

### **Rapporto 2024**

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 2024**

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**  
**24/3**

Istituto Superiore di Sanità

**Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2024.**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Valerio Manno, Monica Vichi e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)  
2024, vii, 106 p. Rapporti ISTISAN 24/3

Ogni anno il consumo di alcol causa 3 milioni di morti ed è causa di disabilità e cattive condizioni di salute per milioni di persone in tutto il mondo. 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 Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 e dal recente accordo di collaborazione con il Ministero della Salute "SISMA GD" (Sistema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne). L'ONA è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e WHO per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale.

*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 2024.**

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Valerio Manno, Monica Vichi and the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)  
2024, vii, 106 p. Rapporti ISTISAN 24/3 (in Italian)

Every year alcohol consumption contributes to 3 million deaths and to the disabilities and poor health of millions of people all over the world. 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 Decree of the President of the Council of Ministers of 3 March 2017 and the recent contract of collaboration with the Ministry of Health "SISMA GD" (Alcohol monitoring system for young people and women). The ONA is the independent technical and scientific advisory body for the Ministries, the first Minister Office, the European Commission and the WHO.

*Key words:* Alcohol; Monitoring; Epidemiology; Public health

Per informazioni su questo documento scrivere a: [silvia.ghirini@iss.it](mailto:silvia.ghirini@iss.it) e [claudia.gandin@iss.it](mailto:claudia.gandin@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://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; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/3).

---

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

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

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

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

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

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

#### **Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA**

Emanuele SCAFATO (*Coordinatore*)

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

---

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

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

<b>Politiche sull'alcol in Europa</b> .....	3
Consumo di alcol pro capite registrato in Europa.....	4
Consumo totale di alcol pro capite.....	6
Frequenza di consumo di alcol negli ultimi 12 mesi.....	8
Consumo dannoso di alcol.....	9
Disturbo da uso di alcol .....	10
<b>Consumi nella popolazione italiana generale</b> .....	12
Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi .....	12
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici .....	15
Comportamenti a rischio.....	17
Consumatori fuori pasto.....	18
Consumatori abituali eccedentari.....	20
Consumatori giornalieri .....	21
Consumatori a rischio (criterio ISS) .....	22
Consumatori <i>binge drinking</i> .....	24
Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol .....	26
<b>Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni</b> .....	28
Italia nord-occidentale .....	28
Piemonte .....	29
Valle d'Aosta .....	29
Lombardia .....	29
Liguria .....	32
Italia nord-orientale .....	32
Provincia Autonoma di Bolzano .....	32
Provincia Autonoma di Trento .....	33
Veneto .....	33
Friuli Venezia Giulia.....	33
Emilia-Romagna .....	34
Italia centrale .....	34
Toscana .....	34
Umbria .....	35
Marche .....	35
Lazio .....	35
Italia meridionale .....	35
Abruzzo.....	36
Molise .....	36
Campania .....	36
Puglia .....	37
Basilicata.....	37
Calabria.....	37
Italia insulare .....	37
Sicilia .....	38
Sardegna.....	38

<b>Mortalità per decessi totalmente alcol-attribuibili</b> .....	39
Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere .....	39
Mortalità alcol-attribuibile per Regione di residenza.....	43
<b>Consumo di alcol per target di popolazione</b> .....	45
Consumo di alcol tra i giovani.....	45
Consumatori di 11-17 anni.....	47
Consumatori di 18-24 anni.....	49
Consumo di alcol tra le donne .....	51
Consumatrici minorenni (età 11-17 anni) .....	52
Consumatrici adulte (età 18-49 anni).....	54
Consumatrici adulte (età 50-69 anni).....	56
Consumatrici anziane (età ≥70 anni).....	58
Consumo di alcol tra gli anziani .....	60
Consumatori giovani anziani (65-74 anni).....	62
Consumatori anziani (75-84 anni).....	64
Consumatori grandi anziani (≥ 85anni).....	67

## PARTE 2

### Altre attività dell'ONA-ISS

<b>Attività internazionali ed europee su prevenzione e politiche alcolologiche</b> .....	71
Attività con la WHO .....	72
Partecipazione al <i>IV Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours</i> della WHO, HQ.....	72
Consultazione per il <i>Global alcohol action plan 2022-2030</i> della WHO, HQ.....	74
Contratto di servizio con la WHO, <i>Less Alcohol Unit</i> .....	75
Consultazione per la valutazione dell'implementazione degli obiettivi di sviluppo sostenibile dello <i>European Framework for Action on Alcohol</i> .....	76
Attività di collaborazione e consulenza nella presentazione di <i>snapshot</i> con la WHO, <i>Less Alcohol Unit</i> .....	76
Stesura e diffusione dell'istantanea "A public health perspective on zero-and low-alcohol beverages" della WHO, <i>Less Alcohol Unit</i> .....	77
Supporto tecnico-scientifico all' <i>Evidence into Action Alcohol Project</i> della WHO, Ufficio Regionale per l'Europa.....	79
Presentazione della guida WHO per informare su alcol e danni alcol-correlati i giornalisti.....	81
Monitoraggio internazionale ed europeo .....	84
Partecipazione a progetti della Commissione Europea .....	84
Sostegno a "Awareness Week on Alcohol Related Harm" 2023 .....	85
Partecipazione al progetto internazionale per lo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici su <i>gaming</i> e <i>gambling</i> della WHO, HQ .....	86
Altre attività e partecipazione a network internazionali.....	87
<b>Implicazioni di salute pubblica per una road map di riduzione dell'impatto dell'alcol sulla salute in Italia</b> .....	88

<b>Bibliografia</b> .....	99
---------------------------	----

## PREFAZIONE

L'alcol è una sostanza tossica, psicoattiva, che produce dipendenza, il cui consumo è collegato a oltre 200 malattie e condizioni, inclusi 7 tipi di cancro. Il consumo totale di alcol *pro capite* di un Paese è strettamente correlato alla prevalenza dei danni alcol-correlati riscontrati nel Paese, inclusa la prevalenza dei disturbi legati al consumo di alcol.

La popolazione della WHO-Europa – Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*World Health Organization, WHO*) – ha la più alta percentuale di consumatori di alcol nel mondo e la più alta percentuale di problemi di salute e di decessi dovuti al consumo di alcol. Nella Regione Europea della WHO, 1 decesso su 10 è dovuto al consumo di alcol. Quasi 1 milione di decessi all'anno sono causati dal consumo di alcol nella Regione – quasi un terzo del totale globale di 3 milioni di decessi. Ciò significa che la morte derivante dal consumo di alcol è quasi 3 volte più comune nella WHO-Europa che a livello globale. L'Unione Europea (UE), che comprende circa la metà della popolazione della Regione Europea della WHO, è l'area in cui si beve più pesantemente al mondo; 7 dei 10 Paesi con il più alto consumo *pro capite* di alcol si trovano nell'UE. Nella Regione Europea della WHO, il consumo di alcol è responsabile di 1 decesso su 4 tra le persone di età compresa tra 19 e 24 anni, principalmente derivanti da infortuni. Le popolazioni a basso reddito subiscono danni sproporzionati dal consumo di alcol, rispetto ad altri gruppi sociali ed è dimostrato che ridurre il consumo di alcol avvantaggia le popolazioni a basso reddito e riduce le disuguaglianze sanitarie.

Dei 10 Paesi che bevono di più al mondo, nove si trovano nella Regione Europea della WHO e otto si trovano nella sola UE, dove l'alcol contribuisce maggiormente alla mortalità per tutte le cause. La stragrande maggioranza (78,5%) dei decessi attribuibili all'alcol nella Regione è dovuta a malattie croniche non trasmissibili di cui alcol è uno dei maggiori fattori di rischio modificabili e tutti questi decessi sono prevenibili.

La WHO ha rilevato che l'interferenza dell'industria registrata negli ultimi anni in Europa e nel mondo sulla realizzazione delle richieste politiche di salute pubblica sull'alcol ha ostacolato, compromesso e ritardato il raggiungimento di 13 dei 17 obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals, SDG*), incidendo su una serie di indicatori relativi alla salute, come la salute dei bambini, le malattie infettive e gli incidenti stradali, nonché su una gamma molto più ampia di indicatori relativi all'economia e sviluppo sociale, ambiente e uguaglianza.

Il Consiglio Economico e Sociale (*Economic and Social Council, ECOSOC*) delle Nazioni Unite – quindi l'organismo competente a livello mondiale di questioni economiche, sociali, culturali e sanitarie, nonché dei diritti umani e delle libertà fondamentali coordinando il lavoro delle Nazioni Unite e delle agenzie specializzate – ha indicato le 3 strategie più efficaci per ridurre il consumo di alcol e i suoi danni invitando i governi ad adottare misure incisive sulla riduzione dell'accessibilità economica (in particolare aumentando le tasse sull'alcol), sulla riduzione della disponibilità e sulla limitazione o il divieto della pubblicità. Queste è la ragione per cui le politiche sull'alcol in Europa richiedono un rinnovato approccio e un impegno diverso, più efficace, differenziato tra nazione e nazione anche e soprattutto in funzione di una cultura del bere che anche nel sud-europea ha abbandonato, ad esempio, da decenni lo stile mediterraneo di consumo, attuato prevalentemente ai pasti, e oggi diffuso nell'intera giornata in tutti gli strati di popolazione con significativi incrementi dell'impatto su salute e sicurezza dei target più vulnerabili della popolazione, la donne, gli anziani, i minori e i giovani.

L'alcol danneggia gli individui, le famiglie e le comunità, in Italia, come in tutta Europa e nel mondo, comprese le persone che sono colpite dal consumo di alcol da parte di altri, ed è il cancro la principale causa di morte dovuta al consumo di alcol nell'UE, rappresentando un terzo dei

decessi attribuibili all'alcol nel blocco. Bere anche piccole quantità di alcol aumenta il rischio di cancro: la moderazione ha un suo rischio da comunicare ai consumatori per renderli consapevoli che il rischio parte da zero e aumenta al crescere delle quantità consumate.

Il consumo di alcol influisce direttamente sullo sviluppo del cervello, influenzando la capacità decisionale e l'autocontrollo e il suo consumo tra gli 11 e i 25 anni, periodo evolutivo in cui il cervello si sviluppa e matura, può avere conseguenze a lungo termine non solo limitate ad un aumento del rischio di disturbi legati all'uso di alcol più avanti nella vita, ma immediate, influenti sulla capacità cognitiva, di memoria, di orientamento e di scarse *performance* dell'individuo, che dovrebbe evitare qualunque quantità di alcol: ciò consentirebbe una piena opportunità di maturazione della corteccia prefrontale deputata alla logica, al coordinamento e alla capacità di controllo, la cui integrità è rilevante nella capacità di contrastare la compulsività che è alla base di qualunque dipendenza.

L'incremento del consumo medio *pro capite* e l'aumento contestuale di tutti gli indicatori di consumo a rischio in Italia non lasciano prevedere un progresso verso il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile prefissati per oggettiva mancanza d'intervento e d'implementazione di azioni in numerosi settori identificati dalla WHO come essenziali per le politiche sull'alcol e tra queste un'adeguata risposta di salute pubblica e dei servizi, e politiche più convincenti sul marketing, sui prezzi, sul contrasto all'intossicazione, sulla disponibilità delle bevande alcoliche in particolare ai minori.

Le informazioni derivate dai sistemi di rilevazione, analisi e disseminazione dei risultati sono rese sempre più disponibili e centrali per garantire dati epidemiologici e di monitoraggio alcol-correlato indispensabili e insostituibili per la pianificazione di strategie di prevenzione, per la programmazione sociosanitaria e per azioni di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione. Il monitoraggio alcol-correlato in Italia consente, attraverso il progetto finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato) caratterizzato da indicatori originali e specifici, costruiti e validati dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS, già sede del *WHO Collaborative Centre Research on Alcohol*) e attraverso la rigorosa applicazione delle norme del Piano Statistico Nazionale, di andare oltre la mera registrazione del consumo medio *pro capite* di alcol definito dalla WHO producendo flussi informativi di dettaglio nazionale e regionale che consentono di stimare entità e tendenza del consumo "rischioso" in cui si annida il bacino di utenza dei potenziali nuovi utenti in carico ai centri e servizi di alcologia. Oltre il 90% degli alcolodipendenti stimati in Italia, non fruisce di un trattamento che non è richiesto né dalla persona, né attraverso l'invio da parte di un professionista della salute che dovrebbe identificare, come necessario, l'individuo a rischio. Un divario da colmare che è reso noto dall'analisi che i dati riportati annualmente dall'ONA-ISS consentono di poter segnalare come urgenza nella loro rilevanza di salute pubblica e che vengono sottoposti all'attenzione dei decisori politici e di quanti programmano e gestiscono gli interventi di prevenzione e di tutela della salute affinché possano contribuire a garantire accessibilità ed equità nelle cure attraverso l'approccio di sostenibilità sanitaria e solidarietà sociale per i quali l'Italia deve poter continuare a connotarsi nel panorama europeo e internazionale come contesto di pratica di eccellenza clinica e sociale, rinnovato nelle sue capacità di garantire un sistema che non è solo sanitario, ma anche sociale, culturale ed economico.

Un approccio di sistema più attento e attivo è sollecitato per l'Italia al fine di rifinire e ridefinire per il prossimo futuro gli obiettivi di salute dei piani di prevenzione (nazionale e regionali), l'attuazione di indagini conoscitive di popolazione (*survey*) sui principali fattori di rischio, la realizzazione di linee guida per la migliore gestione delle principali malattie che riconoscono nell'alcol la causa o l'attribuibilità anche parziale, come numerosi tipi di cancro e molte malattie

cardiovascolari e, infine, tutte le iniziative, comprese la formazione dei professionisti, per l'identificazione precoce e l'intervento in relazione ai principali fattori di rischio e di malattia.

Salvare vite umane, migliorare la salute e il benessere delle generazioni presenti e future e garantire che l'onere umano, sociale e finanziario delle malattie croniche non trasmissibili non comprometta i guadagni di sviluppo degli anni passati è un percorso difficile, ma non impossibile.

Sviluppare strumenti tecnici, nuovi piani di prevenzione nazionale e regionali, strumenti di supporto decisionale e informazioni per l'attuazione di interventi basati su una valutazione di costo-efficacia, valutare l'impatto potenziale delle scelte politiche sull'equità e sui determinanti sociale della salute monitorando l'efficacia dell'azione multisettoriale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili richiede anche iniziative di risposta pubblica per la gestione dei conflitti di interesse e per la comunicazione, anche attraverso i social media, su misura, valida e corretta, e di contrasto ad un uso estremamente e nocivamente diffuso delle *fake news* che minano i livelli di adeguata conoscenza e consapevolezza necessari per garantire percorsi di salute sostenibili, inclusivi, premianti favorendo il benessere per l'intera collettività.

Prof. Emanuele SCAFATO

*Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol  
(Centro Nazionale Dipendenze e Doping)  
Vice Presidente EUFAS, European Federation of Addiction Societies  
già Presidente SIA, Società Italiana di Alcolologia*



**PARTE 1**  
**Attività di monitoraggio dell'ONA-ISS**



## POLITICHE SULL'ALCOL IN EUROPA

L'alcol è considerato il quinto fattore di rischio globale per il carico di malattie e, nel 2016, il 5,5% di tutte le morti nei 30 Paesi dell'UE è stato causato dall'alcol, per un totale di 291.100 persone decedute principalmente a causa di cancro (29% delle morti attribuibili all'alcol), cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%), incidenti stradali, autolesionismo e violenza interpersonale (28%) (1, 2); la percentuale più alta di morti attribuibili all'alcol è stata registrata nei giovani adulti (2, 3).

Tra le quasi 800 persone che muoiono ogni giorno in Europa per cause attribuibili all'alcol, una proporzione relativamente elevata di danni alcol-correlati si verifica nei giovani: una morte su quattro di persone tra i 20 e i 24 anni è causata dall'alcol (3).

Nel contesto della strategia globale della WHO per ridurre l'uso dannoso dell'alcol (e per la maggior parte dei documenti strategici internazionali sull'alcol), dal punto di vista della salute pubblica, il concetto di uso dannoso dell'alcol comprende il bere che provoca conseguenze dannose per il consumatore, sia sulla sua salute che sociali, per le persone intorno al consumatore, e per la società nel complesso. L'impatto dell'uso dannoso dell'alcol sulla salute non si limita alle conseguenze sulla salute; esso comporta significative perdite sociali ed economiche legate ai costi nel settore della giustizia, alla perdita di produttività della forza lavoro e alla disoccupazione, e ai costi attribuiti al dolore e alla sofferenza (4).

Almeno 40 malattie e condizioni elencate nella 10<sup>a</sup> revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (*International Classification of Diseases 10<sup>th</sup> revision*, ICD-10) della WHO sono totalmente attribuibili all'alcol e oltre 200 sono parzialmente attribuibili all'alcol (5). Il carico di malattie deriva principalmente da due categorie: malattie croniche non trasmissibili (tra cui numerosi tipi di cancro, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e disfunzioni metaboliche) e lesioni accidentali e intenzionali (autolesionismo e violenza interpersonale tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali) (6-10).

Secondo la WHO, l'uso dannoso dell'alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione a livello mondiale e ha un impatto diretto su molti obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) delle Nazioni Unite da raggiungere entro il 2030 (11-14).

Il consumo di alcol *pro capite*, definito come litri di alcol puro all'anno, è uno dei due indicatori per l'obiettivo di sviluppo sostenibile 3.5: "Rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, inclusi l'uso dannoso di droghe e alcol" (15).

L'alcol è una sostanza cancerogena in grado di causare dipendenza: qualsiasi livello di consumo di alcol è associato a numerose malattie prevenibili come malattie cardiovascolari, vari tipi di cancro, Disturbi da Uso di Alcol (DUA), malattie epatiche, eventi traumatici acuti come incidenti stradali, domestici e sul lavoro, danni alle persone diverse dai bevitori, disturbi comportamentali ed eventi psicotici (6-10).

Anche se vengono riportate in letteratura associazioni protettive riguardo al consumo occasionale di alcol e malattie coronariche, ictus ischemico e diabete, secondo la WHO, considerando tutti i presunti vantaggi, gli effetti dannosi del consumo di alcol sulla salute sono ancora predominanti (16, 17). Infine, è stato dimostrato che il consumo di alcol ha pesanti ripercussioni sulle famiglie di coloro che bevono in modo rischioso o dannoso e sulla comunità in generale, a causa del deterioramento delle relazioni personali e lavorative, atti criminali (come vandalismo e violenza), perdita di produttività e costi sanitari (18).

Nella Regione Europea della WHO, si stima che il 62,3% della popolazione adulta abbia consumato bevande alcoliche almeno una volta nell'ultimo anno, e che il consumo di alcol causi quasi un milione di morti ogni anno, pari a circa 2.500 morti al giorno (di cui una su quattro è un

giovane coinvolto o vittima di un incidente stradale causato dalla guida in stato di ebbrezza, la principale causa di morte prematura in Italia e in Europa, di malattie a lungo termine o disabilità tra i giovani 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 sono stati forniti, come ogni anno, per la 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

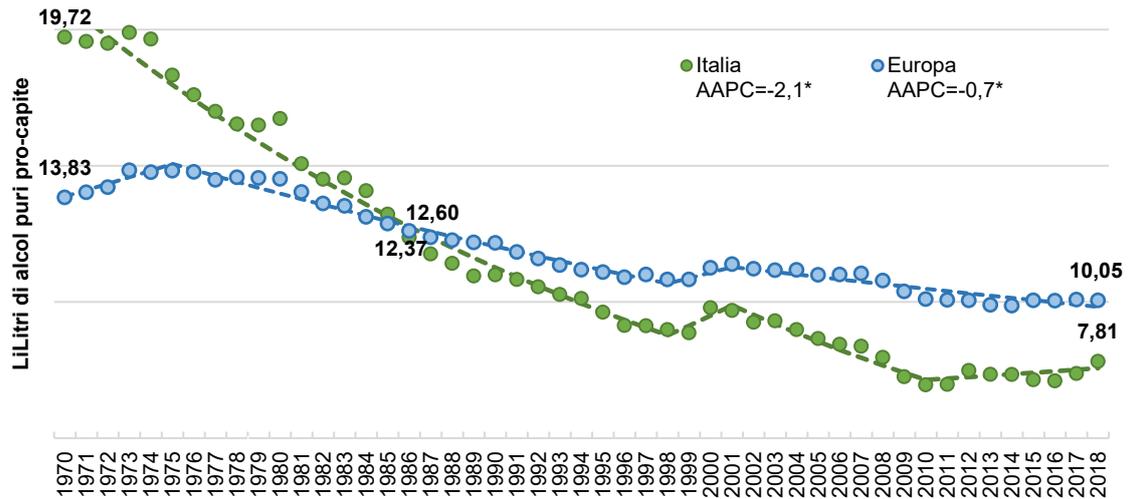
Le evidenze epidemiologiche provenienti da studi nazionali e internazionali confermano la correlazione tra un elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumentato rischio di morbilità e mortalità da alcune specifiche cause di morte. In generale, il rischio di morbilità aumenta con la quantità di alcol consumata (2, 3, 11, 19-23). La frequenza e l'intensità di avvelenamento acuto aumentano soprattutto il rischio di incidenti stradali e malattie cardiovascolari, come infarti e malattie coronariche (1, 2).

Il consumo di alcol *pro capite* fa parte di un insieme di indicatori di base, il cui scopo è monitorare l'entità, il modello e le tendenze del consumo di alcol nella popolazione adulta (15 anni e oltre). Il consumo di alcol *pro capite* è definito a livello globale dalla WHO e dalle Nazioni Unite come la quantità di alcol consumata *pro capite* (15 anni e oltre) durante un anno solare in un Paese, in litri di alcol puro, e l'indicatore tiene conto solo del consumo registrato dai dati di produzione, importazione, esportazione e vendita spesso tramite la tassazione (15, 24).

L'Ufficio Regionale della WHO per l'Europa ha sviluppato un quadro di monitoraggio congiunto per "Health 2020", gli SDG e gli indicatori delle malattie non trasmissibili per facilitare la segnalazione negli Stati membri e consentire modi coerenti e tempestivi per misurare il progresso in accordo con il quadro globale degli indicatori dell'ECOSOC. L'indicatore del quadro di monitoraggio congiunto per l'alcol nella Regione Europea (12) è stato concordato come "Consumo totale di alcol *pro capite* tra le persone di 15 anni e oltre in un anno solare" ("Health 2020").

Il monitoraggio della strategia globale sulle malattie non trasmissibili, compresi gli obiettivi e gli indicatori legati all'alcol, mira specificamente a raggiungere entro il 2025 "una riduzione relativa di almeno il 10% dell'uso dannoso di alcol nel contesto nazionale" misurato dalla riduzione del consumo totale *pro capite*, dalla prevalenza standardizzata per età del consumo episodico eccessivo tra gli adolescenti e gli adulti e, ultimo ma non meno importante, nella riduzione della morbilità e mortalità legate all'alcol tra adolescenti e adulti.

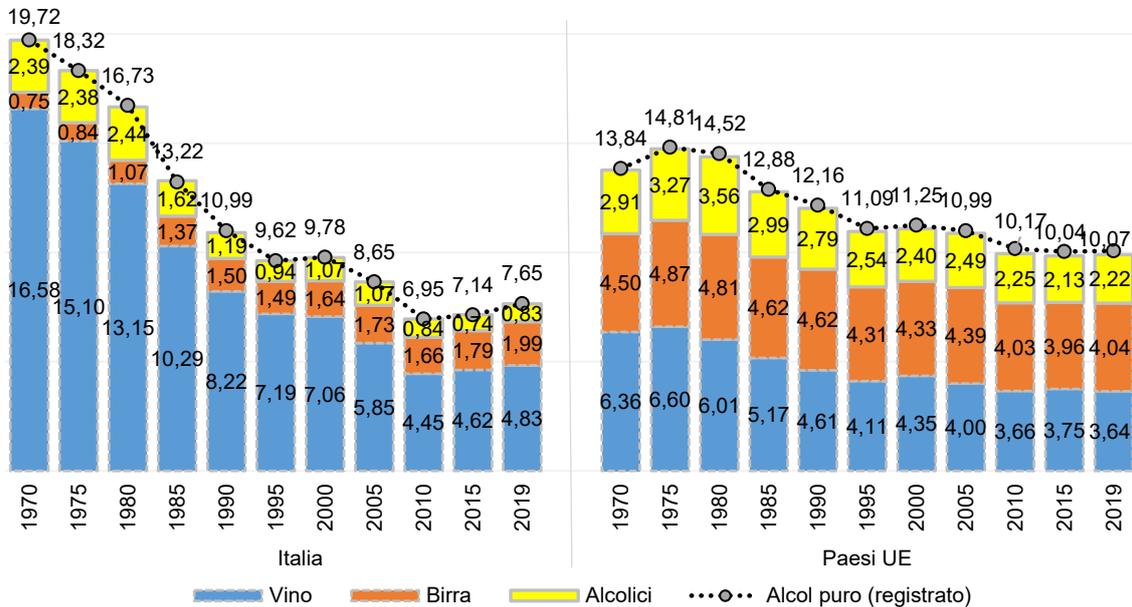
Nei Paesi dell'UE, tra il 1970 e la fine degli anni '90, è stata osservata una diminuzione prolungata a seguito di un iniziale aumento annuale nel consumo *pro capite*. Anche se apparentemente una riduzione del 10% del consumo *pro capite* in un periodo di tempo accettabile sembra rappresentare un obiettivo di prevenzione realizzabile, i dati mostrano che anche per i Paesi con un consumo *pro capite* di base più basso e una riduzione costante e sostanziale osservata negli ultimi tre decenni (come l'Italia), si sta osservando un leggero aumento negli ultimi anni (Figura 1). Per quanto riguarda l'Italia, quanto accaduto a livello nazionale è un esempio delle difficoltà che devono essere superate per raggiungere un obiettivo sostenibile per la salute. A tal riguardo, in Italia, nel 1970, il consumo *pro capite* era molto più alto della media dei Paesi membri dell'UE (19,72 vs. 13,83); tuttavia, l'Italia è stata la prima nazione nella Regione Europea della WHO a raggiungere l'obiettivo stabilito dalle strategie europee di riduzione del consumo *pro capite* di alcol del 25%. Negli anni successivi, tuttavia, nonostante la riduzione osservata tra il 2002 e il 2010 e le fluttuazioni osservate tra il 2011 e il 2018, il valore dell'indicatore a livello nazionale sta tornando ai livelli del 2008 di 7,81 litri *pro capite*, annullando le riduzioni dell'ultimo decennio.



**Figura 1. Consumo registrato (tondo) e stimato (linea tratteggiata) di alcol in litri di alcol puro *pro capite* totale in Italia e nei Paesi europei (stima ottenuta con *Joint Point analysis*) (1970-2018)**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati pubblicati in *European Health for All database (HFA-DB)*, WHO-Europa

La comparabilità nell'analisi dei modelli di consumo di alcol è fondamentale per spingere gli Stati membri ad adottare azioni e misure che dovrebbero dare un nuovo impulso all'attuazione complessiva degli SDG in Europa, tenendo conto dei diversi comportamenti di consumo e delle bevande alcoliche che sono molto più rappresentative di una specifica cultura nazionale del bere.

La Figura 2 mostra che il consumo di rAPC per tipo di bevanda in Italia è diverso rispetto a quello osservato in media nei Paesi dell'UE; è un modello caratteristico non solo in tutti i Paesi mediterranei ma sta influenzando lentamente molti altri Paesi europei in cui la dieta mediterranea è diffusa.



**Figura 2. Consumo di alcol puro *pro capite* negli adulti di età superiore a 15 anni per tipologia di bevanda in Italia e nei Paesi europei (1970, 1980, 1990, 2000, 2010, 2018, 2019)**  
 Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati WHO

In Italia, la diminuzione complessiva nell'APC è attribuibile principalmente alla diminuzione del consumo di vino, seguito dalla birra. Il consumo *pro capite* del vino in Italia è diminuito da 16,58 nel 1970 a 4,45 nel 2010, ma negli ultimi anni il valore è aumentato nuovamente (4,83 nel 2019). Il consumo della birra ha avuto una tendenza molto diversa rispetto al vino; tra il 1970 e il 2019, c'è stata una crescita costante (0,75 nel 1970 vs. 1,99 nel 2019). Infine, il consumo dei superalcolici (liquori, amari, cocktail, ecc.) è diminuito fino al 1995 (0,94 nel 1995) e successivamente è oscillato, raggiungendo 0,83 litri nel 2019. Nei Paesi dell'UE, il rAPC è aumentato nel 1970 e poi è diminuito a 10,07 nel 2019. Il consumo di vino è diminuito tra il 1980 e il 1995 e poi è rimasto stabile, mentre il rAPC della birra e degli alcolici ha oscillato, raggiungendo rispettivamente il valore di 3,64 e 2,22 nel 2019 (23).

## Consumo totale di alcol *pro capite*

Il consumo dannoso di alcol è responsabile di circa 3 milioni di morti nel mondo, pari al 5,3% di tutte le morti, più delle morti dovute all'ipertensione e al diabete messe insieme. La WHO stima che nel 2016 il 5,1% del carico di malattia e lesioni a livello mondiale fosse attribuibile al consumo di alcol, equivalente a 132,6 milioni di anni di vita persi per invalidità (*Daily Adjusted Life Years, DALY*) (1).

La *World Mental Health Survey Initiative* della WHO, indagine conoscitiva effettuata in 27 Paesi tra il 2001 e il 2015, ha dimostrato che la prevalenza dei DUA era molto più elevata negli uomini che nelle donne, e che il 15% di tutti i casi di DUA durante la vita si sviluppavano prima dei 18 anni. Un reddito familiare più elevato e l'essere più anziani, sposati e più istruiti erano protettivi durante la vita per i DUA e la persistenza di questi (25).

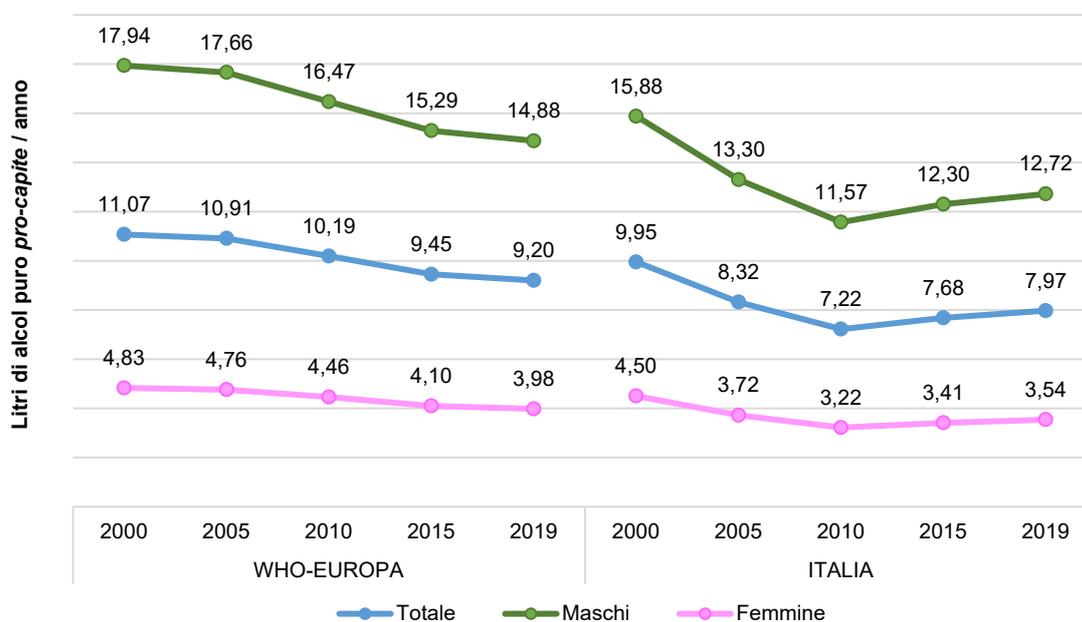
Negli ultimi dieci anni, a livello dell'UE sono state sviluppate numerose iniziative sull'alcol, come la strategia dell'UE per sostenere gli Stati membri nella riduzione dei danni correlati all'alcol (26) e il Piano d'azione europeo della WHO per ridurre l'uso dannoso di alcol 2012-2020 (27). Queste iniziative sono state supportate dalla strategia globale per ridurre l'uso dannoso dell'alcol (4) e dal Piano d'azione per la Strategia globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2008-2013 (28). L'Italia, come altri Paesi dell'UE, ha aderito a molte attività progettuali europee; gli obiettivi di queste attività hanno sottolineato e rafforzato nel tempo l'importanza dello sviluppo e del supporto a un sistema locale di monitoraggio legato all'alcol. Il sistema dovrebbe garantire, da un lato, una valutazione dell'impatto sociale e sanitario del consumo di alcol nella popolazione e, dall'altro lato, fornire informazioni tempestive sui progressi delle misure adottate ed eventualmente riadattate in base alle emergenti esigenze sociali e sanitarie.

L'indicatore principale attualmente utilizzato a livello europeo e internazionale per monitorare l'uso dannoso dell'alcol è il consumo nazionale di alcol totale *pro capite* (*total Alcohol Per Capita consumption, tAPC*) negli adulti di età superiore ai 15 anni, espresso in litri di alcol puro (14). Il tAPC è un indicatore fortemente correlato all'uso dannoso dell'alcol. La possibilità di disporre di dati quasi per tutti i Paesi su base annuale ha permesso di considerarlo il miglior indicatore disponibile per monitorare il Piano d'Azione Globale per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili 2013-2020 (29) e per monitorare gli SDG (30-31). Il tAPC è definito come la quantità totale (somma di consumo di alcol *pro capite* totale e del consumo di alcol non registrato) di alcol consumata per persona (di età superiore a 15 anni) in un anno solare, in litri di alcol puro, corretta per il consumo turistico. Le stime per il consumo totale di alcol sono prodotte 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. Il consumo turistico tiene conto dei turisti che visitano il Paese e degli abitanti che visitano altri Paesi (14). La differenza

tra il consumo di alcol registrato e non registrato è legata alla quantità di alcol che non è tassata nei Paesi in cui viene consumata perché di solito è prodotta, distribuita o venduta al di fuori dei canali formali sotto il controllo governativo. L'alcol non registrato può essere prodotto, venduto e acquistato legalmente o illegalmente; nei Paesi dell'UE+ (ovvero i 27 Paesi UE con l'aggiunta di Norvegia e Svizzera), questo è un grande gruppo eterogeneo di prodotti diversi che variano tra e all'interno dei Paesi. Quattro ampie categorie di alcol non registrato possono essere distinte:

1. bevande alcoliche fatte in casa (legali e illegali);
2. alcol prodotto illegalmente e/o 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).

Nel 2019, la WHO ha stimato che il tAPC nella Regione Europea della WHO fosse di 14,88 (M=9,20, F=3,98), mentre in Italia il tAPC era di 12,72 (M=7,97; F=3,54) (Figura 3).



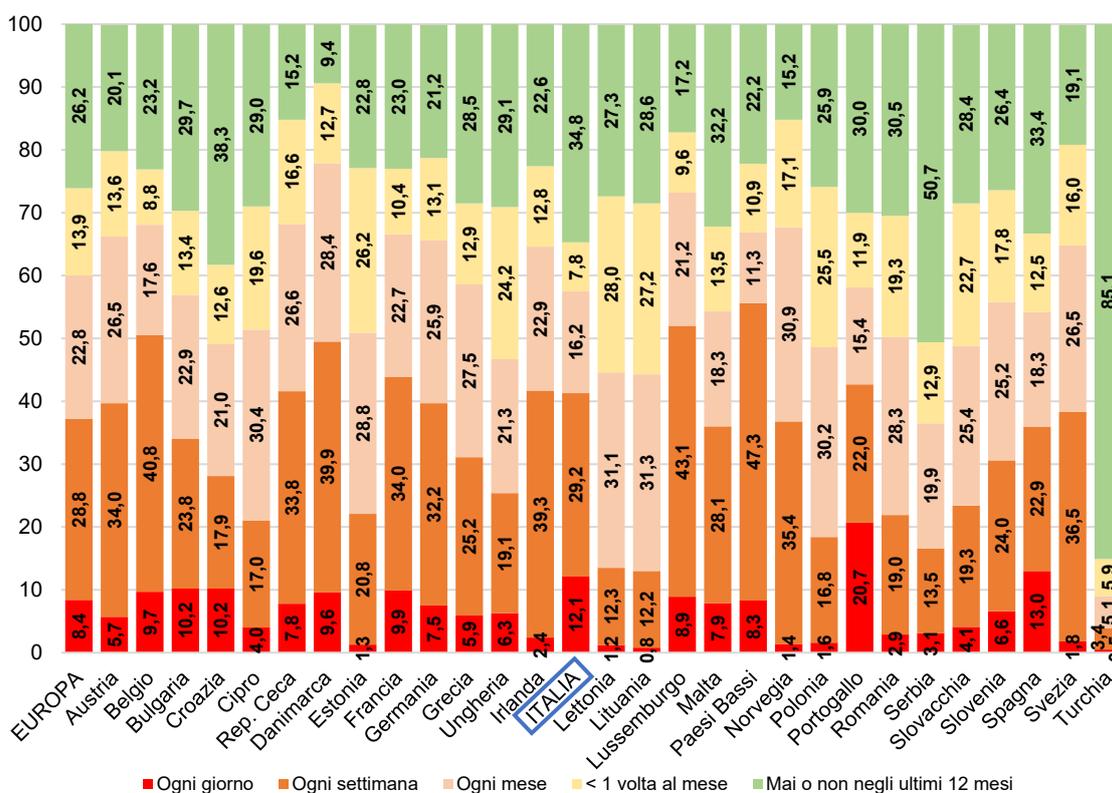
**Figura 3. Consumo di alcol totale *pro capite* (tAPC) negli adulti di età pari o superiore a 15 anni in Italia e nei Paesi europei per sesso (2000, 2005, 2010, 2015, 2019)**  
Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati Global Health Observatory

Guardando nuovamente all'Italia per confrontare anche questo indicatore con la media europea, si è scoperto che, sebbene in Italia il valore del tAPC sia inferiore alla media dei Paesi della Regione Europea della WHO, la tendenza dell'indicatore è molto diversa. Nella WHO-Europa, il tAPC è diminuito lentamente tra il 2000 e il 2019, sia per gli uomini che per le donne; in Italia c'è stata una rapida diminuzione tra il 2000 e il 2010, seguita da un aumento che ha riportato l'indicatore al valore di 12,72, e la proiezione al 2025 sembra indicare un obiettivo mancato più che un obiettivo raggiunto.

## Frequenza di consumo di alcol negli ultimi 12 mesi

I dati dell'indagine europea sulla salute (*European Health Interview Survey, EHIS*) condotta da Eurostat (32), condotta in tutti gli Stati membri dell'UE nel periodo 2018-2020, rilevano il consumo di alcol nei Paesi dell'UE nella popolazione di età pari o superiore a 15 anni che risiede in famiglie ubicate nel territorio nazionale. La metodologia standardizzata di raccolta dati consente di confrontare le abitudini di consumo dei diversi Stati membri. I dati raccolti riguardano non solo bevande alcoliche come birra, vino, liquori, cocktail, ma anche alcolici fatti in casa.

I dati della terza indagine EHIS mostrano che nel 2019, l'8,4% della popolazione dell'UE di età pari o superiore a 15 anni ha dichiarato di consumare una bevanda alcolica ogni giorno, rispetto al 28,8% di consumatori settimanali e al 22,8% di consumatori mensili di alcol. Al contrario, poco più di un quarto degli europei (26,2%) non ha consumato affatto alcol nei dodici mesi precedenti all'indagine o non ha mai bevuto alcun tipo di bevanda alcolica (Figura 4).



**Figura 4. Distribuzione (%) delle persone di età pari o superiore a 15 anni in base alla frequenza del consumo di alcol (2019)**  
Elaborazione ONA-ISS su dati Eurostat

Italia e Spagna hanno la percentuale di soggetti con un consumo giornaliero superiore al 12% della popolazione di riferimento, precedute in Europa solo dal Portogallo. All'altro estremo, in Lituania, Lettonia, Estonia, Polonia, Svezia, Irlanda, Romania, Norvegia e Turchia, la percentuale della popolazione che consuma alcol quotidianamente era inferiore al 3%. Le percentuali più elevate di persone che non consumano bevande alcoliche sono registrate in Croazia e Italia (34,8%), mentre le percentuali più basse sono registrate in Danimarca, Repubblica Ceca e Lussemburgo; la percentuale più alta di persone che non consumano alcol è stata riscontrata in Turchia (23, 32).

## Consumo dannoso di alcol

Il consumo dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione nel mondo con un impatto diretto su numerosi SDG, compresi quelli per la salute materna e infantile, le malattie infettive (HIV, epatite virale, tubercolosi), le malattie non trasmissibili e la salute mentale, sugli infortuni e le intossicazioni. La produzione e il consumo di alcol sono strettamente legati a molti altri obiettivi e target dell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile. Il consumo dannoso è parte degli indicatori che forniscono informazioni sulle conseguenze dirette sulla salute alcol-attribuibili. Gli indicatori sono periodicamente calcolati dalla WHO come proporzione di adulti (15+ anni) con consumo dannoso di alcol (F10.1 secondo l'ICD-10 della WHO) nell'anno solare (11,33).

Tra i Paesi europei, la prevalenza di consumo dannoso di alcol nei 12 mesi precedenti era più elevata tra gli uomini ovunque (Tabella 1).

**Tabella 1. Prevalenza di uso dannoso di alcol e di disturbi da uso di alcol negli ultimi 12 mesi in Europa (2016)**

Paese	Uso dannoso di alcol (15+), Prevalenza, ultimi 12 mesi (%)		Disturbi da uso di alcol (15+), Prevalenza, ultimi 12 mesi (%)	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Austria	9,3	3,1	18,1	6,1
Belgio	5,8	2,0	12,1	4,3
Bulgaria	7,9	1,5	12,2	1,9
Croazia	4,2	0,8	9,8	2,2
Cipro	5,8	1,8	10,5	3,2
Danimarca	5,3	2,0	10,9	4,2
Estonia	12,3	2,1	22,2	3,8
Francia	5,8	1,6	11,1	3,1
Germania	4,8	2,0	9,8	4,0
Grecia	5,2	1,6	9,4	2,9
Ungheria	20,4	4,0	36,9	7,2
Irlanda	7,2	2,3	13,0	4,1
Italia	0,9	0,5	1,7	1,0
Latvia	9,4	1,6	28,8	4,6
Lituania	11,0	2,0	19,9	3,6
Lussemburgo	5,8	1,5	10,5	2,7
Malta	3,1	0,9	5,6	1,6
Paesi Bassi	1,1	0,5	2,0	0,9
Norvegia	4,5	2,0	10,6	3,8
Polonia	18,6	3,3	22,7	3,7
Portogallo	6,1	1,8	11,0	3,2
Repubblica Ceca	5,6	0,9	10,6	1,7
Romania	2,5	0,8	4,5	1,4
Serbia	4,4	0,8	9,9	2,1
Slovacchia	12,6	1,4	22,8	2,5
Slovenia	13,0	2,5	23,5	4,5
Spagna	1,5	0,3	2,7	0,5
Svezia	8,3	3,5	14,7	7,3
Turchia	5,6	1,0	8,1	1,7

Legenda

Min	<1 quartile	>3 quartile	Max
-----	-------------	-------------	-----

Per entrambi i sessi, i valori più alti sono stati registrati in Ungheria (M=20,4; F=4,0), mentre valori oltre il terzo quartile sono stati riscontrati anche in Slovenia, Estonia e in Polonia; valori oltre il terzo quartile sono stati riscontrati anche in Lettonia, Lituania e Slovacchia per gli uomini e in Austria, Irlanda e Svezia per le donne. Al contrario, la prevalenza del consumo dannoso di alcol è stata più bassa in Italia (0,9) per gli uomini e in Spagna (0,3) per le donne (vedi Tabella 1).

Un altro modello di consumo di alcol – l'Intossicazione Acuta da Alcol (IAA) – è una condizione intercorrente, potenzialmente transitoria, causata dal consumo di una quantità significativa di alcol. I sintomi sono tipicamente correlati alla concentrazione di alcol nel sangue e, nei casi gravi, l'IAA può portare a depressione respiratoria e ipotensione arteriosa, con il potenziale rischio di decesso. Vari fattori, come età, genere, peso corporeo e consumo a stomaco vuoto o pieno, influenzano la concentrazione sanguigna di alcol, che dipende anche dalla quantità relativa di acqua totale nel corpo. I neonati, che hanno più acqua corporea, hanno una concentrazione di alcol nel sangue più bassa rispetto a bambini più grandi dopo dosi equivalenti di etanolo. Tuttavia, l'attività immatura dell'alcol deidrogenasi epatica nei bambini sotto i 5 anni limita la capacità di metabolizzare l'alcol, potenzialmente causando un coma a una concentrazione più bassa rispetto agli adulti. L'IAA influisce negativamente su diverse funzioni cognitive, inclusa memoria, pianificazione e controllo motorio complesso, portando a comportamenti imprevedibili e lesioni.

Studi sull'incidenza di intossicazione da alcol nei pazienti traumatizzati ricoverati al pronto soccorso indicano che l'IAA è significativamente responsabile di incidenti stradali, lesioni da pedoni, atti di violenza (compresa la violenza domestica), tentativi di suicidio, lesioni alla testa dovute a cadute e incidenti stradali. Questi eventi sono associati a gravi disabilità post-traumatiche e mortalità.

Per quanto riguarda il monitoraggio dell'IAA, l'indicatore non è standardizzato tra i Paesi europei, e le definizioni variano per quanto riguarda la quantità di alcol consumato e il riferimento al periodo osservazionale. Ad esempio, in Italia, la prevalenza del *binge drinking*, identificato considerando la terza domanda dell'AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test Consumption*, le prime tre domande dell'AUDIT completo), relativa a soggetti che consumano più di 6 Unità Standard di alcol in un'unica occasione nei 12 mesi precedenti l'intervista, è del 1,6% tra gli uomini e dello 0,7% tra le donne di età compresa tra 11 e 25 anni nel 2021.

I dati dal Rapporto ESPAD 2019 (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs- ESPAD*, progetto europeo di ricerca sul consumo di alcol e altre sostanze nelle scuole) indicano la prevalenza di studenti *binge drinker*, definiti come coloro che hanno consumato cinque bicchieri di bevande alcoliche in un'occasione almeno una volta negli ultimi 30 giorni. In Spagna, in particolare, più ragazze che ragazzi riferiscono un episodio di *binge drinking* negli ultimi 30 giorni (19% tra le ragazze contro il 14% tra i ragazzi) (34).

## Disturbo da uso di alcol

I DUA comprendono una serie di disturbi attribuibili all'alcol e, pertanto, rivelano una parte significativa della popolazione che soffre dell'impatto diretto dell'alcol. La WHO calcola periodicamente gli indicatori come una proporzione degli adulti (15 anni e oltre) che soffrono di disturbi attribuibili al consumo di alcol (secondo l'ICD-10: F10.1 Uso dannoso di alcol; F10.2 Dipendenza da alcol) durante un determinato anno solare (35).

La prevalenza dei DUA negli ultimi 12 mesi varia per Regione della WHO, con i valori più alti registrati nella Regione Europea (66,2 milioni di persone di età superiore ai 15 anni, pari all'8,8% della popolazione in tale fascia d'età) e nella Regione delle Americhe (63,3 milioni, pari

all'8,2% della popolazione di età superiore ai 15 anni). Al contrario, la prevalenza dei DUA è più bassa nella Regione del Mediterraneo Orientale (3,4 milioni, pari allo 0,8% della popolazione di età superiore ai 15 anni).

Tra i Paesi europei, la prevalenza negli ultimi 12 mesi era più elevata tra gli uomini rispetto alle donne ovunque. Tra gli uomini, i valori più alti sono stati registrati in Ungheria e oltre il 20% in Estonia, Lettonia, Polonia, Slovacchia e Slovenia; per le donne, i valori più alti sono stati registrati in Svezia, Ungheria e Austria. L'Italia, d'altra parte, ha avuto una delle prevalenze più basse di DUA sia per gli uomini (1,7%) che per le donne (1,0%), insieme a Spagna, Paesi Bassi e Romania (*vedi* Tabella 1).

## CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'ONA-ISS ha analizzato i dati relativi all'anno 2022 dell'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana” condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) come previsto dalle attività del sistema di monitoraggio alcol SISMA previste dal DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) del 3 marzo 2017 (36) e dal Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022 (37) e dall'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute “SISMA GD” (SIStema di Monitoraggio Alcol tra i Giovani e le Donne). L'ONA-ISS si è avvalso delle competenze e delle metodologie riconosciute a livello europeo e internazionale, e ha fornito, anche per l'anno 2022, 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 tavole di dati sul consumo di alcol in Italia prodotte dall'ISTAT (38) relative all'anno 2022, al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione e alla salvaguardia della salute dei cittadini, oltre che alla stesura della relazione al parlamento prevista ai sensi della Legge 125 del 30 marzo 2001 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati” (21).

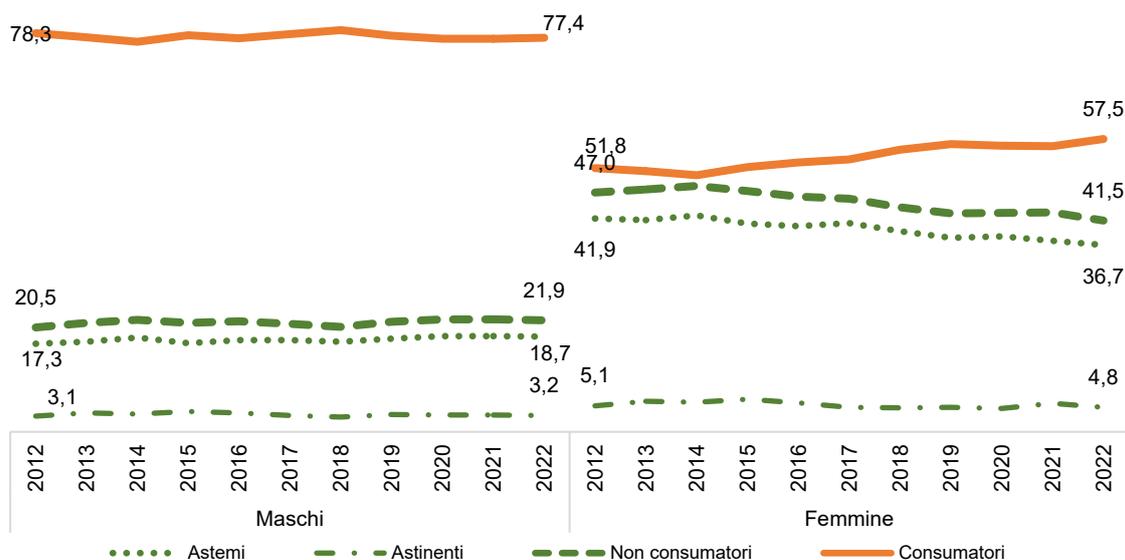
I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”. L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui, tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche.

### Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi

L'indicatore relativo alla prevalenza di astemi nella popolazione è da anni inserito tra gli indicatori del *Global Information System on Alcohol and Health*, GISAH (39); esso è un indicatore fondamentale della WHO per valutare e monitorare la situazione sanitaria e gli andamenti relativi al consumo di alcol, ai danni correlati all'alcol e alle risposte politiche nei diversi Stati. In Italia, attraverso i dati raccolti con l'“Indagine multiscopo delle famiglie-Aspetti della vita quotidiana” dell'ISTAT (<https://www.istat.it/it/archivio/217037>), è possibile stimare ogni anno sia la prevalenza degli astemi, ossia coloro che non hanno mai consumato bevande alcoliche nel corso della loro vita, sia quella degli astinenti, ossia coloro che nel corso degli ultimi dodici mesi non hanno consumato bevande alcoliche, pur avendone consumate prima.

La prevalenza degli astemi è stata pari al 18,7% tra gli uomini e 36,7% tra le donne e non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Analizzando l'andamento dell'indicatore nel corso degli ultimi 10 anni si evidenzia un trend in calo per le donne con una variazione statisticamente significativa del -12,4% rispetto al 2012 (Figura 5). L'analisi per classi di età mostra, per entrambi i generi, un andamento simile con valori più elevati tra i giovani (M=76,3%; F=77,7%), seguiti dagli anziani (M=13,8%; F=42,8%) e dai 18-64enni (M=14,0%; F=29,6%).

Nella popolazione maggiorenne sia adulta che anziana la prevalenza delle donne si conferma più elevata rispetto a quella degli uomini (Figura 6).



**Figura 5. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per sesso (2012-2022)**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

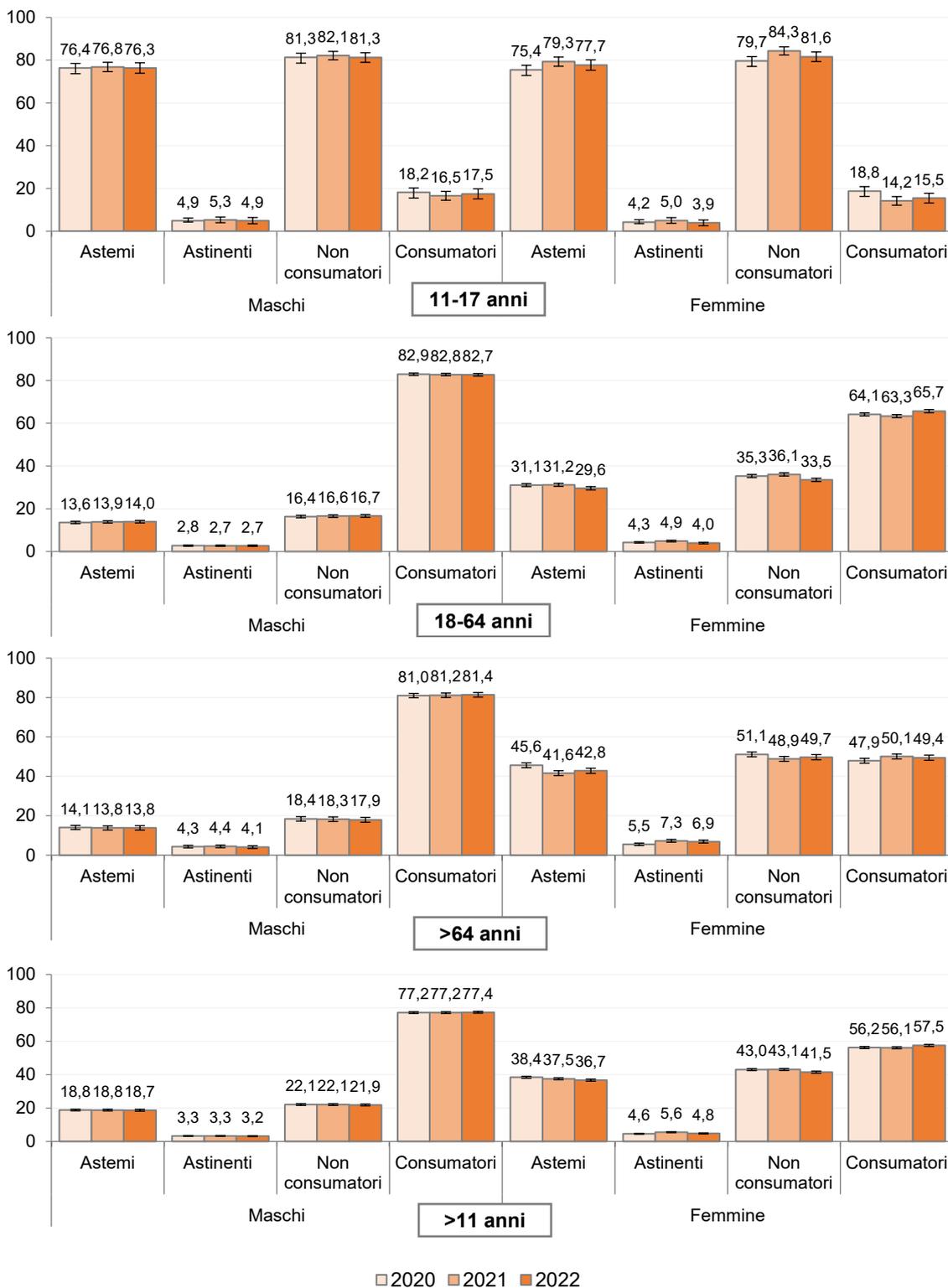
La prevalenza degli astinenti nel 2022 è stata del 3,2% tra gli uomini e del 4,8% tra le donne, per queste ultime si rileva una diminuzione statisticamente significativa del 14,3% rispetto al 2021, tornando ai valori registrati negli anni precedenti, tra il 2016 e il 2020. Negli ultimi 10 anni la prevalenza degli astinenti ha subito diverse oscillazioni: i valori del 2022 sono paragonabili a quelli del 2012, sia per le donne che per gli uomini (vedi Figura 5).

L'analisi per classi di età mostra che nel 2022 la prevalenza è stata più elevata tra le donne nella classe di età adulta e anziana, mentre la differenza fra maschi e femmine registrata in età adolescenziale non risulta statisticamente significativa (Figura 6).

Nel 2022 si stima che le persone che non hanno consumato bevande alcoliche (astemi + astinenti) sono state il 21,9% degli uomini e il 41,5% delle donne (vedi Figura 5), pari a circa 17 milioni di persone. La prevalenza delle donne non consumatrici è diminuita del -3,7% rispetto al 2021; negli ultimi 10 anni, si osserva un trend in continua diminuzione, con una variazione statisticamente significativa del -11,7% rispetto al 2012.

Infine, nel corso del 2022, i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 67,1% degli italiani sopra gli 11 anni, ovvero circa 36 milioni di persone. La prevalenza maggiore si registra, come sempre, tra gli uomini, di cui è consumatore il 77,4% rispetto al 57,5% delle donne. Rispetto agli anni precedenti, le prevalenze sono rimaste pressoché invariate per i maschi, mentre per le femmine si registra il valore più alto rispetto agli ultimi 10 anni, e un aumento statisticamente significativo, seppur lieve (+2,5%) rispetto al 2021 e dell'11,0% rispetto al 2012 (vedi Figura 5) (22).

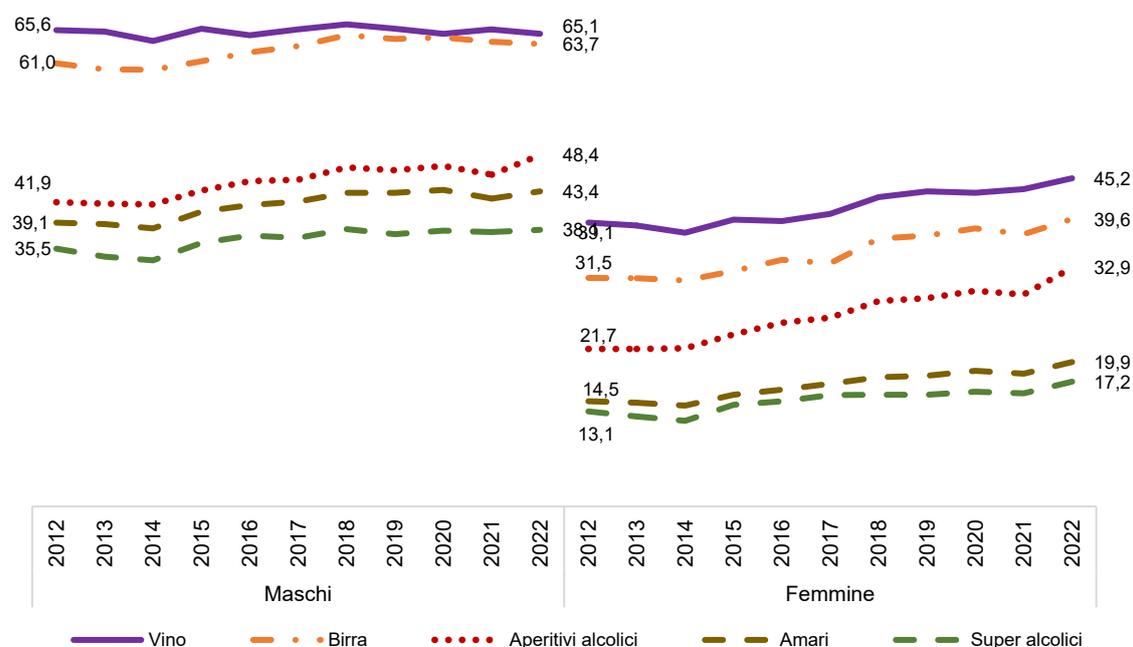
Per ogni classe di età, i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati più elevati tra gli uomini rispetto alle donne; per entrambi i generi le percentuali di consumatori più elevate sono nella classe di età 18-64 anni, mentre i valori più bassi si rilevano per i minorenni. Per questi ultimi la differenza fra maschi e femmine è la più ridotta rispetto alle altre classi di età, ovvero i consumatori fra i ragazzi di 11-17 anni sono il 17,5% mentre fra le ragazze il 15,5% (Figura 6).



**Figura 6. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per sesso e classe d'età (2020-2022)**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

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

Nel 2022 il 65,1% degli uomini e il 45,2% delle donne ha consumato vino (Figura 7), che corrispondono a quasi 29 milioni e mezzo di persone, e per la classe di età 18-64 anni si registra un aumento statisticamente significativo del 1,9% rispetto al 2021.

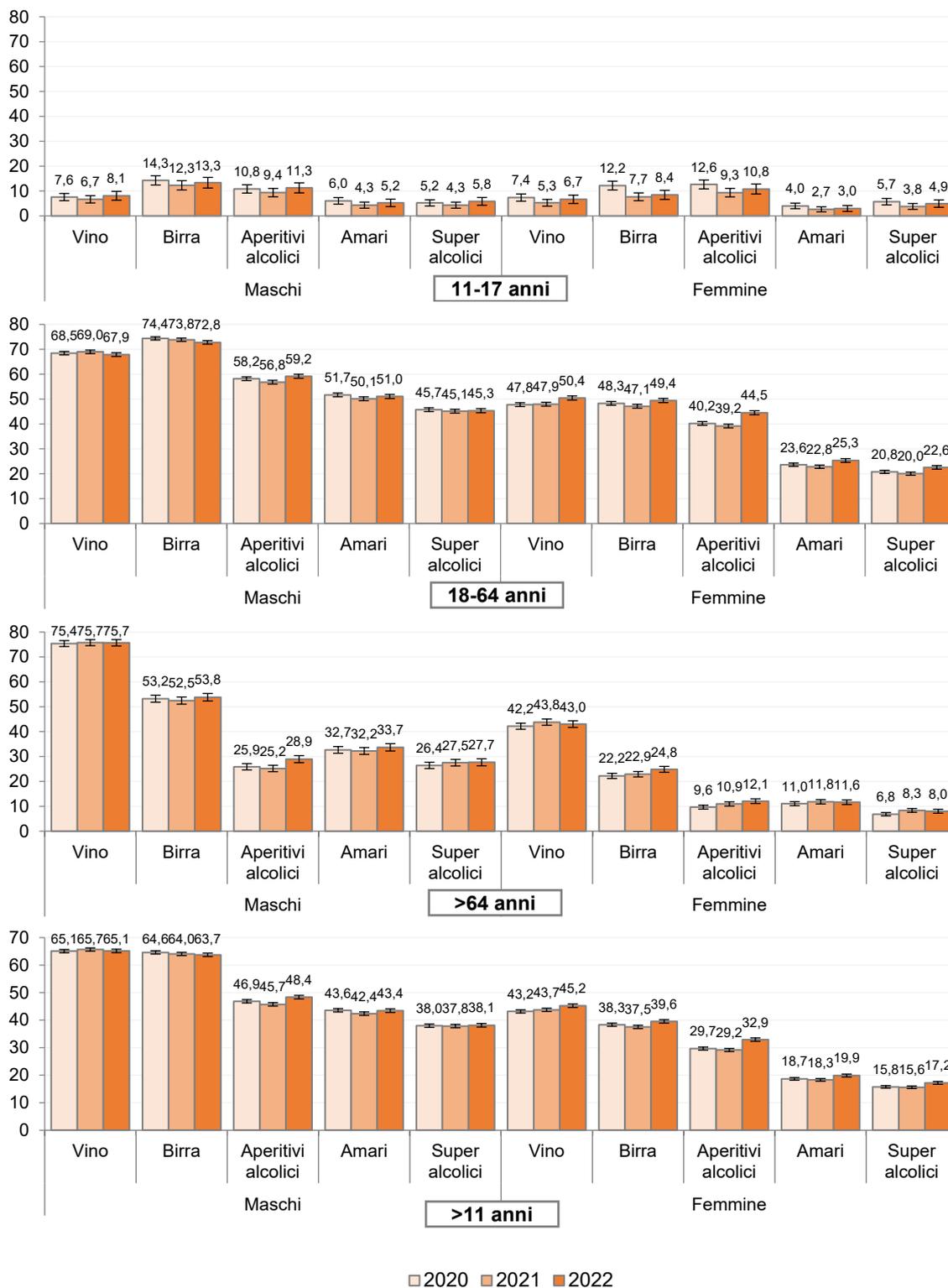


**Figura 7. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso (2012-2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La prevalenza dei consumatori di vino fra i maschi è superiore a quella delle consumatrici in tutte le classi di età (Figura 8).

Ventisette milioni e quattrocentotrenta mila persone di età superiore a undici anni hanno riferito di aver consumato birra nel corso del 2022, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile molto superiore a quella femminile (63,7% e 39,6% rispettivamente), come nella precedente rilevazione. Rispetto al 2021 le femmine consumatrici di birra sono aumentate del 5,6%, confermando un trend in crescita negli ultimi 10 anni che vede un aumento nelle consumatrici di birra del 25,7% rispetto ai valori del 2012 (vedi Figure 7 e 8).

Gli aperitivi alcolici sono stati consumati, nel 2022, da oltre 21 milioni e seicentomila persone di età superiore a 11 anni e la prevalenza tra gli uomini (48,4%) è superiore a quella tra le donne (32,9%). Sono in aumento significativo rispetto al 2021 i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M: +5,9%; F: +12,7%) (vedi Figura 7). Questi dati confermano il trend in crescita negli ultimi 10 anni che vede un aumento significativo nel consumo di aperitivi alcolici rispetto al 2012 sia fra i maschi (+15,5%) che fra le femmine (+51,6%).



**Figura 8. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso e classe d'età (2020-2022)**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Gli amari sono stati consumati, nel 2022, da oltre 16 milioni e settecentomila persone di età superiore a 11 anni, e anche in questo caso la prevalenza tra gli uomini risulta essere oltre il doppio di quella delle donne (M: 43,4%; F: 19,9%) (vedi Figura 8). Anche per questa bevanda sono in aumento statisticamente significativo le consumatrici, dell'8,7% rispetto al 2021 e del 37,2% rispetto al 2012 (vedi Figura 7).

I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2022 da più di 14 milioni e seicentomila persone di età superiore a 11 anni, pari al 38,1% degli uomini e al 17,2% delle donne, e, anche in questo caso, si rileva una variazione statisticamente significativa per le femmine, del +10,3% rispetto al 2021 e del +31,3% rispetto al 2012 (vedi Figura 7).

## Comportamenti a rischio

Il consumo di alcol può causare morte prematura e oltre 200 malattie tra cui sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e diverse malattie infettive e nella Regione europea della WHO si registrano i consumi più elevati (40) sebbene sia un fattore di rischio totalmente prevenibile (3).

La WHO identifica almeno 40 malattie e condizioni totalmente alcol-attribuibili che sono descritte nel manuale ICD-10 (5); tuttavia sono oltre 200 le patologie definite parzialmente alcol-attribuibili, ossia quelle patologie per le quali è stata dimostrata la relazione tra il consumo di alcol e insorgenza della patologia (41, 42). Fra le conseguenze del consumo di alcol vi sono sia le malattie croniche non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*, NCD) inclusi molti tipi di cancro, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica, diverse disfunzioni metaboliche, sia episodi di violenza auto ed etero diretta (tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali) (3, 8, 40, 43).

L'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (*International Agency for Research on Cancer*, IARC) ha classificato l'alcol come cancerogeno del Gruppo 1, indicando che esistono prove convincenti che dimostrano che può causare il cancro negli esseri umani, essendo un importante fattore di rischio per molteplici tumori tra cui quello orale, della faringe, della laringe, dell'esofago, del fegato, del pancreas, del colon-retto e della mammella (44-47).

L'impatto del consumo di alcol sulle famiglie può inoltre essere devastante con effetti che si ripercuotono per generazioni. L'alcol può infatti essere una delle cause della rottura delle relazioni sociali e affettive, di problemi economici, di perdita del lavoro (18, 48), della compromissione della salute e della perdita di felicità dell'intero nucleo familiare (49). Col tempo, i membri della famiglia possono sviluppare sintomi di co-dipendenza, e i bambini hanno un elevato rischio di avere problemi emotivi, oltre a una probabilità quattro volte maggiore rispetto ad altri bambini di avere a loro volta problemi con l'alcol nella propria vita. È infine dimostrato che la maggior parte dei figli di alcolodipendenti ha subito qualche forma di abbandono o abuso in casa nel corso della vita (49). I danni causati dall'alcol inizia presto nel corso della vita a causa dell'esposizione prenatale all'alcol. Il consumo di alcol durante la gravidanza è associato a numerosi esiti gestazionali, tra cui nati morti, aborti spontanei, parto pretermine, ritardo della crescita intrauterina e basso peso alla nascita (50), e una serie di condizioni permanenti note come disturbi dello spettro alcolico fetale (*Foetal Alcohol Spectrum Disorders*, FASD) (51-53). Uno dei potenziali esiti più invalidanti del consumo di alcol durante la gravidanza è il rischio di sviluppare la sindrome alcolica fetale (*Foetal Alcohol Syndrome*, FAS), di cui la FASD è la forma più grave e visibilmente identificabile, che causa danni cerebrali permanenti, anomalie congenite e deficit cognitivi comportamentali, emotivi e psicologici. Il funzionamento adattivo per il quale è estremamente importante la prevenzione, il tema centrale del recente impegno dell'ONA-ISS delle attività del progetto europeo FAR SEAS (*Foetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS*) (54, 55).

Molti Paesi europei, al fine di promuovere la salute pubblica nella popolazione attraverso strategie sanitarie e alimentari, hanno sviluppato nel corso degli anni delle linee guida o raccomandazioni per un consumo a basso rischio standardizzate dagli Stati membri, che sono state pubblicate nel rapporto “Good practice principles for low risk drinking guidelines” nell’ambito delle attività della *Joint Action* della Commissione Europea RARHA (*Joint Action on Reducing Alcohol Related HArm*) (56-58).

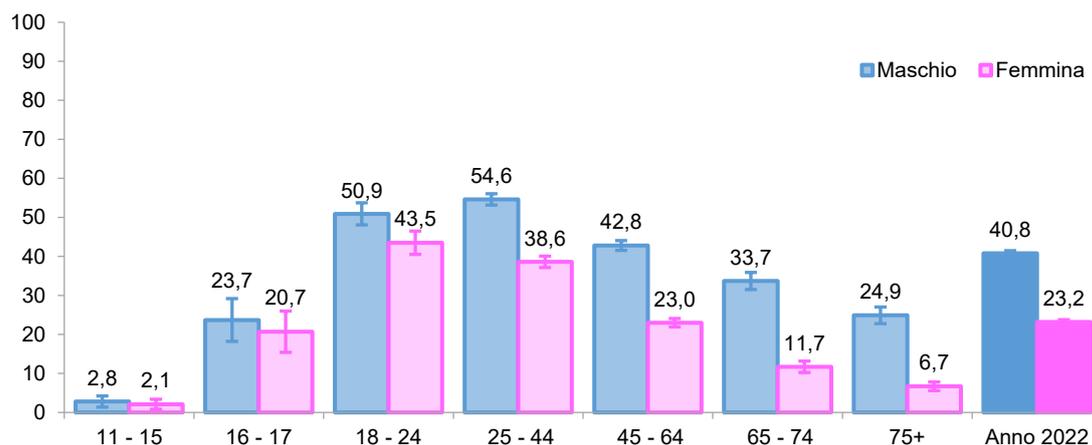
Il monitoraggio di tutti i comportamenti legati al consumo di alcol è uno strumento fondamentale per la messa a punto e l’implementazione delle strategie politiche e sanitarie necessarie per garantire la promozione della salute pubblica. I consumi di alcol nella popolazione vengono monitorati da organizzazioni internazionali quali Eurostat, WHO, OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development*, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) tenendo conto delle modalità di consumo delle bevande alcoliche del volume complessivo consumato, della frequenza e della quantità di alcol ingerito oltre ai consumi episodici eccessivi di alcol. In Italia, il monitoraggio formale dei consumi di alcol è stato affidato dal Ministero della Salute all’ISS che, in ottemperanza al DPCM del 3 marzo 2017 sulle sorveglianze (36), ha sviluppato e provvede ad aggiornare annualmente i dati del SISMA. 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 (59); il dossier è stato curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l’Economia Agraria (CREA), ribadendo che non esistono livelli sicuri di consumo di alcolici e che non bere è la scelta migliore per la prevenzione del cancro, escludendo qualità “benefiche” del vino o della birra per via dei suoi componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrol, xantumolo) presenti in quantità assolutamente inefficaci a determinare un qualunque effetto, se non a fronte di ingestione letale di litri di bevanda alcolica incompatibili con lo stato in vita. Oltre al consumo abituale eccedentario in Italia vengono costantemente monitorati anche tutti quei comportamenti considerati occasionali, che hanno comunque un impatto immediato sulla salute, come il consumo lontano dai pasti o il *binge drinking* – assunzione, in un’unica occasione di consumo, di elevate quantità di alcol (23).

Il monitoraggio delle abitudini di consumo a rischio in Italia viene effettuato attraverso l’analisi dell’indagine campionaria che viene condotta annualmente dall’ISTAT sulle famiglie denominata “Indagine multiscope sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”. L’indagine raccoglie informazioni sulle abitudini delle famiglie italiane e tra le varie sezioni indagate è presente un modulo specifico sui consumi di alcol. Tale attività è stabilita dal DPCM del 3 marzo 2017 e dal Piano di attuazione per l’anno 2020 del Programma Statistico Nazionale (PSN) 2023-2025 ad integrazione delle elaborazioni annuali fornite nelle tavole di dati “Il consumo di alcol in Italia” dell’ISTAT (36-38).

## Consumatori fuori pasto

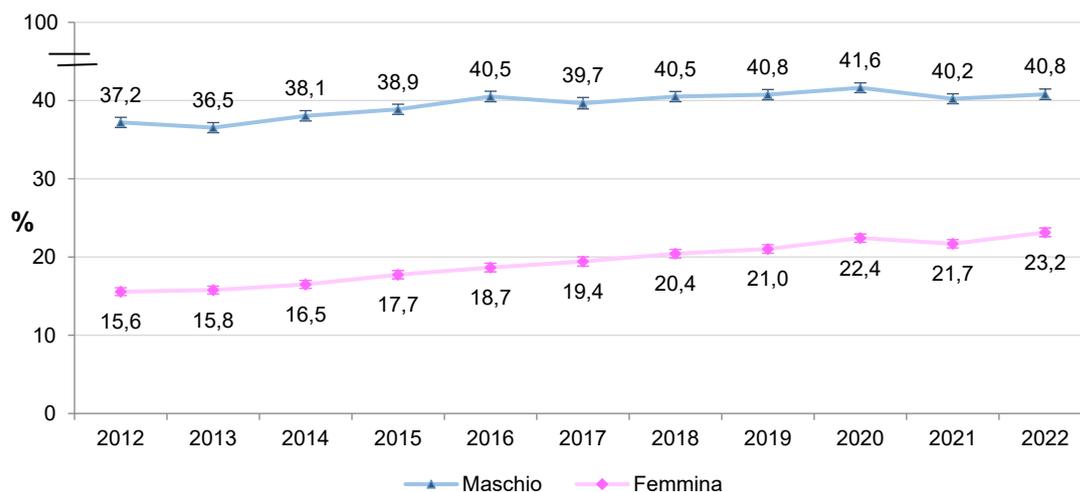
Sebbene il consumo di un bicchiere di bevande alcoliche ai pasti, in particolare del vino, sia in Italia considerato parte integrante dell’alimentazione e della vita sociale, da molti anni si è assistito a un cambiamento delle abitudini di consumo alcolico che ha portato alla diffusione di comportamenti a rischio come il bere a stomaco vuoto. Uno studio condotto in Italia e in Svizzera ha mostrato che a qualsiasi livello di consumo, i soggetti che bevono anche fuori pasto hanno un rischio più elevato di sviluppare un cancro del tratto aero-digestivo superiore rispetto a chi beve solo durante i pasti (60).

I consumatori di vino o alcolici fuori pasto in Italia sono stati nel 2022 il 40,8% degli uomini e il 23,2% delle donne, pari a quasi diciassette milioni di persone di età superiore a 11 anni di cui 10 milioni e 600 uomini e 6 milioni e 400 mila donne. L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni (M=2,8%; F=2,1%) fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 25-44 anni, con oltre la metà degli uomini che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti (M=54,6%) e tra le donne nella fascia di età 18-24 anni con il 43,5%; oltre tali età per entrambi i sessi le percentuali diminuiscono nuovamente arrivando tra gli ultra 75enni a 24,9 degli anziani e al 6,7% delle anziane. Tra i giovani e giovanissimi non si osservano differenze di genere statisticamente significative mentre la prevalenza dei consumatori è maggiore di quella delle consumatrici per gli individui maggiorenni (Figura 9).



**Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per sesso e classe d'età (2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento dell'indicatore relativo ai consumatori di vino o alcolici fuori pasto mostra che nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza è aumentata sia per le donne che per gli uomini (Figura 10).



**Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per sesso (2012-2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

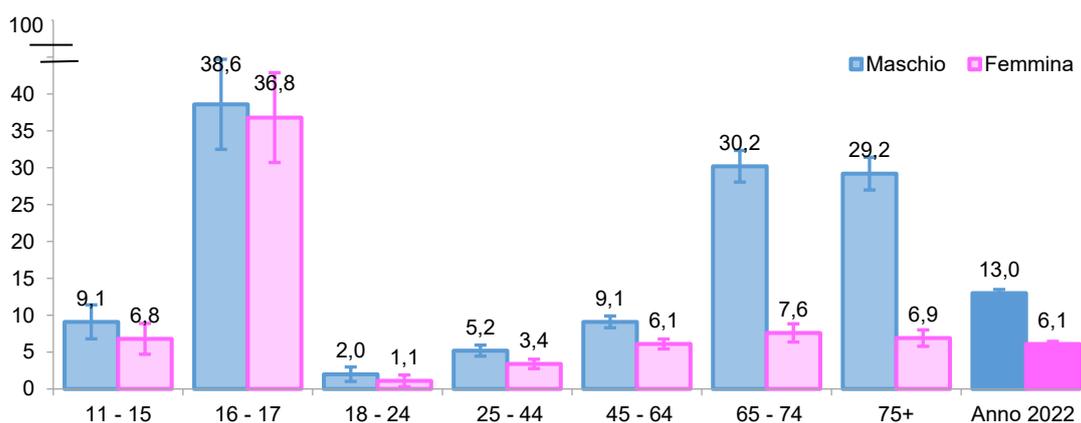
Per gli uomini non si registra complessivamente una variazione significativa rispetto al 2021 (vedi Figura 10) sebbene l'analisi per classi di età evidenzia che la prevalenza è aumentata nella fascia di popolazione 16-17 anni passando da 15,5% a 23,7%; per le donne nel 2022 si conferma il trend in crescita con un incremento del 6,7% rispetto alla precedente rilevazione (vedi Figura 10) da attribuire in particolare all'incremento rilevato nella fascia di popolazione adulta (25-64 anni) e come per i coetanei nella fascia di età 16-17 anni (dati non mostrati).

## Consumatori abituali eccedentari

Il “consumo abituale eccedentario” è una modalità di consumo di bevande alcoliche che eccede, sia in termini di frequenze che in termini di quantità, i limiti di consumo stabiliti oltre i quali si può incorrere in rischi per la salute in relazione al genere e all'età della persona. I limiti stabiliti per questa modalità di consumo sono descritti nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione, curato dal CREA (59), e da ormai molti anni sono stati acquisiti dal Ministero della Salute, dall'ISTAT e dall'ISS per monitorare le abitudini di consumo della popolazione (20, 22, 61).

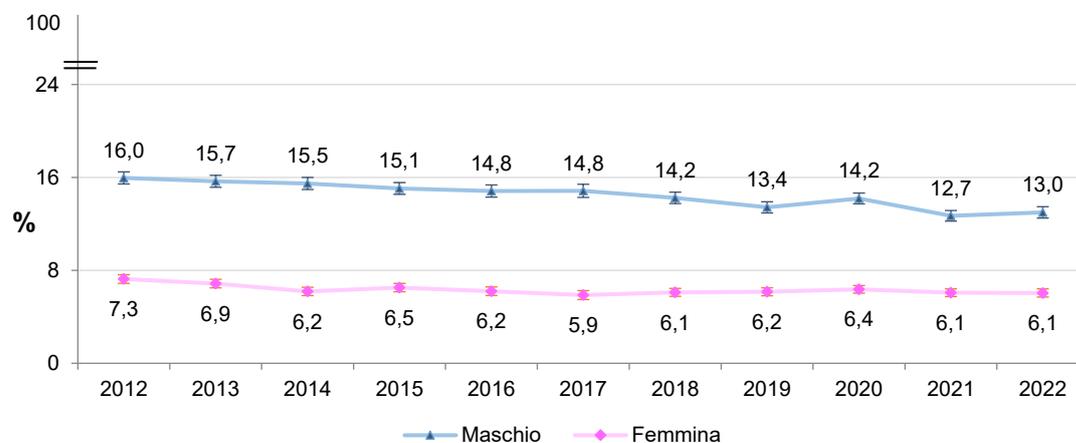
Le raccomandazioni riportate nei sistemi di monitoraggio istituzionali per non eccedere il consumo stabiliscono che, al di sotto dei 18 anni, qualunque consumo deve essere evitato; per le donne adulte e gli anziani (ultra 65enni) il consumo giornaliero non deve superare una UA mentre per gli uomini adulti il consumo giornaliero non deve superare le due UA al giorno, indipendentemente dal tipo di bevanda consumata (59). Le linee guida nutrizionali stabiliscono inoltre che i ragazzi minorenni devono astenersi dal consumare, anche occasionalmente, qualsiasi tipo di bevanda alcolica poiché il loro sistema enzimatico è ancora in grado di metabolizzare l'alcol. Sulla base delle queste evidenze scientifiche quindi, in questa fascia di popolazione, è vietata la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica.

Nel 2022 il 13,0% degli uomini e il 6,1% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 5.000.000 persone di cui 3.400.000 uomini 1.600.000 donne. Tra gli adolescenti di 16-17 anni si osserva la percentuale più elevata di consumatori abituali eccedentari (M=38,6%; F=36,8%) seguita dagli anziani ultra 65enni. La percentuale più bassa si registra invece nella fascia di età 18-24 anni (M=2,0%; F=1,1%). Si conferma anche per l'anno 2022 una differenza di genere significativa nella popolazione adulta (superiore a 25 anni) (Figura 11).



**Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per sesso e classe d'età (2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento dei consumatori abituali eccedentari per sesso in soggetti di età superiore a 11 anni, ha mostrato che la prevalenza dei consumatori eccedentari è diminuita rispetto al 2012 del 18,6% tra gli uomini e del 16,5% tra le donne, ma rispetto alla precedente rilevazione l'indicatore è rimasto pressoché costante (Figura 12).

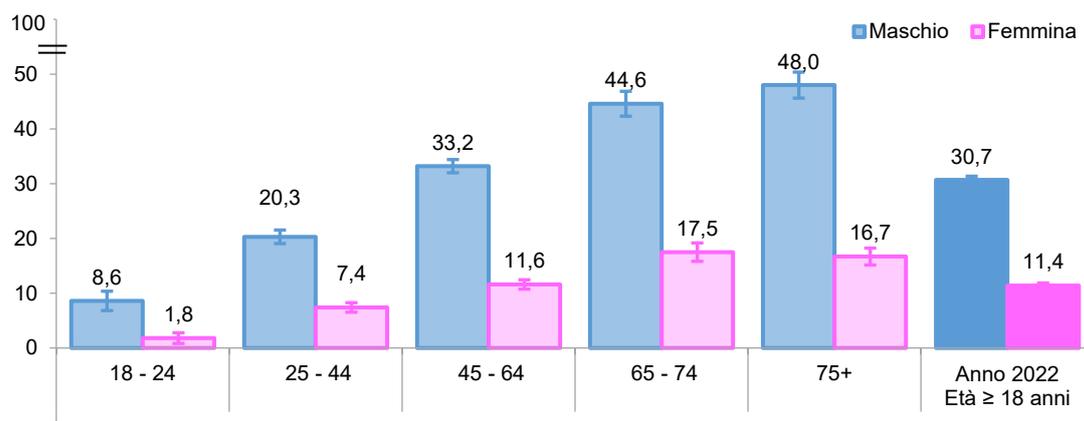


**Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per sesso e classe d'età (2012-2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## 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 (62).

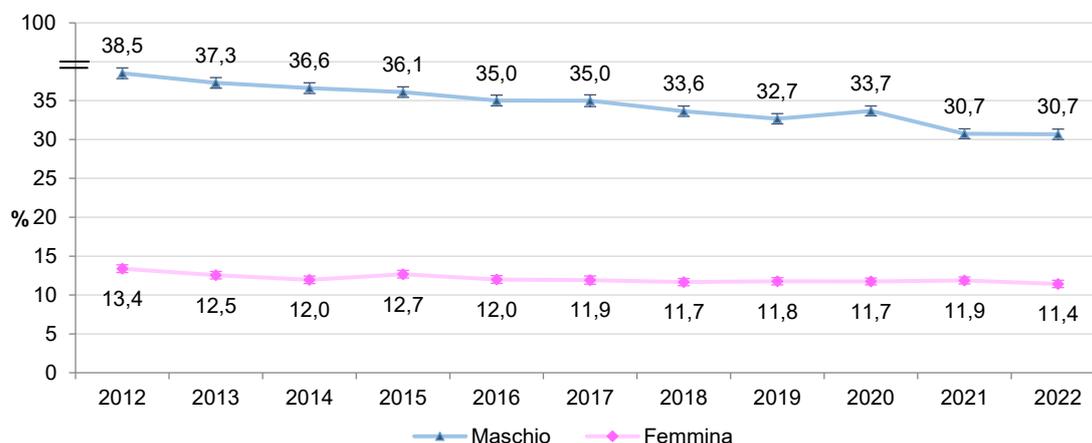
La prevalenza dei consumatori di età superiore a 18 anni che hanno bevuto almeno una bevanda alcolica al giorno, indipendentemente dal tipo, è stata nel 2022 pari al 30,7% per gli uomini, 11,4% per le donne, per un totale di circa 10 milioni e duecentomila individui (M=7.300.000, F=2.900.000) che hanno consumato giornalmente almeno una bevanda alcolica (Figura 13).



**Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per sesso e classe d'età (2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per classi di età mostra che per entrambe i generi la prevalenza è minima nella classe più giovane (M=8,6%; F=1,8%), aumenta con l'età con i valori più elevati negli anziani dove quasi 1 uomo su 2 e 1 donna su 6 adottano questa tipologia di consumo; la prevalenza di consumatori giornalieri di sesso maschile è superiore a quella delle coetanee per ogni classe di età.

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori giornalieri è diminuita del 20,4% per gli uomini e del 14,7% per le donne. Nel corso dell'ultimo anno tuttavia, l'indicatore è rimasto pressoché invariato per entrambi i generi (Figura 14).



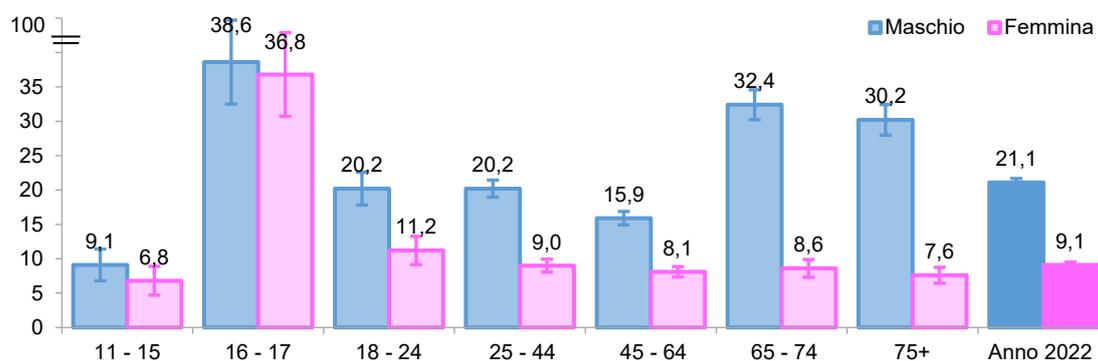
**Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per sesso (2012-2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumatori a rischio (criterio ISS)

Molti studi hanno ormai dimostrato che i rischi aumentano all'aumentare della quantità di alcol ingerita e che non esiste un livello di alcol sicuro per la salute (63); anche piccole quantità di alcol infatti aumentano la possibilità di sviluppo di tumori (8, 9, 40, 44-47), danni cerebrali (64) e numerose altre patologie (40). Anche altri fattori incidono sui rischi alcol-correlati, come la quantità di alcol assunta nel corso della vita, la frequenza del consumo, le quantità ingerite per singola occasione, il contesto (se si beve a stomaco vuoto o assunto insieme farmaci o a altre sostanze), oltre che la suscettibilità individuale (es. al sesso o all'età).

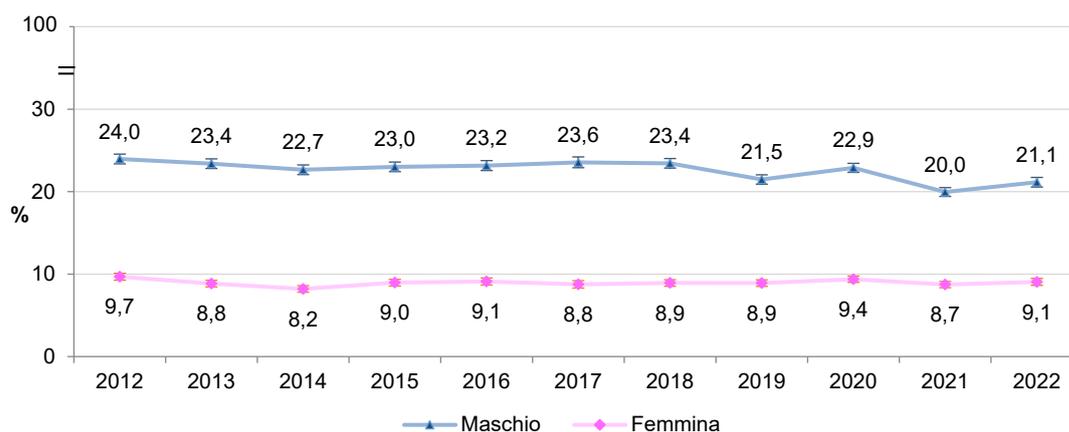
In Italia l'indicatore relativo all'identificazione dei consumatori a rischio è stato costruito mediante lo sviluppo di un indicatore di sintesi, sviluppato tenendo conto delle indicazioni della WHO, della Società Italiana di Alcolologia (SIA), e dei nuovi Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN), e dell'ONA-ISS. L'indicatore esprime adeguatamente la combinazione dei due principali comportamenti a rischio: il consumo abituale eccedentario e quello occasionale noto come *binge drinking* (56-58). L'indicatore è stato validato da esperti statistici, epidemiologi e clinici che hanno condiviso l'appropriatezza e congruenza del nuovo indicatore utilizzandolo a livello formale nei sistemi di monitoraggio nazionale (23, 36, 38, 60). Secondo il criterio ISS sono da considerarsi consumatori a rischio tutti i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo una bevanda alcolica, i maggiorenni di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA standard al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni), le donne che ne hanno consumata più di una, e tutte le persone, indipendentemente dal sesso e l'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi, è stata nel 2022 del 21,2% per uomini e dell'9,1% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 8 milioni di individui (M=5.500.000, F=2.500.000) che nel 2022 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica. L'analisi per classi di età mostra che per gli uomini la fascia di popolazione più a rischio è quella dei 16-17enni per entrambi i generi (M=38,6%; F=36,8%) seguita dagli anziani ultra 65enni per i maschi (65-74 anni=32,4; 75+ anni= 30,2%) e le giovani 18-24enni per le femmine (11,2%); la prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per la popolazione maggiorenne (Figura 15). I target di popolazione più vulnerabili verso i quali la WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica sono quindi quantificati in circa 650.000 minorenni e 2.550.000 ultra sessantacinquenni, individui da considerare a rischio verosimilmente a causa di una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol può causare alla loro salute.



**Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso e classe d'età (2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend mostra che nel corso degli ultimi 10 anni la prevalenza dei consumatori a rischio è diminuita dell'11,7% per gli uomini, del 6,5% per le donne tuttavia, a fronte del decremento rilevato tra il 2020 e il 2021, nel corso dell'ultimo anno il valore è nuovamente aumentato per gli uomini (+6,0%) tornando quindi ai valori precedenti la pandemia (Figura 16).



**Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso (2012-2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Analizzando l'ultimo anno, gli incrementi risultano statisticamente significativi per gli uomini nelle classi di età 25-44 e 45-64 (quest'ultimo rilevato anche per la prevalenza dei consumatori *binge drinking*).

## Consumatori *binge drinking*

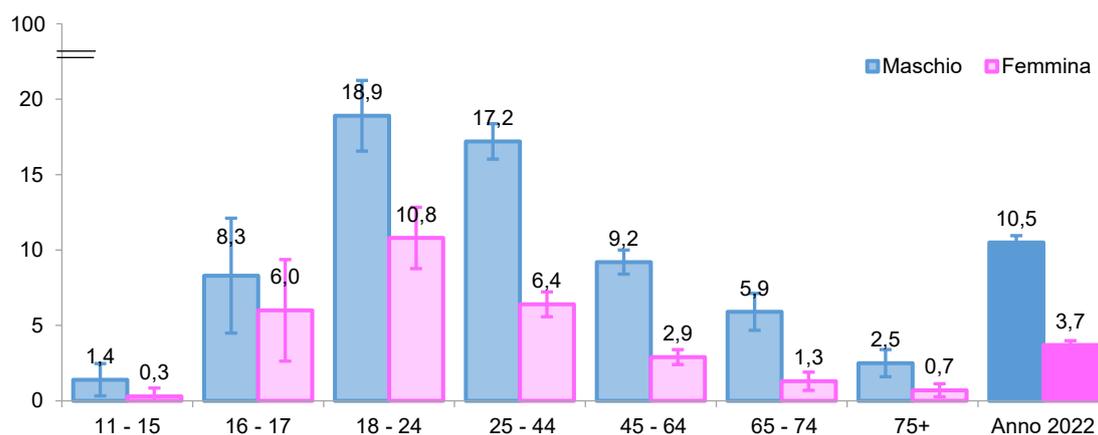
L'intossicazione acuta da alcol è una condizione intercorrente, potenzialmente transitoria, causata dal consumo di una notevole quantità di alcol che influisce negativamente su una serie di funzioni cognitive, tra cui la memoria, la pianificazione e il controllo motorio complesso e questa perdita può 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 la violenza domestica, tentativi di suicidio, lesioni alla testa dovute a cadute e incidenti e questi eventi sono associati a grave disabilità post-traumatica e mortalità (65).

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, 59, 61, 66), e la sua definizione prende in considerazione la terza domanda dell'AUDIT-C (67, 68). Il dato viene annualmente rilevato dall'ISTAT tramite l'"Indagine multiscopo sulle famiglie" dell'ISTAT. Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nel Nord Europa (69), 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 (70).

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)* (71-72) 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 (73).

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 2022 è stata pari al 10,5% tra gli uomini e 3,7% tra le donne di età superiore a 11 anni pari a 3 milioni e 700 mila *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere (M=2.700.000; F=1.000.000) e della classe di età (Figura 17).



**Figura 17. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per sesso e classe d'età (2022)**  
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=18,9%; F=10,8%) per poi diminuire nuovamente con l'avanzare dell'età, raggiungendo tra gli ultra 75enni il valore di 2,5% tra gli uomini e 0,7% tra le donne. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età a eccezione dei giovani di età inferiore a 18 anni, età peraltro dove il consumo dovrebbe essere pari a zero, come richiesto anche dalla normativa sul divieto di vendita e somministrazione di alcolici ai minorenni.

L'analisi del trend dei consumatori *binge drinker* di età superiore a 11 anni mostra che tra il 2012 e il 2014 la prevalenza dei consumatori *binge drinking* è diminuita per entrambi i generi, mentre è aumentata in tra il 2014 e il 2020. Nel corso dell'ultimo anno, per il genere maschile, a fronte della diminuzione registrata tra il 2020 e il 2021, si osserva un nuovo aumento del 10,3% che riporta il dato ai valori precedenti la pandemia; l'analisi per classi di età relativa all'ultimo anno mostra che l'incremento complessivo risulta statisticamente significativo nella classe di età 25-44 anni (dati non mostrati). Per il genere femminile invece non si osservano variazioni statisticamente significative (Figura 18).



**Figura 18. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per sesso (2012-2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

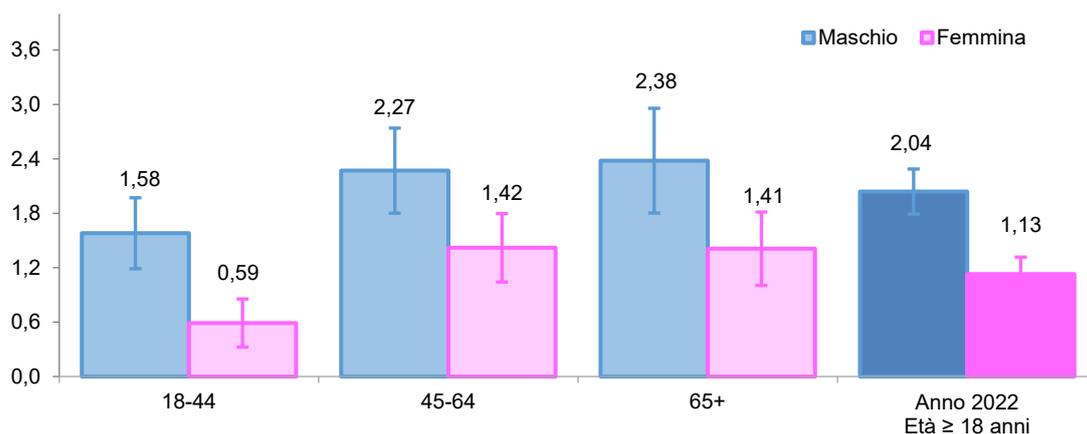
## Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol

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 donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 g di alcol per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA) (23,59).

La definizione di DUA riportata nel manuale DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5<sup>th</sup> edition*) (74) 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 (59, 75). Il rischio che una persona sviluppi un disturbo da uso di alcol può essere identificato sia utilizzando uno strumento di screening appositamente progettato a tale scopo, che misurando il consumo stesso.

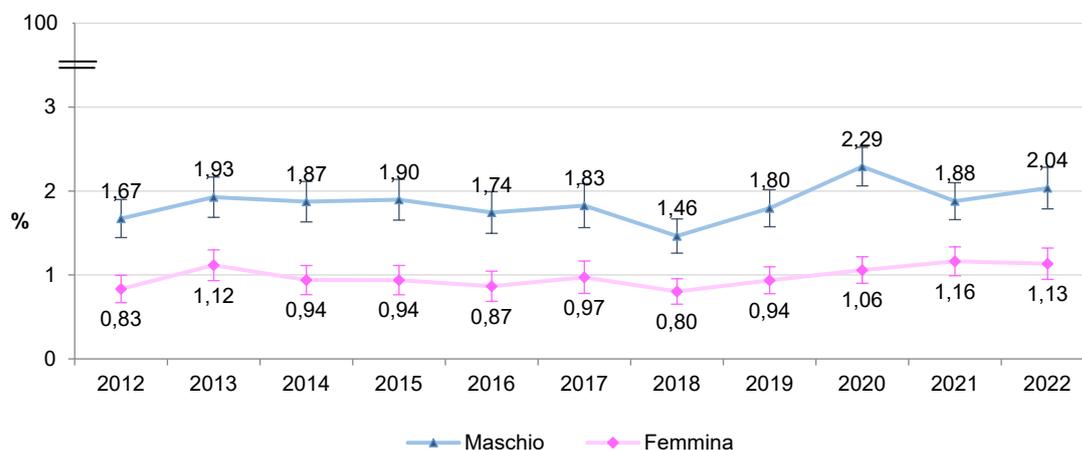
Esistono numerosi test per valutare se un soggetto è affetto da DUA: quello attualmente più utilizzato è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT (76). A livello nazionale non esistono studi ad hoc che utilizzano questo strumento per rilevare e monitorare la prevalenza di DUA nella popolazione; è stato tuttavia sviluppato un indicatore in grado di stimarne la prevalenza attraverso la rielaborazione delle quantità di alcol rilevate attraverso l'indagine multiscopo sulle famiglie condotta annualmente dall'ISTAT.

Nel 2022 in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi di alcol nella popolazione adulta maggiorenne è stata del 2,04% tra gli uomini e dell'1,13% tra le donne, pari a circa 770.000 persone maggiorenti (M=480.000; F=290.000). L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza è più bassa per entrambi i generi nelle classi di età più giovani (18-44 anni); per tutte le classi di età considerate, il valore rilevato per i maschi è superiore a quello rilevato per le femmine (Figura 19). I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti da considerarsi "in need for treatment" ai sensi del DSM-5 (74) e assimilati clinicamente all'alcol dipendente e quindi da prendere in carico presso i servizi territoriali, insieme ai 62.886 alcol dipendenti in carico ai servizi (ultimo dato disponibile a cura del Ministero della Salute per il 2022), in ulteriore diminuzione per mancata intercettazione da parte delle strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), rispetto ai 63.490 alcol dipendenti in carico nel 2021, che rappresentano, quindi, solo l'8,2% dei pazienti attesi.



**Figura 19. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per sesso e classe d'età (2022)**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Per gli uomini tra il 2012 e il 2017 l'indicatore è rimasto pressoché costante, successivamente ha ripreso ad aumentare arrivando nel 2020 al valore massimo registrato negli ultimi dieci anni di 2,19%; è poi diminuito nel 2021 ma nel 2022 si osserva un nuovo incremento che riporta il dato ai valori pre-pandemici; tra le donne la prevalenza delle consumatrici dannose ha subito delle oscillazioni tra il 2012 e il 2018, successivamente la prevalenza è aumentata arrivando nel 2021 a 1,18%, ed è rimasta pressoché stabile nel 2022 (1,13%) (Figura 20).



**Figura 20. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per sesso (2012-2022)**  
 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 in materia di alcol e di problemi alcol-correlati 125/2001 (21). L'attività di monitoraggio è da anni inserita nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel PSN per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione (21, 77-78). Al fine di agevolare le Regioni e le Provincie Autonome nella predisposizione dei Piani Regionali e nella programmazione regionale delle attività di prevenzione (79), il Ministero della Salute ha incaricato l'ONA-ISS di sviluppare un sistema utilizzando un sistema standardizzato di monitoraggio standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) e di pubblicare ogni anno l'aggiornamento dei principali indicatori del sistema di monitoraggio alcol-correlato SISMA.

Il sistema SISMA online è stato ristrutturato e reso disponibile ([www.epicentro.iss.it/alcol](http://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 macro area (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index>).

In Italia il 77,4% degli uomini e il 57,5% delle donne di età superiore a 11 anni, pari a circa 36 milioni di abitanti, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2022 e, mentre per gli uomini non si sono registrate variazioni significative rispetto al 2021, per le donne la prevalenza è aumentata del 2,5%. A livello nazionale, per il sesso femminile è aumentata rispetto alla precedente rilevazione la prevalenza delle consumatrici di vino (+3,4%), di birra (+5,4%), di aperitivi alcolici (+13,0%), di amari (+8,6%) e di superalcolici (+10,1%), mentre per il sesso maschile è aumentata rispetto al 2021 solo la prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici (+5,7%). Si registrano variazioni significative nelle abitudini di consumo dei maschi, per i quali sono aumentati del 10,3% i consumatori *binge drinker* e del 6,0% i consumatori a rischio secondo il criterio ISS. Per le donne non ci sono state invece variazioni significative nei comportamenti a rischio ad eccezione del consumo fuori pasto che è aumentato rispetto al 2021 del 6,7%.

### Italia nord-occidentale

Nel 2022 i consumatori di bevande alcoliche in Italia nord-occidentale sono stati il 77,3% degli uomini e il 60,5% delle donne, senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Le donne mantengono un valore al di sopra della media nazionale, al contrario degli uomini che hanno quest'anno un valore in linea con la media. La prevalenza dei consumatori delle singole bevande vede in aumento rispetto al 2021 le consumatrici di birra (+9,4%), che restano comunque in linea con la media nazionale, e le consumatrici di aperitivi alcolici (+13,1%), queste invece sopra la media nazionale così come sono sopra la media i maschi consumatori di aperitivi alcolici (50,1%). Sono al di sotto della media i consumatori di amari (41,7%) mentre restano invariati e in linea con la media nazionale le consumatrici di amari (19,8%), i consumatori di superalcolici di entrambi i sessi (M=39,7%; F=18,4%) e i consumatori maschi di vino (66,0%) e di birra (63,0%). Le prevalenze delle abitudini di consumo in Italia nord-occidentale nel 2022 sono invariate rispetto al 2021 e tutte sopra la media nazionale, a eccezione dei consumatori abituali

eccedentari maschi che sono invece in linea con la media nazionale (13,7%), mentre le consumatrici abituali eccedentarie sono sopra la media (7,1%). I consumatori fuori pasto sono il 43,5% dei maschi e il 26% delle femmine, i *binge drinker* sono l'11,6% dei maschi e il 4,5% delle femmine, e i consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono il 22,6% dei maschi e il 10,6% delle femmine (Tabella 2 e 3).

## Piemonte

Nel 2022 in Piemonte il 77,4% degli uomini e il 61,4% delle donne hanno consumato almeno una bevanda alcolica, senza variazioni significative rispetto al 2021. Le donne sono al di sopra della media nazionale, così come le consumatrici di vino (49,6%). Per entrambi i sessi, i consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici sono in linea con la media nazionale, ma sono aumentati significativamente rispetto al 2021 i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M +9,6%; F +15,2%) e le donne consumatrici di birra (+13,7%). Il 23,8% degli uomini e il 11,7% delle donne 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 quanto riguarda gli altri comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale anche le prevalenze dei *binge drinker* di entrambi i sessi (M=12,7%; F=5,7%), mentre i consumatori abituali eccedentari e i consumatori fuori pasto sono in linea con la media nazionale per entrambi i sessi (Tabella 2 e 3).

## Valle d'Aosta

Nel 2022 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile rispetto al 2021 e pari al 79,7% tra gli uomini (valore in linea con la media nazionale) e al 63,4% tra le donne (valore superiore alla media nazionale). I consumatori di aperitivi alcolici restano sopra la media nazionale per entrambi i sessi (M=57,6%; F=37,9%), come i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=70,8%; F=51,0%). Sono invece in linea con la media nazionale, e invariati rispetto al 2021, per entrambi i sessi, i consumatori di birra (M=67,6%; F=42,2%), amari (M=39,4%; F=16,9%) e superalcolici (M=38,1%; F=19,8%). Per le modalità di consumo il 32,1% dei maschi e il 12,6% delle femmine in Valle d'Aosta hanno consumato alcolici con modalità rischiose per la salute secondo il criterio ISS, dato al di sopra della media nazionale. Sono anche sopra la media, e in significativo aumento rispetto al 2021, i *binge drinker* di sesso maschile (+54,7%). I consumatori di alcolici lontano dai pasti sono sopra la media per entrambi i sessi (M=54,8%; F=33,4%), mentre i consumatori abituali eccedentari rimangono in linea con la media italiana (M=15,4%; F=7,6%) (Tabella 2 e 3).

## Lombardia

I consumatori di bevande alcoliche in Lombardia nel 2022 sono stati il 76,6% degli uomini e il 59,8% delle donne, dati in linea con la media nazionale e invariati rispetto al 2021. Per quanto riguarda i tipi di bevanda alcolica sono in aumento e sopra la media nazionale le consumatrici di aperitivi alcolici, ovvero il 36,8% delle donne (+13,3%) e sopra la media, anche se senza variazioni significative rispetto al 2021, i consumatori maschi di superalcolici (39,9%). Sotto la media nazionale sono i consumatori maschi di amari, il 40,6%. La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2022 pari a 21,9% tra gli uomini 10,0% tra le donne, entrambi i valori 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 risultano superiori al dato medio per entrambi i sessi (M=44,6%; F=27,0%) (Tabella 2 e 3).

Tabella 2. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2022)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	vino		birra		aperitivi alcolici		amari		superalcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<b>Italia nord-occidentale</b>	66,0	48,5	63,0	39,7↗	50,1	36,2↗	41,7	19,8	39,7	18,4
Piemonte	65,9	49,6	63,0	42,3↗	50,6↗	35,7↗	45,7	22,0	40,1	16,9
Valle d'Aosta	70,8	51,0	67,6	42,2	57,6	37,9	39,4	16,9	38,1	19,8
Lombardia	65,8	47,6	62,1	38,5	49,9	36,8↗	40,6	19,6	39,9	19,5
Liguria	67,7	51,2	69,1	40,2	49,4	33,4	37,6	15,6	37,5	15,7
<b>Italia nord-orientale</b>	<b>69,4</b>	<b>51,8</b>	<b>67,1</b>	<b>42,3</b>	<b>53,5↗</b>	<b>38,7↗</b>	40,7↗	19,0	41,2	<b>20,3↗</b>
PA Bolzano	63,6	50,6	66,9	44,0	51,7	49,8↗	40,3↗	29,7↗	43,4↗	29,3↗
PA Trento	63,0	44,2	67,2	41,0	51,7	40,6	37,6	14,9	39,7	18,2
Veneto	70,9	49,6	67,8	42,9	54,6	38,0↗	40,1	17,4	40,4	18,4
Friuli Venezia Giulia	70,0	48,7	71,3	41,8	53,8↗	38,8↗	44,1	16,8	40,5	18,9
Emilia-Romagna	69,0	55,9↗	65,2	41,6	52,6↗	37,9↗	40,9↗	20,6↗	42,1	21,9↗
<b>Italia centrale</b>	67,2	49,1	62,3	40,4	47,8	33,6	43,3	20,2	39,8	18,0
Toscana	69,1	50,5	60,6↘	38,5	48,3	34,6	39,6	18,6	39,2	18,1
Umbria	69,4	50,9	60,6	37,0	48,8	33,1	44,7↗	16,3	39,6	13,1↘
Marche	69,8	46,8	66,1	37,3	48,3	34,0	40,9	14,3	36,5	14,5
Lazio	64,9	48,6	62,6	42,9	47,3	33,0	46,1	23,3	41,2	19,6
<b>Italia meridionale</b>	62,5	38,0↗	64,1	38,5↗	45,3↗	27,3↗	<b>49,0</b>	<b>22,0↗</b>	35,2	15,3↗
Abruzzo	68,1	42,0	69,7	43,9↗	49,0	33,5↗	49,0	19,1	42,3	13,8
Molise	64,4	41,8	70,1	37,9	48,1	30,3	52,0	19,8↗	33,1	14,9
Campania	66,2↗	40,7↗	65,1↗	40,6↗	50,2↗	29,3↗	52,4↗	23,3↗	38,5↗	16,4↗
Puglia	56,9 ↘	35,5	61,3	36,1	38,9	25,4	45,6↘	22,9	30,4↘	16,2↗
Basilicata	64,3	35,8	62,7	30,9	45,4	24,6	46,4	16,3	38,1	12,4
Calabria	58,4	32,5	62,3	35,6	41,0	21,1	46,4	20,1	30,1↘	11,8
<b>Italia insulare</b>	<b>57,1</b>	<b>33,3</b>	61,5	<b>35,1</b>	<b>42,0</b>	<b>25,1</b>	41,3	<b>16,6</b>	<b>31,7</b>	<b>11,2</b>
Sicilia	57,2	32,7	61,0	36,1	41,5	25,4	41,5	16,8	31,7	10,6
Sardegna	56,8	34,8	63,0	31,8	43,6	24,2	40,9	16,0	31,6	12,8
<b>Italia</b>	<b>65,1</b>	<b>45,2↗</b>	<b>63,7</b>	<b>39,6↗</b>	<b>48,4↗</b>	<b>32,9↗</b>	<b>43,4</b>	<b>19,9↗</b>	<b>38,1</b>	<b>17,2↗</b>

↘ diminuito rispetto al 2021  
↗ aumentato rispetto al 2021

**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 3. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2022)**

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
<b>Italia nord-occidentale</b>	77,3	60,5	13,7	7,1	43,5	26,0	11,6	4,5	22,6	10,6
Piemonte	77,4	61,4	14,6	7,1	40,7	24,2	12,7	5,7	23,8	11,7
Valle d'Aosta	79,7	63,4	15,4	7,6	54,8	33,4	21,5 ↗	5,9	32,1	12,6
Lombardia	76,6	59,8	13,1	6,9	44,6	27,0	11,3	4,0	21,9	10,0
Liguria	81,9	62,7	15,2	8,2	43,2	23,7	9,7	4,3	22,8	11,6
<b>Italia nord-orientale</b>	80,5 ↗	63,1 ↗	14,3	6,5	51,1 ↗	32,5 ↗	13,7 ↗	4,8	25,1	10,5
PA Bolzano	75,7	65,9	7,6	5,4	60,4 ↗	41,5	21,1	9,3	26,0	13,1
PA Trento	77,7	59,3	10,5 ↘	4,5	56,5	31,8	19,8	7,1	26,9	10,6
Veneto	81,5	61,6	15,9	6,1	51,9	32,2 ↗	14,9 ↗	4,4	27,6	9,8
Friuli Venezia Giulia	81,0	60,4	14,2	6,1	62,3 ↗	36,2 ↗	18,6	8,2 ↗	28,0	13,0
Emilia-Romagna	80,2	65,7 ↗	14,0	7,3	45,4	30,9 ↗	9,3	3,5	21,2	10,2
<b>Italia centrale</b>	77,4	59,0	14,4	7,1	38,9	24,5	8,9	3,7	21,3	10,0
Toscana	77,9	60,8	15,3	7,9	39,3	26,2	8,7	4,2	21,8	11,1
Umbria	76,3	59,7	13,7	7,0	36,4	22,2	10,6	4,5	22,3	10,5
Marche	81,0	59,4	16,8	7,1	41,2	23,0	11,9	4,8	26,0	11,2
Lazio	76,2	57,7	13,2	6,6	38,3	24,1	8,0	2,8	19,7	9,0
<b>Italia meridionale</b>	76,6	52,4 ↗	11,3	4,6	33,0	14,3	8,7	2,5	18,2	6,6
Abruzzo	80,4	57,1 ↗	12,0	3,5	45,1	21,1	14,9	3,6	23,2	6,1
Molise	80,5	57,1	15,7	7,1	44,0 ↘	21,2	14,7	3,9	26,5	9,8
Campania	78,3	54,1 ↗	11,1	4,2	30,9	12,9	6,8	2,4	16,5	6,3
Puglia	74,6	51,7	10,1	5,3	29,4	14,8	7,7	2,5	16,6	7,3
Basilicata	75,5	48,4	14,8	4,3	39,8	17,6	11,3	2,3	23,2	6,5
Calabria	73,2	46,0	12,6	4,7	34,5	10,6 ↘	10,7	1,8	20,2	6,2
<b>Italia insulare</b>	73,4	47,9	9,7	3,9	35,5	15,4	8,5	2,3	16,2	5,8
Sicilia	72,8	48,3	8,4	4,1	31,0	14,3	5,2	1,8	12,6	5,5
Sardegna	75,3	46,9	13,4	3,4	48,4	18,5	18,1	3,9	26,8	6,7
<b>Italia</b>	77,4	57,5 ↗	13,0	6,1	40,8	23,2 ↗	10,5 ↗	3,7	21,1 ↗	9,1

↘ diminuito rispetto al 2021  
↗ aumentato rispetto al 2021

**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

L'81,9% degli uomini e il 62,7% delle donne liguri ha consumato almeno una bevanda alcolica nel 2022, dati al di sopra della media nazionale. Sono statisticamente invariate rispetto al 2021 le prevalenze di consumatori per le diverse bevande alcoliche e rimangono sopra la media nazionale le consumatrici di vino (51,2%). Sopra la media sono nel 2022 anche i consumatori maschi di birra (69,1%), sotto la media i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=37,6%; F=15,6%).

Gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio sono tutti in linea con la media italiana ad eccezione della prevalenza delle donne consumatrici abituali eccedentarie che risultano superiori alla media italiana (8,2%). Nel 2022 il 22,8% degli uomini e il 11,6% delle donne (queste sopra la media nazionale) in Liguria hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabella 2 e 3).

## Italia nord-orientale

L'Italia nord-orientale si conferma, anche nel 2022, la zona con le percentuali di consumatori più alte: l'80,5% dei maschi e il 63,1% delle femmine hanno infatti consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. Va sottolineato, inoltre, che questi valori sono in significativa crescita rispetto all'anno precedente per entrambi i sessi (M +3,5%; F +4,6%). Si registrano i valori più alti di tutte le altre zone considerate, per entrambi i sessi, anche per il consumo di vino (M=69,4%; F=51,8%), di birra (M=67,1%; F=42,3%) e di aperitivi alcolici (M=53,5%; F=38,7%), questi ultimi in significativo aumento rispetto al 2021 (M +9,6%; F +16,2%). In aumento anche i consumatori di amari di sesso maschile (+9,7%) anche se il dato è sotto la media nazionale, e delle consumatrici di superalcolici (+15,3%), in questo caso il dato è di nuovo il più alto tra le ripartizioni nazionali. Sono infine sopra la media nazionale, ma invariati rispetto all'anno precedente i consumatori maschi di superalcolici.

Come nel 2020 e 2021, anche nel 2022 le prevalenze dei comportamenti a rischio analizzati sono le più elevate delle ripartizioni territoriali considerate, in particolare i consumatori fuori pasto per entrambi i sessi (M=51,1%; F=32,5%), i più elevati di tutte le altre ripartizioni territoriali e in significativo aumento rispetto al 2021 (M +8,0%; F +16,5%) e i *binge drinker* di sesso maschile (+21,2%), anche questi in aumento. Le consumatrici *binge drinker* sono il 4,8%, sopra la media nazionale così come i consumatori abituali eccedentari maschi (14,3%). I consumatori a rischi in Italia nord-orientale sono il 25,1% dei maschi (dato più alto nazionale) e il 10,5% delle femmine, sopra la media nazionale (*vedi* Tabella 2 e 3).

## Provincia Autonoma di Bolzano

Nel 2022 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono il 75,7% dei maschi e il 65,9% delle femmine e per queste ultime il dato è superiore alla media nazionale; entrambi i valori sono pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione.

Sono in aumento significativo rispetto al 2021 le consumatrici di aperitivi alcolici (+24,8%), sopra la media nazionale, i consumatori di amari di entrambi i sessi (M +21,1%; F +55,9%), di cui solo le donne sopra la media, e i consumatori di superalcolici di entrambi i sessi (M +20,3%; F +50,2%), entrambi sopra la media nazionale. Sono sopra la media, anche se invariati rispetto al 2021, le consumatrici di vino (50,6%) e di birra (44,0%).

Il 26,0% dei maschi e il 13,1% delle femmine nella provincia autonoma di Bolzano sono consumatori a rischio per la salute secondo il criterio ISS, entrambe le prevalenze sopra la media

nazionale. Sono sopra la media anche le percentuali di consumatori *binge drinker* (M=21,1%; F=9,3%) e di fuori pasto (M=60,4%; F=41,5%), in questo caso i maschi sono in aumento rispetto al 2021 (+13,1%). Sono infine sotto la media i consumatori maschi abituali eccedentari (7,6%) mentre le femmine sono in linea con la media (5,4%) (vedi Tabella 2 e 3).

## Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è stata del 77,7% tra gli uomini e del 59,3% tra le donne, entrambi in linea con la media italiana, e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Risultano sopra la media italiana le consumatrici di aperitivi alcolici (40,6%) mentre sono al di sotto della media i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=37,6%; F=14,9%). Tutti gli altri dati sulle tipologie di bevande alcoliche sono in linea con la media nazionale e non mostrano variazioni significative rispetto al 2021.

Sulle modalità di consumo a rischio si evidenziano per entrambi i sessi valori superiori alla media italiana delle prevalenze di consumatori fuori pasto (M=56,5%; F=31,8%), dei *binge drinker* (M=19,8%; F=7,1%) e i maschi che bevono in modalità rischiosa secondo il criterio ISS (26,9%). Sono invece in linea con la media i consumatori abituali eccedentari per entrambi i sessi, per i maschi sono in calo rispetto al 2021 (-32,6%) (vedi Tabella 2 e 3).

## Veneto

In Veneto nel 2022 l'81,5% dei maschi e 61,6% delle femmine hanno consumato almeno una bevanda alcolica, entrambi i dati sono sopra la media nazionale e pressoché invariati rispetto al 2021. Il consumo delle diverse bevande alcoliche mostra dati sopra la media italiana per entrambi i sessi sia per il vino (M=70,9%; F=49,6%), che la birra (M=67,8%; F=42,9%) e gli aperitivi alcolici (M=54,6%; F=38,0%), per quest'ultima bevanda le donne sono in aumento rispetto alla precedente rilevazione (+15,1%). Sotto la media nazionale sono invece i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=40,1%; F=17,4%), in linea con la media i consumatori di superalcolici di entrambi i sessi (M=40,4%; F=18,4%).

Il 27,6% dei maschi veneti (sopra la media italiana) e il 9,8% delle donne venete nel 2022 hanno consumato alcolici in modalità a rischio secondo il criterio ISS (dati statisticamente invariati rispetto al 2021). Sono sopra la media anche i consumatori abituali eccedentari maschi (15,9%), i consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=51,9%; F=32,2%), in questo caso le femmine in aumento rispetto all'anno precedente (+21,0%), e i *binge drinker* di sesso maschile, anche loro in aumento (+44,2%) (vedi Tabella 2 e 3).

## Friuli Venezia Giulia

Nel 2022 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile, pari all'81,0% tra gli uomini e del 60,4% tra le donne, e solo per gli uomini il valore è superiore alla media nazionale. Sono al di sopra della media italiana anche le prevalenze dei consumatori di entrambi i sessi di vino (M=70,0%; F=48,7%) e di aperitivi alcolici (M=53,8%; F=38,8%), questi ultimi in significativo aumento rispetto al 2021 (M +12,6%; F +15,5%). Superano la media i soli maschi nel consumo di birra (71,3%) mentre sono sotto la media nazionale le consumatrici di amari (16,8%).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, per entrambi i sessi, valori superiori alla media dei consumatori fuori pasto (M=62,3%; F=36,2%), entrambi in aumento significativo

rispetto alla precedente rilevazione (M +18,5%; F +20,0%), e i *binge drinker* (M=18,6%; F=8,2%), le femmine in forte aumento (nel 2021 erano il 3,5%). Sia i maschi che le femmine che hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS sono sopra la media nazionale, e pari al 28,0% dei maschi e il 13,0% delle femmine (vedi Tabella 2 e 3).

## Emilia-Romagna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica in Emilia-Romagna nel 2022 è stata dell'80,2% per gli uomini e del 65,7% per le donne, per le quali il valore è aumentato rispetto alla precedente rilevazione (+7,5%). Per quanto riguarda i consumi delle diverse bevande alcoliche sono sopra la media nazionale i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=69,0%; F=55,9%), le donne in aumento rispetto al 2021 del 9,1%, i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=52,6%; F=37,9%), entrambi in aumento rispetto al 2021 (M +14,9%; F +16,8%), e i consumatori di superalcolici di entrambi i sessi (M=42,1%; F=21,9%), le donne in aumento rispetto al 2021 del 29,8%. Sono in aumento, ma in linea con la media nazionale, anche i consumatori di amari di entrambi i sessi (M +14,6%; F +25,7%).

Rispetto ai comportamenti a rischio, si evidenziano valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto (M=45,4%; F=30,9%), che vedono le femmine in aumento rispetto all'anno precedente (+16,1%). Gli altri valori sono statisticamente invariati rispetto al 2021 e in linea con la media nazionale. Complessivamente il 21,2% gli uomini e il 10,2% le donne hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS (vedi Tabella 2 e 3).

## Italia centrale

I consumatori di bevande alcoliche nell'Italia centrale sono stati nel 2022 il 77,4% dei maschi e il 59,0% delle femmine e la prevalenza è rimasta pressoché stabile rispetto al 2021 e in linea con il dato medio nazionale. Come già rilevato lo scorso anno, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi (M=67,2%; F=49,1%), sebbene non si registrino variazioni significative rispetto al 2021.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio evidenzia una prevalenza di consumatori abituali eccedentari superiore alla media nazionale sia per femmine sia per i maschi (M=14,4%; F=7,1%); per questi ultimi il valore della prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* risulta invece inferiore alla media (8,9%) (vedi Tabella 2 e 3).

## Toscana

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è stata del 77,9% per gli uomini e il 60,8% per le donne, e per queste il valore è per il terzo anno consecutivo superiore a quello medio nazionale. Nel 2022 sono sopra la media nazionale anche i consumatori e le consumatrici di vino (M=69,1%; F=50,5%) mentre per gli uomini è inferiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari (39,6%) e di birra (60,6%) e quest'ultimo indicatore è diminuito rispetto al 2021 del 7,4%.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia, come per il 2021, valori superiori alla media per le donne che consumano in modalità abituali eccedentarie (7,9%), in modalità fuori pasto (26,2%) e a rischio per la loro salute secondo il criterio ISS (11,1%) (vedi Tabella 2 e 3).

## Umbria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è pari a 76,3% tra gli uomini e a 59,7% tra le donne e per entrambi i sessi non si registrano variazioni rispetto al 2021. Rispetto alle diverse bevande consumate, per il terzo anno consecutivo, la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi (M=69,4%; F=50,9%). La prevalenza dei consumatori di amari è aumentata tra gli uomini del 18,2% rispetto al 2021, mentre tra le donne il valore è inferiore alla media (16,3%); per le donne, inoltre, anche la prevalenza di consumatrici di superalcolici è inferiore alla media ed è diminuita del 27,9%.

Tutti i comportamenti a rischio, come lo scorso anno, sono in linea con la media nazionale ad eccezione della prevalenza dei consumatori fuori pasto, che sono inferiori (*vedi* Tabella 2 e 3).

## Marche

Nel 2022 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati l'81,0% degli uomini e il 59,4% delle donne e per i primi il dato è superiore alla media nazionale. Per gli uomini la prevalenza dei consumatori di vino è superiore alla media nazionale (69,8%) viceversa, per le donne, le prevalenze delle consumatrici di amari (14,3%) e superalcolici (14,5%) sono inferiori alla media nazionale.

Tutti gli indicatori relativi alle bevande consumate e alle abitudini di consumo sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2021.

La prevalenza dei consumatori maschi abituali eccedentari (16,8%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (26,0%) sono superiori alla media nazionale (*vedi* Tabella 2 e 3).

## Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2022 pari al 76,2% tra gli uomini e al 57,7% tra le donne e per entrambi i sessi il valore è rimasto stabile rispetto al 2021 e in linea con la media nazionale. Come l'anno precedente, per le donne si rileva che le prevalenze delle consumatrici di vino (48,6%), birra (42,9%) e amari (23,3%) sono superiori al dato medio nazionale.

Per le abitudini di consumo a rischio, per entrambi i sessi, tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo a rischio in linea con la media nazionale ad eccezione della prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* di sesso maschile (8,0%) che risulta inferiore alla media nazionale. Non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione degli indicatori di rischio (*vedi* Tabella 2 e 3).

## Italia meridionale

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica nell'Italia meridionale è stata nel 2022 del 76,6% per gli uomini e del 52,4% per le donne e per queste ultime il valore è nuovamente aumentato rispetto al 2021 del 6,3%. I valori di prevalenza dei consumatori di vino (M=62,5%; F=38,0%) e aperitivi alcolici (M=45,3%; F=27,3%) sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i sessi, come la prevalenza delle consumatrici di sesso femminile di superalcolici (15,3%) che sono tuttavia aumentate rispetto al 2021 del 24,4%. La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è aumentata rispetto al 2021 sia per gli uomini (+7,3%) che per le donne (+21,3%). Il dato sulla prevalenza dei consumatori di amari, come già per il 2021, per il

sesto maschile è il più alto di tutte le ripartizioni territoriali analizzate (49,0%) e nel 2022 anche per le femmine si è osservata una situazione analoga a causa dell'incremento del 15,8% registrato rispetto al 2021.

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; non si rilevano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione, a eccezione dei consumatori fuori pasto di sesso maschile (33,0%) che sono diminuiti rispetto al 2021 (vedi Tabella 2 e 3).

## Abruzzo

Nel 2022 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono l'80,4% degli uomini e il 57,1% delle donne e per queste ultime il valore è aumentato rispetto alla precedente rilevazione del 12,1%. L'analisi della tipologia di bevande consumate mostra che per le donne sono aumentate le consumatrici di birra (+16,9%) e di aperitivi alcolici (+21,3%); la prevalenza dei consumatori di birra è superiore alla media nazionale per entrambi i sessi (M=69,7%; F=43,9%) così come la prevalenza dei consumatori di amari (49,0%) e superalcolici per i soli maschi (42,3%).

L'analisi dei comportamenti a rischio non evidenzia variazioni significative rispetto al 2021; per il sesso maschile sono superiori alla media la prevalenza dei consumatori fuori pasto in modalità *binge drinking*; per le donne sono inferiori alla media nazionale le consumatrici abituali eccedentarie e delle consumatrici a rischio (criterio ISS) (vedi Tabella 2 e 3).

## Molise

I consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 sono l'80,5% degli uomini e il 57,1% delle donne, e non si registrano variazioni significative rispetto al 2021. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari (52,0%) si mantiene per il settimo anno consecutivo superiore alla media, così come per il secondo anno consecutivo la prevalenza dei consumatori di birra (70,1%). Tra le donne la prevalenza delle consumatrici di superalcolici è inferiore alla media nazionale mentre si registra un incremento della prevalenza delle consumatrici di amari (+40,0%) che ha riportato l'indicatore al valore registrato nel 2020.

Per gli uomini i valori della prevalenza dei consumatori *binge drinking* (14,7%) e dei consumatori a rischio (criterio ISS) (26,5%) si mantengono come per il 2021 superiori alla media mentre, essendo diminuita la prevalenza dei consumatori fuori pasto del 14,7%, l'indicatore è tornato in linea con quello medio; per le donne tutti gli indicatori sono in linea con il valore medio nazionale e non si registrano variazioni significative rispetto al 2021 (vedi Tabella 2 e 3).

## Campania

I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 78,3% dei maschi, il 54,1% delle femmine, queste ultime aumentate del 11,5% rispetto al 2021 sebbene il valore è sempre inferiore alla media nazionale. Per entrambi i sessi, sono aumentate rispetto al 2021 le prevalenze dei consumatori di tutte le bevande (Vino: M +7,9%; F +20,1%; Birra: M +8,5%; F 16,0%; Aperitivi alcolici M +22,7%; F +37,8%; Amari: M +11,5%; F +30,0%; Superalcolici M +21,5%; F +39,7%) ed è superiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari. Si mantengono invece inferiori alla media italiana le prevalenze delle consumatrici di vino e di aperitivi alcolici.

Per entrambi i sessi, tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media ad eccezione della prevalenza degli uomini che consumano alcol in modalità abituale eccedentari, che si mantengono invece in linea con il dato medio (*vedi* Tabella 2 e 3).

## Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è stata del 74,6% e 51,7% tra gli uomini e le donne rispettivamente, valore, per queste ultime, inferiore alla media. Per entrambi i sessi le prevalenze dei consumatori di vino e aperitivi alcolici sono inferiori alla media così come la prevalenza dei consumatori di superalcolici per i soli maschi e delle consumatrici di birra per le sole femmine. Per i maschi è diminuita rispetto al 2021 la prevalenza dei consumatori di vino (-8,6%), dei consumatori di amari (-11,0%) e dei consumatori di superalcolici (-20,4%); per quest'ultima bevanda si registra al contrario tra le donne un incremento rispetto al 2021 del 31,2%.

Per gli uomini tutti i comportamenti a rischio sono inferiori alla media nazionale così come la prevalenza delle consumatrici fuori pasto. Per entrambi i sessi non si osservano variazioni significative rispetto al 2021 dei diversi comportamenti a rischio. (*vedi* Tabella 2 e 3).

## Basilicata

Nel 2022 il 75,5% degli uomini e il 48,4% delle donne ha consumato almeno una bevanda alcolica; per queste ultime il valore è inferiore alla media così come la prevalenza di tutte le bevande considerate. Per entrambi i sessi non si osservano variazioni delle prevalenze dei consumatori delle bevande.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori inferiori alla media della prevalenza delle consumatrici fuori pasto e a rischio (criterio ISS). Rispetto all'anno 2021 non si registrano variazioni significative delle prevalenze dei comportamenti a rischio né tra gli uomini né tra le donne (*vedi* Tabella 2 e 3).

## Calabria

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è pari al 73,2% tra gli uomini e al 46,0% tra le donne, dato pressoché stabile rispetto al 2021 e mantenuto per entrambi i sessi al di sotto della media nazionale. Rispetto al 2021 non sono evidenziate variazioni significative delle prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche ad eccezione dei consumatori di superalcolici di sesso maschile (30,1%) che sono diminuiti del 17,6%.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto (M=34,5%; F=10,6%) è inferiore alla media per entrambi i sessi, nelle femmine è diminuita rispetto al 2021 del 27,7%. Si mantengono inferiori alla media la prevalenza delle consumatrici in modalità *binge drinking* e la prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) (*vedi* Tabella 2 e 3).

## Italia insulare

Nel 2022 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia insulare è del 73,4% tra gli uomini e del 47,9% tra le donne e il valore è il più basso rispetto alle altre ripartizioni

territoriali considerate. Come lo scorso anno le prevalenze dei consumatori di vino (M = 57,1%; F = 33,3%), dei consumatori di aperitivi alcolici (M = 42,0%; F = 25,1%), e dei consumatori di superalcolici (M = 31,7%; F = 11,2%) sono, per entrambi i sessi, le più basse registrati rispetto alle altre ripartizioni territoriali italiane, così come la prevalenza delle consumatrici di birra (35,1%) e delle consumatrici di amari (16,6%). Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni significative dei consumatori delle diverse bevande alcoliche.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio mostra che i valori rilevati di tutti gli indicatori sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi e senza variazioni rispetto alla precedente rilevazione, inoltre, la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari per gli uomini (9,7%) è la più bassa rispetto alle altre realtà territoriali considerate (vedi Tabella 2 e 3).

## Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2022 è stata pari al 72,8% tra gli uomini e al 48,3% tra le donne; per entrambi i sessi i valori sono inferiori ai valori medi italiani e non si osservano variazioni significative rispetto al 2021. I valori di prevalenza dei consumatori di vino (M = 57,2%; F = 32,7%), aperitivi alcolici (M = 41,5%; F = 25,4%) e di superalcolici (M = 31,7%; F = 10,6%) sono inferiori alla media italiana per entrambi i sessi, oltre alla prevalenza delle consumatrici di birra (36,1%) e di amari (16,8%) 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, e i valori sono approssimabili a quelli del 2021 (vedi Tabella 2 e 3).

## Sardegna

Nel 2022 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è pari al 75,3% degli uomini e al 46,9% delle donne e per queste ultime il valore è più basso di quello registrato a livello medio nazionale. L'analisi della tipologia di bevanda alcolica consumate mostra che, per entrambi i sessi, le prevalenze dei consumatori di vino (M = 56,8%; F = 34,8%), di aperitivi alcolici (M = 43,6%; F = 24,2%) e di superalcolici (M = 31,6%; F = 12,8%) sono inferiori alla media italiana oltre alla prevalenza dei consumatori di birra (31,8%) e amari (16,0%) per le sole femmine. Per tutte le bevande non si osservano variazioni significative rispetto all'anno precedente.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che, per gli uomini, come nelle rilevazioni precedenti, si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei consumatori fuori pasto (48,4%), dei *binge drinker* (18,1%) e dei consumatori a rischio ISS (26,8%). Si mantengono invece inferiori alla media italiana la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie (3,4%), la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (18,5%) e delle consumatrici a rischio ISS (6,7%). Anche per i comportamenti a rischio non si osservano variazioni significative rispetto all'anno precedente né tra gli uomini né tra le donne (vedi Tabella 2 e 3).

## MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

I decessi “totalmente alcol-attribuibili” (20,23) sono quelle morti che, in accordo con l’ICD-10 (5), sono causate da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol. Nell’analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile vengono quindi analizzati i decessi avvenuti nel corso dell’anno a causa delle seguenti 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).

Nella lista delle patologie totalmente alcol-attribuibili sono incluse anche la *Miopia alcolica* (ICD-10: G72.1) e la *Presenza di alcol nel sangue* (ICD-10: R78.0) ma, dal momento che queste patologie non sono causa di decessi, non vengono incluse nelle seguenti analisi.

La rilevazione sui decessi e sulle cause di morte è un’indagine condotta dall’ISTAT che rileva informazioni di carattere sanitario e demossociale per tutti i decessi verificatisi in Italia (popolazione presente). I dati dell’ISTAT vengono successivamente elaborati dall’ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell’ISS. Il dato più recente si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nel 2020; le analisi includono tutti i residenti in Italia (sia cittadini italiani che stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese (80). Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011 (81). Poiché la mortalità totalmente alcol-attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni qui presentate si riferiscono alla popolazione di quindici anni e più.

### Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell’anno 2020 il numero di decessi di persone di età superiore a 15 anni per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.236, di cui 1013 uomini (81,0%) e 223 donne (18,0%) (Tabella 4); corrispondenti a poco meno di 40 decessi per milione di abitanti residenti tra gli uomini e a quasi 1 decesso per milione di abitanti residenti tra le donne.

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le epatopatie alcoliche (M=727; F=164) pari al 72,1% dei decessi alcol-correlati e i disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcol (M=214; F=48) pari al 21,2% dei decessi alcol-correlati che, nel complesso, causano il 95,1% dei decessi alcol-attribuibili registrati nella popolazione di età superiore a 15 anni.

Il dettaglio delle patologie incluse in questi due codici è riportato nella Tabella 5.

Nel 2020, il tasso standardizzato di mortalità, nella popolazione di 15 anni e più, per le patologie totalmente causate dal consumo di alcol è stato pari 3,88 per 100.000 abitanti per gli uomini e 0,77 per le donne, leggermente diminuito rispetto al 2018 ma costante rispetto all’anno precedente per gli uomini e un lieve decremento per le donne (Tabella 6 e Figura 21).

La mortalità alcol-attribuibile è più elevata nella popolazione di età più avanzata sia per gli uomini che per le donne; infatti, tra la popolazione di 55 anni e più, il tasso di mortalità standardizzato assume il valore di 6,82 per 100.000 abitanti e di 1,27 per 100.000 rispettivamente per i due generi (Tabella 6).

**Tabella 4. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili, numero di decessi e distribuzione percentuale per sesso. Italia, 2020**

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	214	21,1	48	21,5	262	21,2
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	20	2,0	4	1,8	24	1,9
G62.1	Polineuropatia alcolica	6	0,6	0	0,0	6	0,5
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	22	2,2	0	0,0	22	1,8
K29.2	Gastrite alcolica	3	0,3	1	0,4	4	0,3
K70	Epatopatie alcoliche	727	71,8	164	73,5	891	72,1
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	4	0,4	0	0,0	4	0,3
T51	Effetti tossici dell'alcol	17	1,7	6	2,7	23	1,9
<b>Totale decessi</b>		<b>1013</b>	<b>100,0</b>	<b>223</b>	<b>100,0</b>	<b>1236</b>	<b>100,0</b>

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

**Tabella 5. Sottocodici delle patologie ICD-10 F10 e K70**

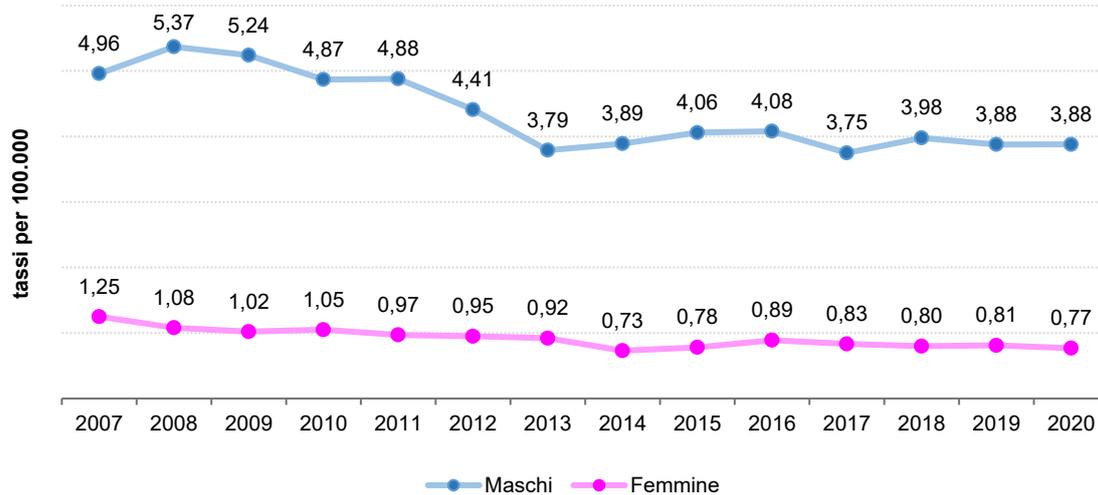
ICD-10	Sottocodice
<b>F10</b> - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	F10.0 - Intossicazione acuta
	F10.1 - Abuso nocivo
	F10.2 - Sindrome da dipendenza
	F10.3 - Sindrome da astinenza
	F10.4 - Sindrome da astinenza con delirio
	F10.5 - Disturbo psicotico
	F10.6 - Sindrome amnestica
	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
<b>K70</b> - 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

**Tabella 6. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili per sesso e classe d'età (numero di decessi e tassi standardizzati per 100.000). Italia, 2020**

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	13	0,22	4	0,07	17	0,15
35-54 anni	302	3,28	67	0,72	369	1,99
55+ anni	698	6,82	152	1,27	850	3,81
<b>15+ anni</b>	<b>1013</b>	<b>3,88</b>	<b>223</b>	<b>0,77</b>	<b>1236</b>	<b>2,23</b>

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

L'analisi del trend mostra che la mortalità per patologie alcol-attribuibili è diminuita tra il 2007 e il 2013 per gli uomini e fino al 2014 per le donne raggiungendo un minimo rispettivamente di 3,79 per gli uomini e di 0,73 per le donne. A partire dal 2013 per gli uomini e dal 2014 per le donne si osserva una risalita del tasso di mortalità che raggiunge nel 2016 il valore di 4,08 per gli uomini e di 0,89 per le donne. Negli ultimi anni di osservazione si registra una riduzione per le donne che nel 2020 fanno registrare un tasso pari allo 0,77\*100.000, mentre per gli uomini vi è una lieve diminuzione nel 2017 seguito da un nuovo aumento che porta l'indicatore nel 2020 al valore di 3,88\*100.000 (Figura 21).



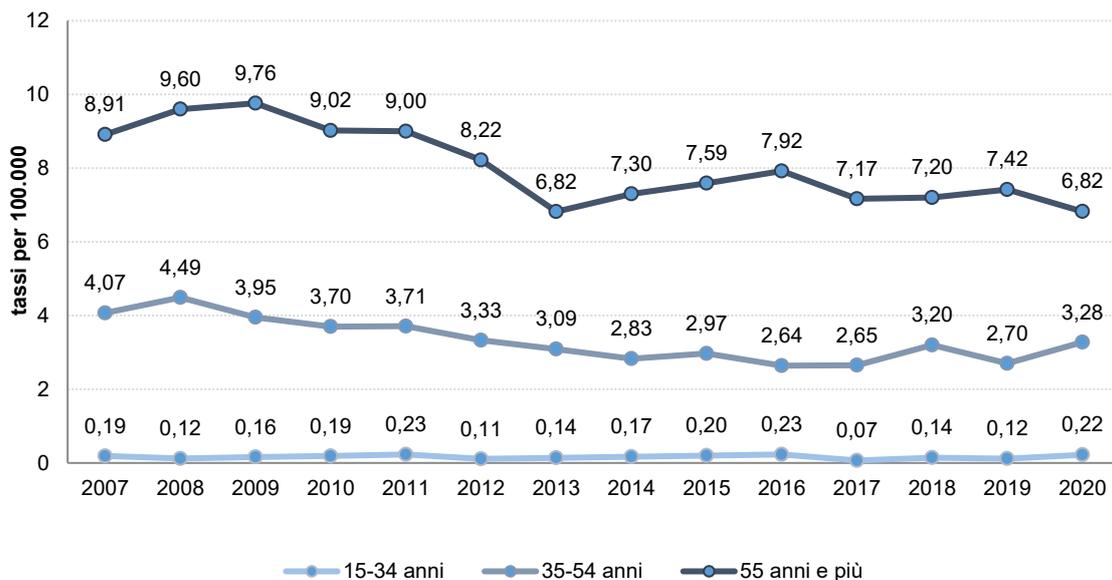
**Figura 21. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nella popolazione residente di 15 anni e più (tTassi standardizzati per 100.000) per sesso. Italia, 2007-2020**

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

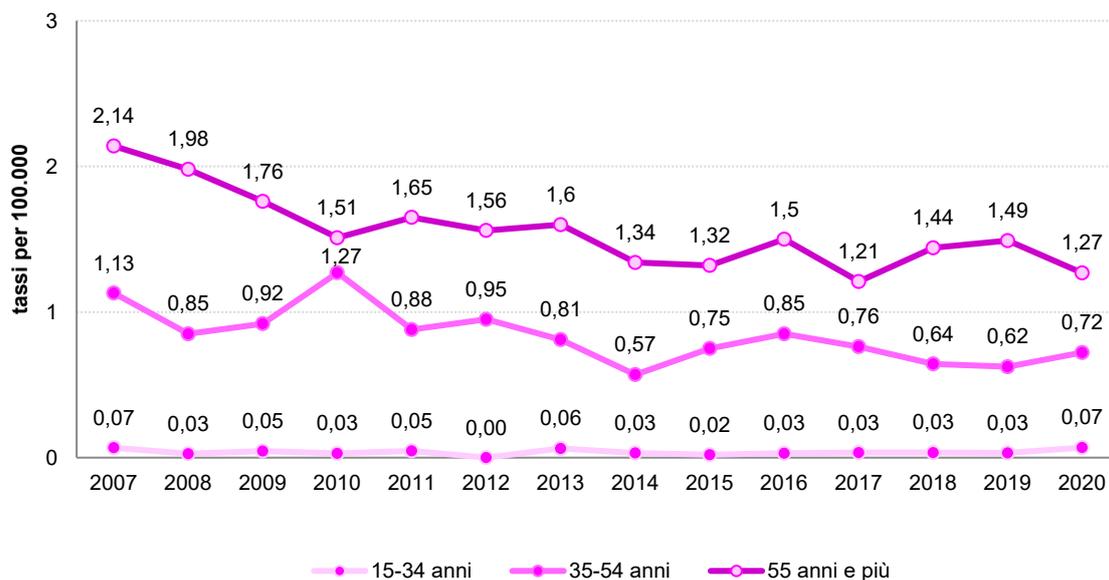
Analizzando nel dettaglio le diverse fasce di età negli uomini e nelle donne (Figure 22 e 23), si rileva che l'andamento temporale della mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili varia in base al genere e alla classe di età. Per gli uomini di 55 anni e più, si osserva una riduzione del tasso dal 2007 al 2010 seguita, pur con oscillazione, da una lieve riduzione nel periodo seguente con una risalita nell'anno 2019 e successivamente tornata a 6,82 individui ogni 100.000 persone; per gli uomini di 35-54 anni al contrario, si osserva un tasso di mortalità massimo nel 2008, successivamente il tasso decresce linearmente fino al 2016, e successivamente si registra un nuovo incremento particolarmente evidente tra il 2019 e il 2020. Il contributo dei giovani di 15-34 anni all'andamento del complesso della mortalità totalmente alcol-attribubile è marginale, sebbene nel corso dell'ultimo anno il valore è passato da 0,12 a 0,22 decessi totalmente alcol-attribuibili ogni 100.000 (Figura 22).

Il tasso di mortalità tra le donne di 55 anni e più diminuisce rapidamente tra il 2007 al 2010 e la diminuzione, nonostante alcune oscillazioni, è continuata fino al 2017; il valore è successivamente aumentato arrivando a 1,49 nel 2019 per poi diminuire nel 2020 (1,27\*100.000).

Per le donne della classe di età 35-54 anni si osserva una riduzione lenta ma costante del tasso dal 2010 al 2014, nel corso degli ultimi anni il valore era nuovamente diminuito, ma tra il 2019 e 2020, si è registrato un nuovo incremento. Anche per le donne il contributo della classe di età più giovane alla mortalità alcol-attribubile non è rilevante sebbene nel corso dell'ultimo anno il valore è passato da 0,03 a 0,07, corrispondente al massimo registrato per le donne di questa classe di età nel periodo osservato (Figura 23).



**Figura 22. 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, 2007-2020**  
 Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”



**Figura 23. 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, 2007-2020**  
 Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sulle cause di morte” e della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

## Mortalità alcol-attribuibile per Regione di residenza

L'analisi della mortalità alcol-attribuibile a livello regionale fa emergere una variabilità territoriale piuttosto elevata, sia per gli uomini che per le donne (Tabella 7 e Figura 24).

Le Regioni che nel 2020 hanno fatto registrare i livelli più elevati di mortalità (tassi standardizzati) tra gli uomini sono state la Valle d'Aosta (9,85 per 100.000 ab.), il Molise (9,21 per 100.000 ab.) e la Provincia Autonoma di Bolzano (6,03 per 100.000 ab.).

Per le donne, i livelli più elevati di mortalità sono stati registrati in Basilicata (1,27 per 100.000 ab.), in Piemonte (1,11 per 100.000 ab.) e la Liguria (1,02 per 100.000 ab.).

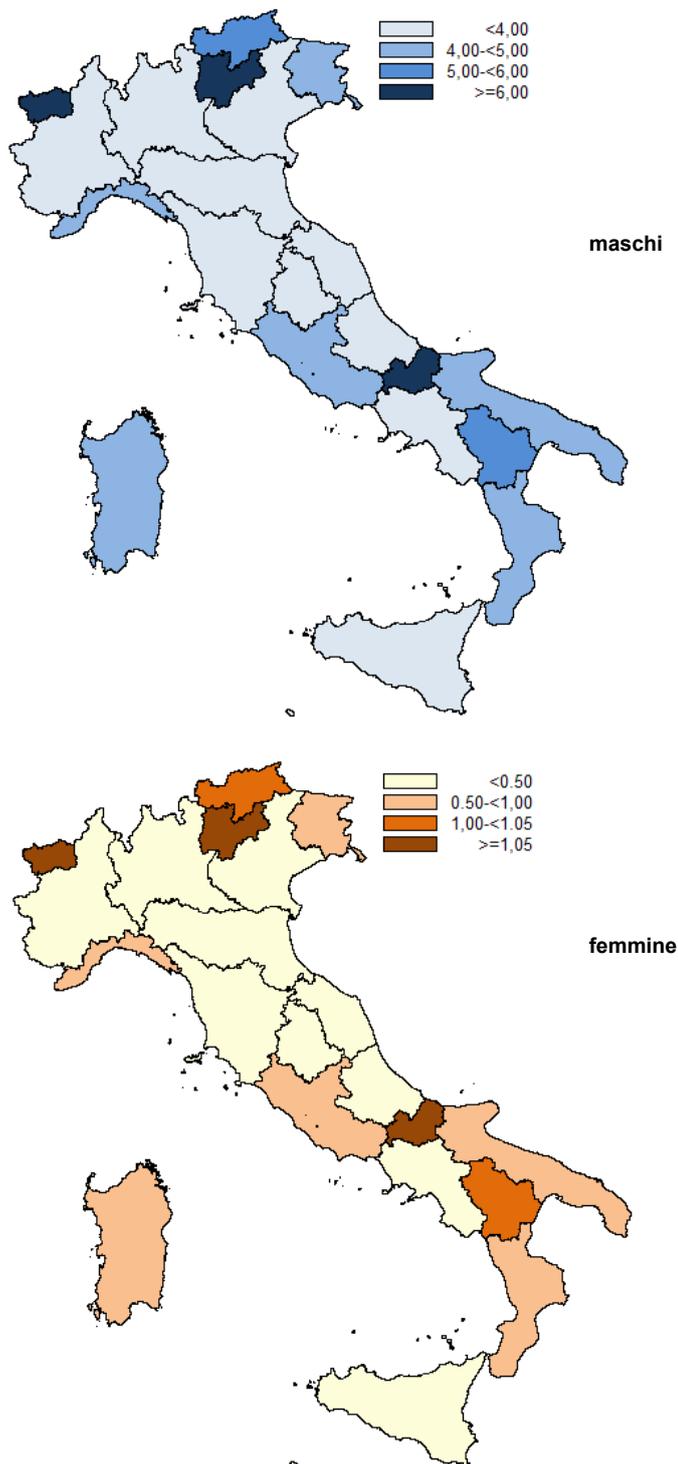
All'estremo opposto le Regioni con i livelli più bassi di mortalità sono state, per gli uomini la Toscana (1,90 per 100.000 ab.), l'Emilia-Romagna (2,81 per 100.000 ab.), l'Abruzzo (2,96 per 100.000 ab.). La Toscana e l'Abruzzo si collocano tra le Regioni con i valori più bassi di mortalità per malattie totalmente alcol-attribuibili anche per le donne (0,50 e 0,49 per 100.000 ab. rispettivamente), precedute dalla PA di Bolzano e la Calabria (0,46 per 100.000 ab.); nella Valle d'Aosta nel 2020 non si sono registrati decessi di donne per questo gruppo di cause (Tabella 7).

**Tabella 7. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane nella popolazione di 15 anni e più – tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi) e IC95% – per sesso. Italia, 2020**

Regione	Femmine				Maschi			
	decessi	pop.	tasso STD°	IC95%^	decessi	pop.	tasso STD°	IC95%^
Piemonte	25	1952381	1,11	0,71-1,70	71	1819049	3,64	2,84-4,66
Valle d'Aosta	0	55950	0,00	0,00-9,74	6	52699	9,85	3,59-25,82
Lombardia	43	4453054	0,91	0,65-1,24	171	4216594	3,95	3,37-4,63
Bolzano	1	229087	0,46	0,01-2,82	13	221706	6,03	3,19-11,08
Trento	2	239560	0,79	0,10-3,34	13	228179	5,82	3,07-10,37
Veneto	19	2178708	0,76	0,45-1,24	67	2067228	3,03	2,34-3,91
Friuli Venezia Giulia	6	548643	0,97	0,35-2,36	27	513521	4,90	3,22-7,27
Liguria	9	711045	1,02	0,46-2,21	37	643937	4,98	3,50-7,02
Emilia-Romagna	17	2005962	0,79	0,46-1,31	57	1877000	2,81	2,12-3,67
Toscana	10	1689336	0,50	0,24-0,98	32	1556551	1,90	1,29-2,72
Umbria	4	397558	0,85	0,23-2,50	12	364571	3,19	1,64-5,74
Marche	7	681692	0,87	0,35-1,96	27	635985	3,95	2,60-5,84
Lazio	27	2605065	0,97	0,64-1,44	112	2386924	4,46	3,67-5,41
Abruzzo	3	582384	0,49	0,10-1,60	18	547754	2,96	1,75-4,80
Molise	1	135048	0,85	0,02-5,34	13	129241	9,21	4,88-16,28
Campania	17	2512615	0,67	0,39-1,09	92	2345123	3,93	3,16-4,92
Puglia	9	1780098	0,51	0,23-1,01	84	1658464	4,94	3,93-6,18
Basilicata	3	248184	1,27	0,26-4,04	13	236868	5,18	2,74-9,12
Calabria	4	839528	0,46	0,12-1,28	37	791166	4,59	3,23-6,43
Sicilia	11	2173849	0,51	0,25-0,94	76	2019049	3,71	2,92-4,70
Sardegna	5	731232	0,51	0,16-1,41	35	694223	4,69	3,25-6,67
<b>Italia</b>	<b>223</b>	<b>26750973</b>	<b>0,77</b>	<b>0,67-0,88</b>	<b>1013</b>	<b>25005828</b>	<b>3,88</b>	<b>3,64-4,13</b>

°STD=standardizzato

^IC95%=Intervallo di Confidenza 95%



**Figura 24. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane nella popolazione di 15 anni e più – tassi standardizzati per 100.000 abitanti (numero di decessi) – per sesso. Italia, 2020**

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

## CONSUMO DI ALCOL PER TARGET DI POPOLAZIONE

### Consumo di alcol tra i giovani

Nel corso dell'anno 2022, il 47,6% dei ragazzi e il 42,1% delle ragazze di età compresa tra 11 e 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno. La prevalenza dei consumatori tra i ragazzi è diminuita tra il 2012 e il 2014, è poi aumentata fino al 2016 ed è nuovamente diminuita nel corso degli anni successivi fino a stabilizzarsi nel corso degli ultimi tre anni; tra le donne la prevalenza delle consumatrici di bevande alcoliche è rimasta pressoché stabile tra il 2012 e il 2015, è aumentata nel 2016 e nel corso degli ultimi anni ha subito delle oscillazioni rimanendo tuttavia pressoché stabile (Figura 25).

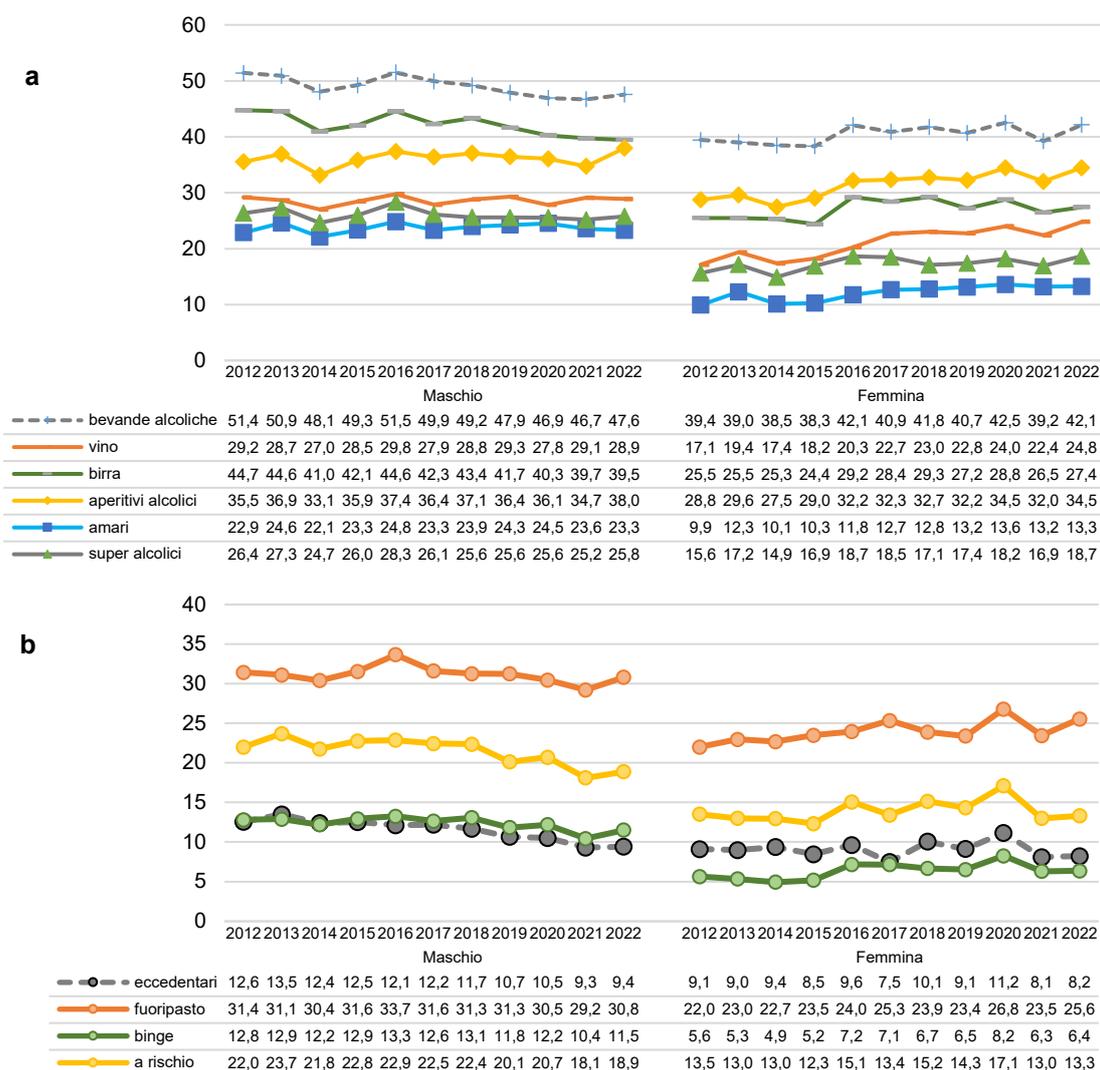


Figura 25. Prevalenza (%) di consumatori (età 11-24 anni) delle diverse bevande alcoliche (a) e dei comportamenti a rischio (b) per sesso. Italia, 2012-2022

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

Come per gli anni precedenti, i consumi più elevati si riscontrano fra i ragazzi per la birra (39,5%) e gli aperitivi alcolici (38,0%) seguiti dal vino (28,9%). Quest'anno, per la prima volta, a seguito dell'incremento dei consumatori di aperitivi alcolici, la differenza con la birra non è significativa. Per le ragazze, la prevalenza delle consumatrici di aperitivi (34,5%) è la più elevata rispetto alle altre bevande, seguita dalla prevalenza di consumatrici di birra (27,4%) e vino (24,8%). Gli amari si confermano le bevande alcoliche meno apprezzate fra i giovani, consumati dal 23,3% dei ragazzi e dal 13,3% delle ragazze.

Né per i ragazzi né per le ragazze si registrano differenze significative nei consumi delle diverse bevande alcoliche rispetto al 2021 (vedi Figura 25a e Tabella 8), a eccezione del consumo di aperitivi alcolici che è aumentato significativamente se si considera la totalità di maschi e femmine.

**Tabella 8. Prevalenza (%) di consumatori (età 11-24 anni) per classe d'età, tipologia di consumo e genere. Italia, 2022**

Tipologia di consumo	11-17 anni			18-24 anni			Totale		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Bevande alcoliche	17,5	15,5	16,5 ↓	75,0	68,5 ↑	71,9	47,6 ↓	42,1	44,9
Vino	8,1	6,7	7,4	47,9	42,8 ↑	45,4 ↑	28,9	24,8 ↑	26,9 ↑
Birra	13,3	8,4	10,9 ↓	63,3 ↓	46,2 ↑	55,2	39,5 ↓	27,4	33,6
Aperitivi alcolici	11,3	10,8	11,0	62,3 ↑	57,9 ↑	60,2 ↑	38,0	34,5 ↑	36,3 ↑↑↑
Amari	5,2	3,0	4,1	39,8	23,5 ↑	32,0 ↑	23,3	13,3 ↑	18,4
Superalcolici	5,8	4,9	5,4	44,0	32,3 ↑	38,4	25,8	18,7	22,3
Consumatori abituali eccedentari	17,5	15,5	16,5 ↓	2,0	1,1	1,6	9,4 ↓	8,2	8,8 ↓
Consumatori di alcolici fuori pasto	8,7	7,4	8,1	50,9	43,5 ↑	47,4	30,8	25,6 ↑	28,3
<i>Binge drinker</i>	3,3	1,9	2,6	18,9	10,8	15,0	11,5	6,4	9,0
Consumatori a rischio (criterio ISS)	17,5	15,5	16,5 ↓	20,2	11,2	15,9	18,9	13,3	16,2

↓ Dato diminuito rispetto al 2012

↓↓ Dato diminuito rispetto al 2021

↑ Dato aumentato rispetto al 2012

↑↑ Dato aumentato rispetto al 2021

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

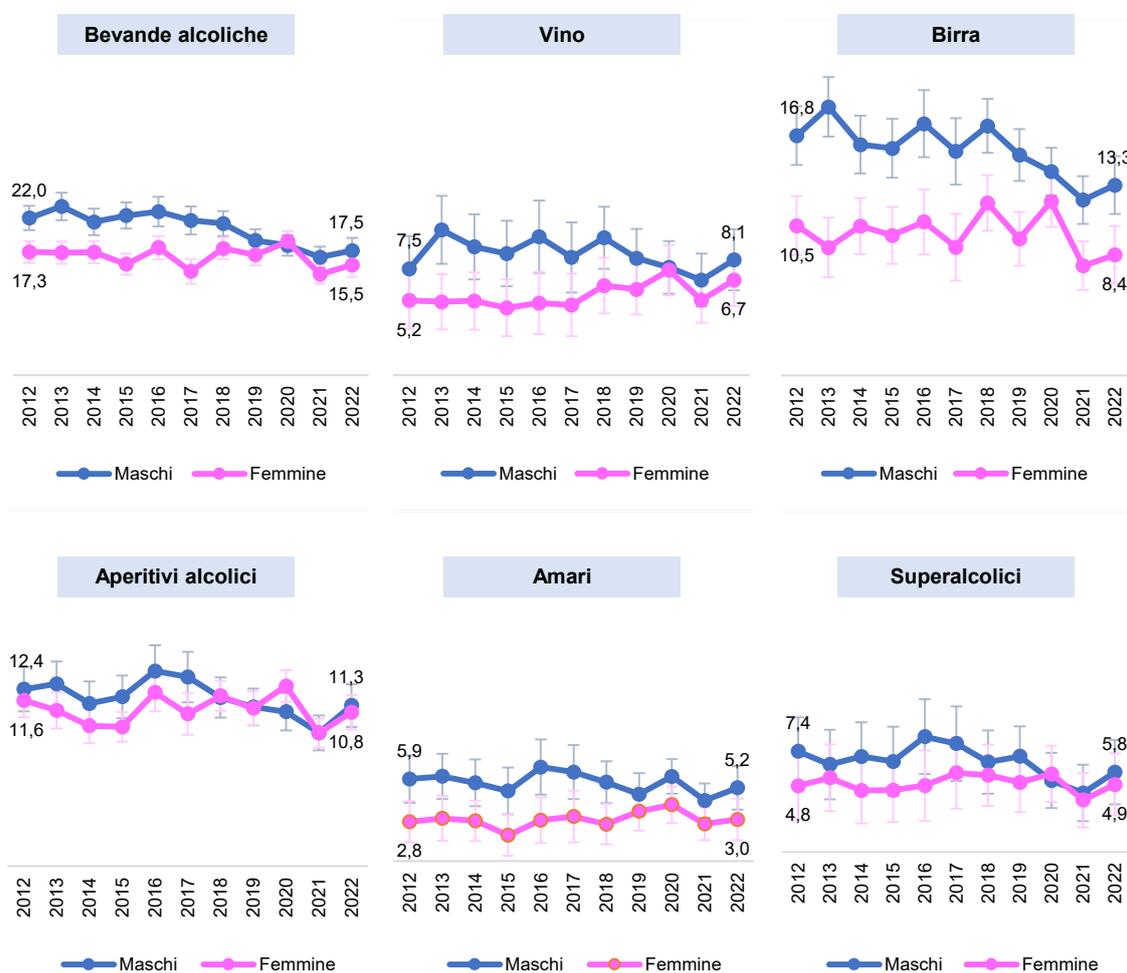
L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che, per entrambi i generi, le prevalenze dei consumatori a rischio per le varie tipologie di comportamenti adottati, nel 2022 sono pressoché stabili e approssimabili ai valori rilevati precedentemente alla pandemia SARS-CoV-2. Il comportamento più diffuso tra i giovani di entrambi i sessi è il consumo fuori pasto (M=30,8%; F=25,6%), seguito dal consumo in modalità *binge* per i maschi (11,5%) e il consumo eccedentario abituale per le femmine (8,2%) (vedi Figura 25b e Tabella 8).

I consumatori a rischio identificati complessivamente nel 2022 sono stati il 18,9% dei giovani 11-24enni e il 13,3% delle loro coetanee per un totale di circa 1.310.000 ragazze e ragazzi che non si sono attenute alle indicazioni di sanità pubblica (vedi Figura 25b e Tabella 8).

## Consumatori di 11-17 anni

la Legge 189 dell'anno 2012 impone in Italia il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni come raccomandato dalla WHO per i giovani al di sotto dei 18 anni. Le nuove linee guida per una sana alimentazione prodotte dall'CREA (59) sulla base del dossier scientifico contenente le raccomandazioni e le principali indicazioni al consumatore (82) considerano "consumatori a rischio per la loro salute" tutti i giovani minorenni che hanno consumato anche una sola bevanda alcolica nel corso dell'anno.

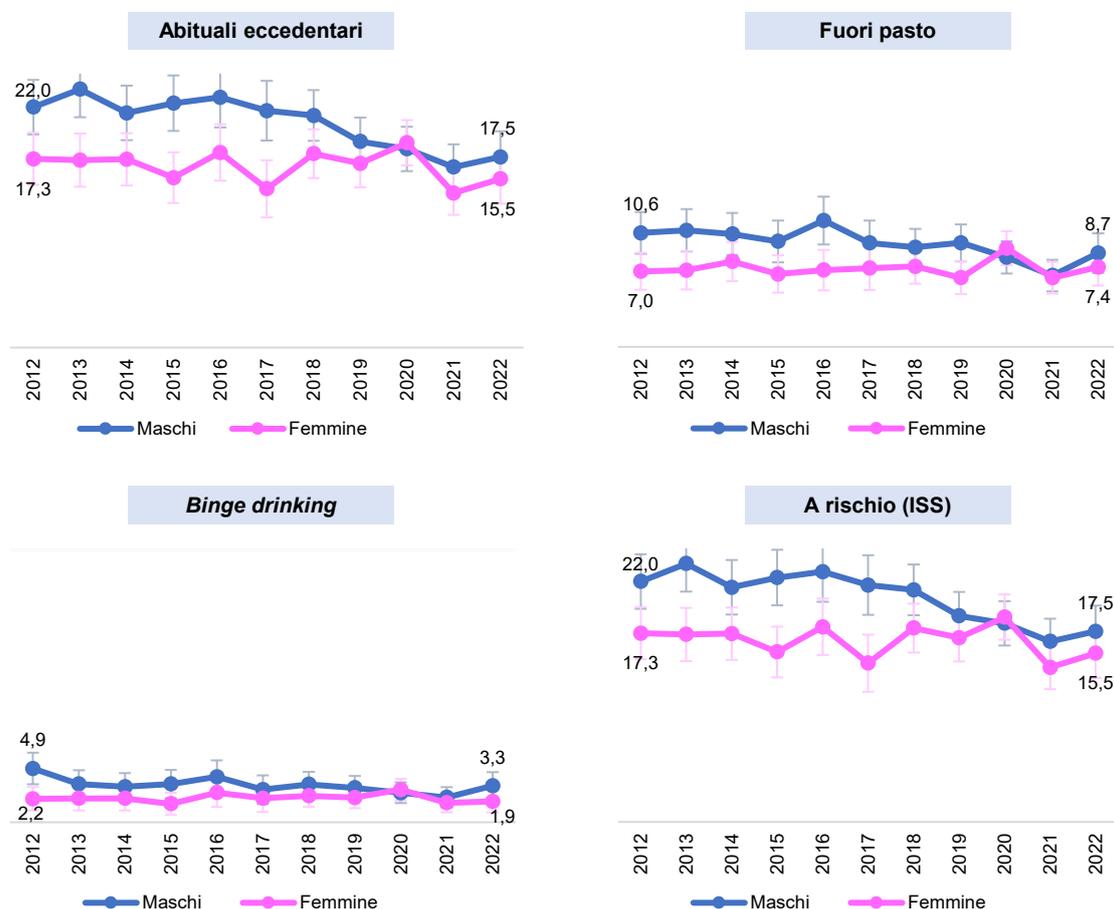
A seguito delle indicazioni di sanità pubblica sopra riportate, nella fascia di età 11-17 anni quindi, l'indicatore del consumo di almeno una bevanda alcolica, quello del consumo abituale eccedentario e quello del consumo a rischio coincidono. Nel 2022 i ragazzi tra gli 11 e i 17 anni che hanno bevuto alcolici sono stati il 17,5% dei maschi e il 15,5% delle femmine e nel corso degli ultimi dieci anni il dato è diminuito sebbene non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 26 e vedi Tabella 8).



**Figura 26. Prevalenza (%) di consumatori (età 11-17 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2012-2022**  
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tra i ragazzi di sesso maschile la birra si conferma la bevanda più consumata (13,3%), seguita dagli aperitivi alcolici (11,3%) e dal vino (8,1%). Tra le ragazze le bevande maggiormente consumate nel 2022 sono state gli aperitivi alcolici (10,8%) e la birra (8,4%) seguite dal vino (6,7%). Nel corso degli ultimi dieci anni non si osservano variazioni significative dei consumatori e delle consumatrici delle diverse bevande alcoliche ad eccezione dei consumatori di birra (maschi + femmine) che sono diminuiti del 20,4%. Non si registrano infine differenze significative dei consumatori delle bevande considerate rispetto alla precedente rilevazione né tra i maschi né tra le femmine (vedi Figura 26 e Tabella 8).

La prevalenza dei consumatori fuori pasto in questa fascia di età è stata nel 2022 dell'8,7% dei maschi, del 7,4% delle coetanee; nel corso degli ultimi 10 anni non si osservano variazioni statisticamente significative della prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche fuori pasto né tra i maschi né tra le femmine, ma nel periodo successivo alla pandemia da SARS-CoV-2 si sono ridotte le differenze di genere di questo tipo di consumatori (Figura 27 e vedi Tabella 8). Da notare che consumatori abituali eccedentari e a rischio coincidono, dal momento che qualsiasi consumo in questa fascia d'età è da considerarsi a rischio.



**Figura 27. Prevalenza (%) di comportamenti a rischio per sesso (età 11-17 anni). Italia, 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking* è stata nel 2022 del 3,3% dei maschi e dell'1,9% delle femmine e non si registrano variazioni statisticamente significative né rispetto all'ultima rilevazione né rispetto ai precedenti dieci anni.

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=17,5%; F=15,5%) (vedi Figura 27 e Tabella 8).

Nel 2022 sono circa 650.000 gli adolescenti minorenni che hanno consumato alcolici e che, secondo gli organismi di sanità pubblica, sono a rischio, sulla base delle nuove evidenze scientifiche.

## Consumatori di 18-24 anni

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

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

Le sanzioni per neopatentati trovati con tasso alcolemico compreso tra 0,1 e 0,5 g/L consistono in una multa da 155 a 624 euro e decurtazione di cinque punti dalla patente; le sanzioni raddoppiano nel caso in cui il conducente provochi un incidente.

La tolleranza zero vale anche per i minorenni alla guida dei ciclomotori; se il ciclomotorista viene fermato con un tasso di alcol nel sangue compreso tra 0,1 e 0,5 g/L non potrà prendere la patente B fino ai 19 anni, mentre se il livello di alcol supera 0,5 g/L la patente non potrà essere conseguita prima dei 21 anni.

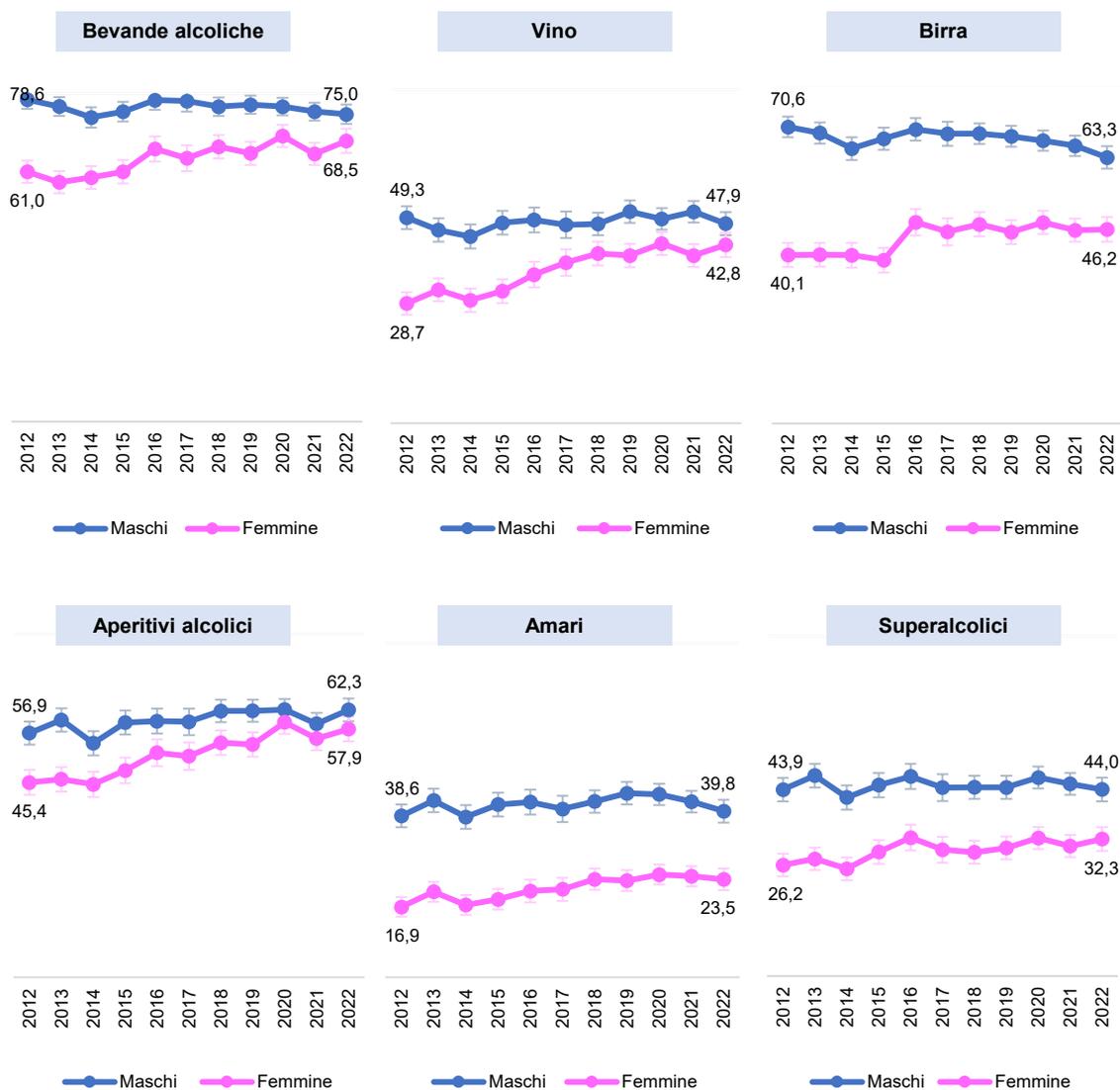
La prevalenza dei ragazzi di età compresa tra i 18 e 24 anni che nel 2022 hanno consumato almeno una bevanda alcolica è stata del 75,0% tra i maschi e del 68,5% tra le femmine e per queste ultime il valore è aumentato nel corso degli ultimi dieci anni (+18,8% rispetto al 2012).

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 e del vino per i quali si è osservata nel corso degli anni una riduzione della differenza di genere.

Fra le diverse bevande, la birra è la più consumata fra i ragazzi (63,3%), insieme agli aperitivi alcolici (62,3%), viceversa per le ragazze la prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici (57,9%) è superiore a quella delle consumatrici di birra (42,8%). La terza bevanda più consumata dai ragazzi è stata nel 2022 il vino, seguita dai superalcolici e in ultimo dagli amari (Figura 28 e vedi Tabella 8).

La prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici è aumentata nel corso degli ultimi dieci anni sia per i maschi che per le femmine (M=+9,5%; F=+27,5% rispetto al 2012).

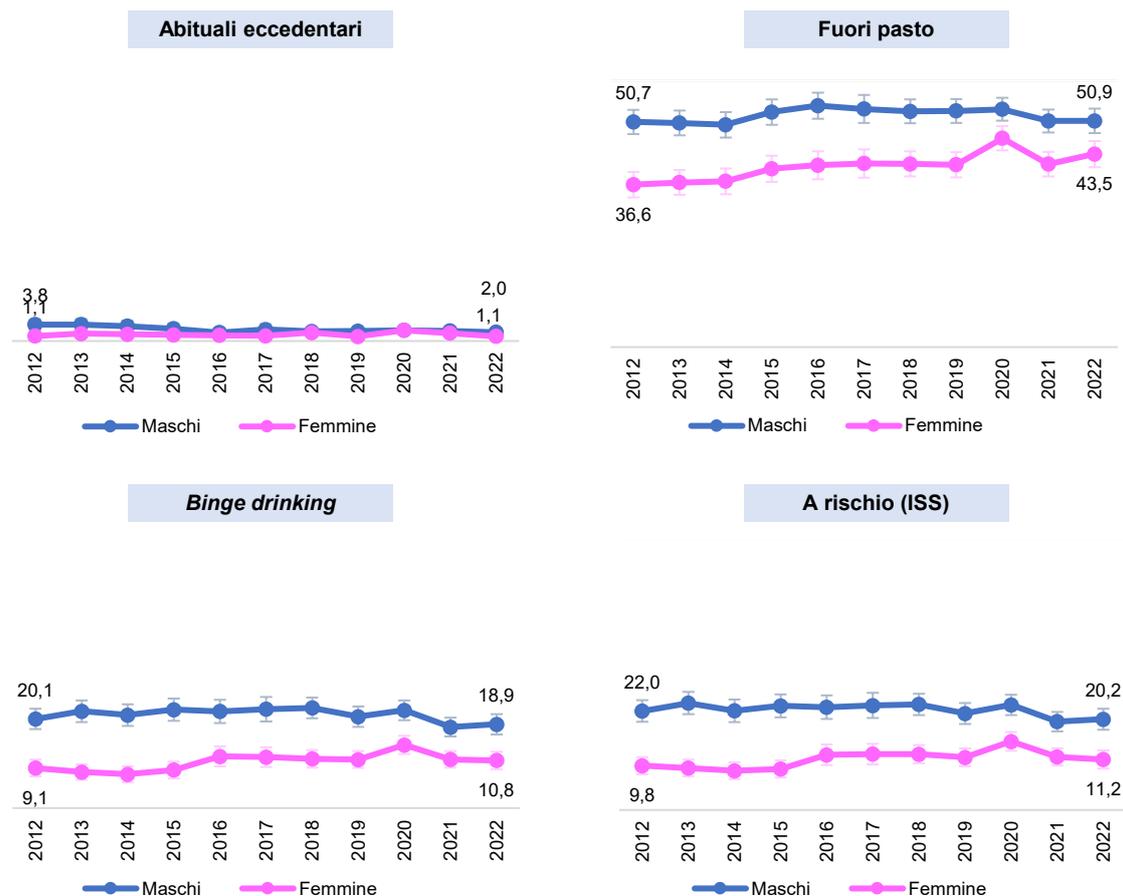
Per le donne si registra inoltre un incremento rispetto al 2012 della prevalenza delle consumatrici di tutte le bevande considerate (vino +48,9%; birra +15,2%; amari +39,1%; superalcolici +23,4%) mentre per gli uomini si rileva una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori di birra del 10,3% rispetto ai dieci anni precedenti (Figura 28 e vedi Tabella 8).



**Figura 28. Prevalenza (%) di consumatori (età 18-24 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il comportamento a rischio più frequente tra i 18 e i 24 anni è il consumo fuori pasto, praticato nel 2022 dal 50,9% dei maschi e il 43,5% delle femmine, seguito dal *binge drinking* (M=18,9%; F=10,8%); il consumo abituale eccedentario viene infine praticato in maniera pressoché simile dai maschi e dalle femmine. Per tutti gli indicatori di rischio non si rilevano variazioni statisticamente significative né rispetto al 2021, né rispetto ai dieci anni precedenti, ad eccezione delle donne che consumano alcolici lontano dai pasti che rispetto al 2012 sono aumentate del 18,8% (Figura 29 e vedi Tabella 8).

Nel 2022 i consumatori a rischio tra i 18 e i 24 anni, sulla base dei criteri ISS, sono stati il 20,2% dei maschi e l'11,2% delle femmine: circa 660.000 ragazzi. Non si osservano variazioni significative né rispetto al 2012 né rispetto alla precedente rilevazione (vedi Figura 29 e Tabella 8).



**Figura 29. Prevalenza (%) di comportamenti a rischio per sesso (età 18-24 anni). Italia, 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumo di alcol tra le donne

Le donne hanno una massa corporea inferiore rispetto agli uomini e una concentrazione minore di acqua nel corpo, la loro capacità di metabolizzare l'alcol a parità di consumo è inferiore a quella degli uomini determinando quindi un livello di alcol nel sangue più elevato (59, 82).

In Italia nel 2022 il 57,5% delle donne di età superiore a 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, per un totale di circa 16.000.000 persone, e si osserva un incremento rispetto al 2021 del 2,5%.

Il 6,1% delle donne ha inoltre consumato alcol in modalità abituale eccedentaria, il 23,2% ha consumato alcol lontano dai pasti, il 3,7% in modalità *binge drinking* e complessivamente il 9,1% delle donne ha consumato alcol in modalità a rischio per la loro salute, pari a circa 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 e, rispetto al 2021, si osserva un incremento del 6,7%; la prevalenza delle *binge drinker* è diminuita tra il 2012 e il 2014 per poi aumentare in maniera pressoché costante tra il 2014 e il 2022. La prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) è diminuita rispetto al 2012 ma non si osservano variazioni significative rispetto all'ultima rilevazione (Tabella 9).

**Tabella 9. Prevalenza (%) delle consumatrici (età ≥11 anni) di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio. Italia, 2012-2022**

Anno	Consumi						Comportamenti a rischio			
	bevande alcoliche	vino	birra	aperitivi alcolici	amari	super-alcolici	abituale eccedentario	fuoripasto	binge drinking	a rischio (ISS)
2012	51,8	39,1	31,5	21,7	14,5	13,1	7,3	15,6	3,1	9,7
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

### Consumatrici minorenni (età 11-17 anni)

Molte ragazze non sono correttamente informate sul fatto che consumare bevande alcoliche al di sotto dei 18-20 anni non è opportuno, sia a causa della scarsa capacità di smaltire l'alcol in età giovanile, sia per la maggiore vulnerabilità delle donne agli effetti negativi dell'alcol.

Nel 2022 la prevalenza di consumatrici di almeno una bevanda alcolica di età 11-17 anni è stata del 15,5% ed è rimasta pressoché stabile rispetto alla precedente rilevazione.

Le bevande maggiormente consumate dalle giovani minorenni sono state nel 2022 la birra e gli aperitivi alcolici seguite da vino, superalcolici e amari.

Le prevalenze delle consumatrici delle diverse bevande alcoliche negli ultimi 10 anni non evidenzia variazioni statisticamente significative (Figura 30).



**Figura 30. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 11-17 anni) di bevande alcoliche. Italia, 2012-2022**  
 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 2022 sono state circa 300.000 le ragazze che non si sono attenute alle indicazioni di sanità pubblica; il 7,4% delle 11-17enni hanno consumato bevande lontano dai pasti e l'1,9% in modalità *binge drinking*.

Per tutte le tipologie di comportamento a rischio considerate, non si rilevano variazioni né rispetto al 2012 né rispetto alla precedente rilevazione (Figura 31).



**Figura 31. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 11-17 anni) per comportamenti a rischio. Italia, 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumatrici adulte (età 18-49 anni)

Molte donne in età adulta non sono consapevoli della maggiore sensibilità e vulnerabilità fisiologica che le espone a maggiori rischi a causa del loro consumo di alcol; l'organismo di una donna presenta infatti una massa corporea inferiore rispetto a quella dell'uomo, 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 e espone le donne a maggiori probabilità di sviluppare patologie, inclusi numerosi tipi di cancro (in particolare quello della mammella), osteoporosi, riduzione della fertilità e complicanze legate a gravidanza, quali aborti spontanei e rischio di partorire neonati affetti da sindrome feto alcolica (50-55).

Nel 2022 il 67,9% delle 18-49enni ha consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno e la prevalenza è aumentata rispetto al 2021 del 4,0%. Le bevande consumate dal maggior numero di donne sono gli aperitivi alcolici (52,6%), la birra e il vino (51,2%) gli amari (27,7%) e i superalcolici (26,8%). Per tutte le bevande considerate si osserva negli ultimi dieci anni un trend in aumento delle prevalenze delle consumatrici; gli incrementi sono significativi per tutte le bevande anche rispetto alla precedente rilevazione. Si segnala l'aumento del 12,6% delle consumatrici di aperitivi alcolici e dell'11,7% delle consumatrici di superalcolici (Figura 32).



**Figura 32. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 18-49 anni) di bevande alcoliche. Italia, 2012-2022**  
 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 37,2% delle donne, seguito dal *binge drinking* (6,7%) e dal consumo abituale eccedentario (3,4%) (Figura 33).

Complessivamente il 9,3% delle donne di questa fascia di popolazione ha consumato bevande in modalità a rischio per la sua salute e il valore è senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.



**Figura 33. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 18-49 anni) per comportamenti a rischio. Italia, 2012-2022**

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 donna 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 (59, 82).

Nel 2022, la prevalenza di donne adulte di età compresa tra i 50 e i 69 anni che hanno consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno è stata del 60,4% e il dato è aumentato nel corso degli ultimi dieci anni sebbene, rispetto al 2021, non si rilevano variazioni statisticamente significative.

La bevanda maggiormente consumata in questa fascia di età è stato il vino (48,3%) seguito dalla birra (44,4%) e per quest'ultima bevanda, si registra un trend in costante crescita nel corso degli ultimi 10 anni con un incremento rispetto al 2021 del 7,0%. Il 29,2% delle donne ha consumato aperitivi alcolici, il 20,5% amari e il 15,2% superalcolici. Rispetto al 2021 le donne consumatrici di aperitivi alcolici sono aumentate del 16,3%, quelle di amari del 11,4% e quelle di superalcolici del 15,2%, confermando il trend in crescita delle consumatrici di queste bevande nel corso degli ultimi 10 anni (Figura 34).



**Figura 34. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 50-69 anni) di bevande alcoliche. Italia, 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il comportamento a rischio maggiormente praticato in questo target di popolazione è il consumo di bevande lontano dai pasti (19,5%), la cui prevalenza è aumentata nel corso dell'ultimo anno del 12,7%, confermando quindi il trend in crescita degli ultimi 10 anni. Il consumo abituale eccedentario è praticato dal 6,4% delle donne e, sebbene il valore sia diminuito rispetto al 2012, risulta stabile ormai da otto anni. Solo il 2,4% delle 50-69enni ha praticato il *binge drinking* e questo indicatore è rimasto pressoché stabile nel corso degli ultimi dieci anni. Complessivamente hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute l'8,0% delle donne di 50-69 anni, valore pressoché stabile sia rispetto al 2012 che rispetto al 2021 (Figura 35).



**Figura 35. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 50-69 anni) per comportamenti a rischio. Italia, 2012-2022**  
 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 donne anziane l'assunzione di alcol, anche moderata, può inoltre peggiorare e accelerare la degenerazione della sfera neurologica e psichica. Infine, spesso la donna 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. Le linee guida per una sana alimentazione (59,82) 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 2022 sono state il 48,0% le donne ultra 70enni che hanno consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno e, nonostante il trend in crescita registrato negli ultimi dieci anni, non si osservano variazioni significative rispetto al 2021. La bevanda in assoluto più consumata in questa fascia d'età è il vino (42,5%), seguita dalla birra (21,4%); la prevalenza delle

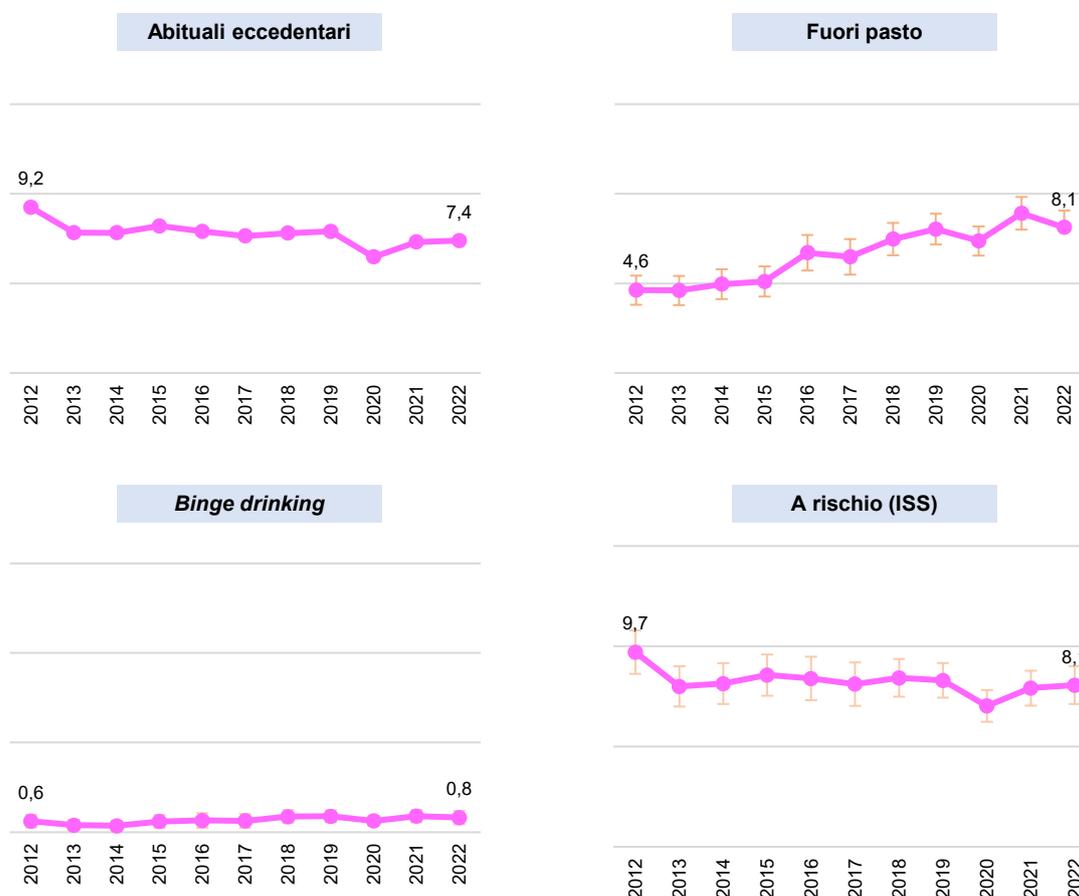
consumatrici di aperitivi alcolici e amari sono state il 9,8% e il 10,3% rispettivamente e le bevande meno consumate in questa fascia di età sono i superalcolici (6,4%). Per tutte le bevande considerate si osserva un trend di consumo in crescita rispetto al 2012 (in particolare per birra e aperitivi alcolici) sebbene le differenze rispetto all'ultima rilevazione non risultino statisticamente significative.



**Figura 36. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 70+ anni) di bevande alcoliche. Italia, 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

I comportamenti a rischio più frequenti in questa fascia di popolazione sono il consumo abituale eccedentario (7,4%) e il consumo di alcol lontano dai pasti (8,1%) e per quest'ultima tipologia di consumo a rischio, la prevalenza è aumentata rispetto al 2012 sebbene il dato risulti stabile rispetto alla precedente rilevazione; solo lo 0,8% delle ultra-70enni ha praticato la *binge drinking* senza variazioni significative rispetto alle precedenti rilevazioni.

Complessivamente nel 2022 l'8,1 delle donne anziane ultra 70enni ha consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute e non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 37).



**Figura 37. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 70+ anni) per comportamenti a rischio. Italia, 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

## Consumo di alcol tra gli anziani

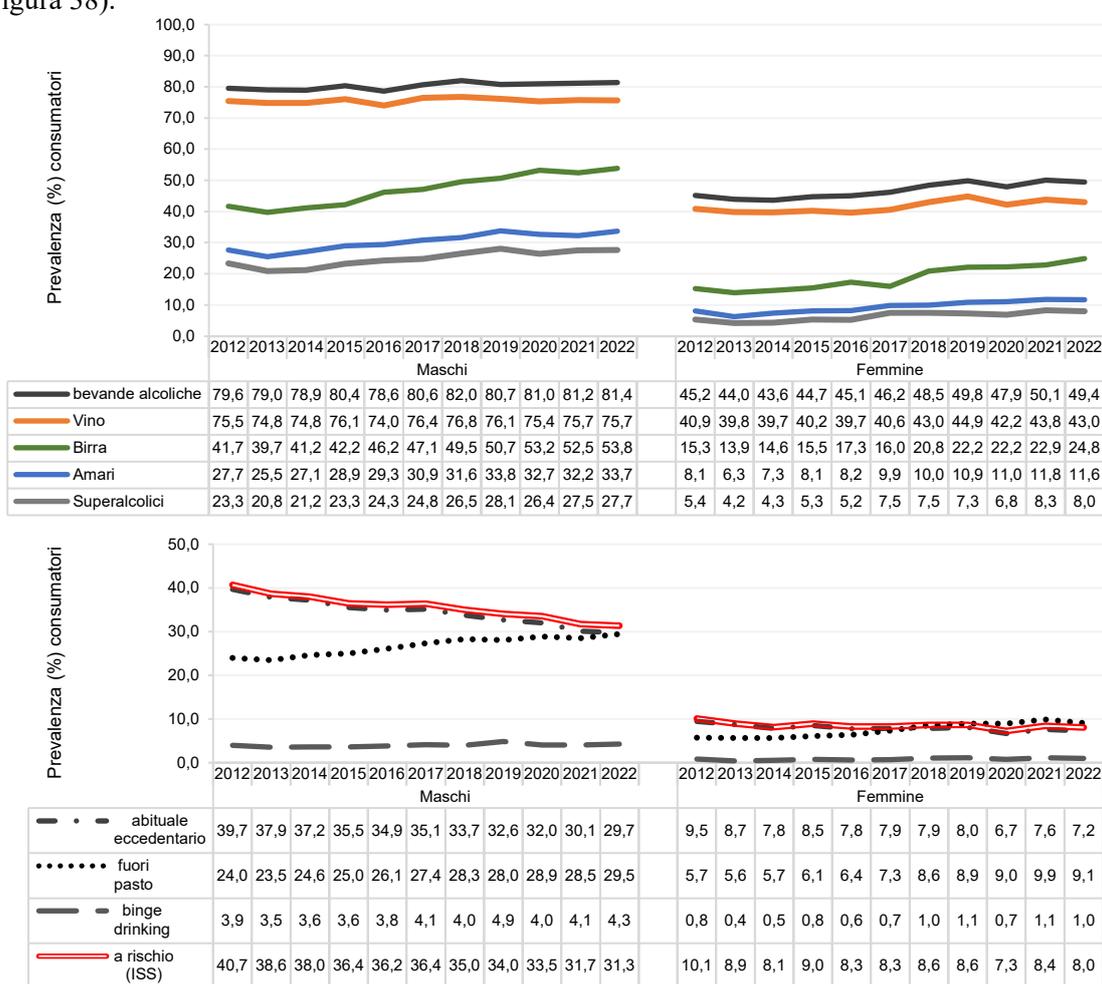
La WHO stabilisce che gli anziani sono uno dei target sensibili della popolazione all'esposizione all'alcol gli anziani, insieme alle donne e ai bambini. Un recente studio ha mostrato che esistono marcate differenze nel consumo di alcol negli anziani tra i diversi Paesi europei e che il genere maschile, 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 (83-86).

Le nuove linee guida (59, 82) 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 2022 l'81,4% degli uomini ultra-65enni e il 49,4% delle loro coetanee 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 rispetto al 2012, sebbene non si siano registrate variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 38).



**Figura 38. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥65 anni) delle diverse bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, per sesso. Italia, 2012-2022**

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, sia per gli uomini sia per le donne (M: 75,7%; F: 43,0%) seguito dalla birra (M: 53,8%; F: 24,8%). Per gli uomini la prevalenza dei consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici è aumentata rispetto al 2012 e per gli aperitivi alcolici si registra un incremento anche rispetto al 2021 del 14,7%; anche per le donne si registra un incremento delle consumatrici di birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici rispetto al 2012 sebbene i valori siano rimasti pressoché stabili rispetto alla precedente rilevazione (vedi Figura 38).

Le prevalenze dei comportamenti a rischio rimangono invariate rispetto al 2021 sia per i maschi che per le femmine e i valori registrati nel corso del 2022 sono più elevati per gli uomini rispetto alle donne per tutti gli indicatori considerati. Per i maschi i comportamenti a rischio più praticati sono il consumo abituale eccedentario (M=29,7%) e il consumo fuori pasto (M=29,5%). Per le femmine il comportamento a rischio più diffuso è stato il consumo fuori pasto, praticato da quasi una anziana su dieci, seguito dal consumo abituale eccedentario (7,2%). Solo il 4,3% dei maschi e l'1,0% delle femmine ha praticato il *binge drinking* nel corso del 2022 (vedi Figura 38).

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 è diminuita la prevalenza dei consumatori e delle consumatrici abituali eccedentarie e di quelli a rischio per il criterio ISS ma, sempre per entrambi i sessi, si osserva nello stesso periodo un aumento della prevalenza dei consumatori fuori pasto.

In totale gli over 65 che nel 2022 hanno tenuto un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS sono stati il 31,3%, dei maschi e l'8,0% delle femmine pari a quasi 2.550.000 persone (Figura 38).

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 2022, l'11,7% della popolazione italiana, agli 'anziani' veri e propri (75-84) che ne rappresentano l'8,4% e ai 'grandi anziani' (85 e oltre) che ne rappresentano infine il 3,8% (87).

## Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

In Italia la popolazione media anziana di 65-74 anni nel 2022 era pari al 11,3% della popolazione maschile italiana e al 12,0% di quella femminile (87). I consumatori in questa fascia d'età sono stati l'82,8% dei maschi e il 54,8% delle femmine, senza variazioni significative né rispetto al 2012, né rispetto al 2021 (Figura 39).

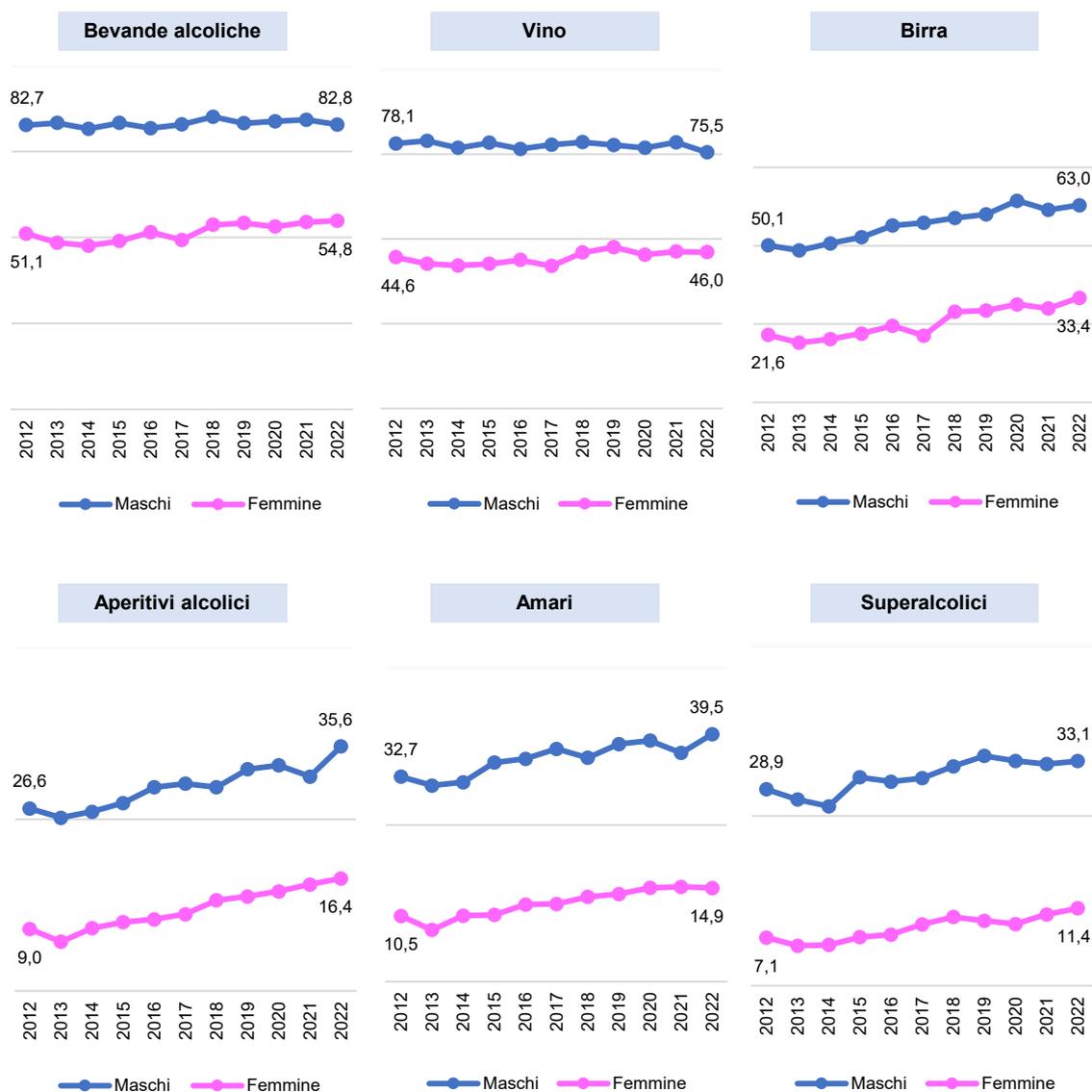
La bevanda più consumata continua ad essere il vino, sia per gli uomini (75,5%) che per le donne (46,0%), e per entrambi, il valore è rimasto pressoché stabile rispetto al 2012.

La birra è stata consumata dal 63,0% dei giovani anziani e dal 33,4% delle loro coetanee; per entrambi i sessi si osserva un trend in crescita della prevalenza dei consumatori e delle consumatrici di questa bevanda (M= +25,7%, F=+54,6% rispetto al 2012) sebbene non si osservino variazioni significative rispetto al 2021.

La prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici nei giovani anziani è aumentata nel corso degli ultimi dieci anni e nel 2022 è pari al 16,4% per le femmine e al 35,6% per i maschi; per questi ultimi si registra un incremento statisticamente significativo del 14,1% rispetto alla precedente rilevazione.

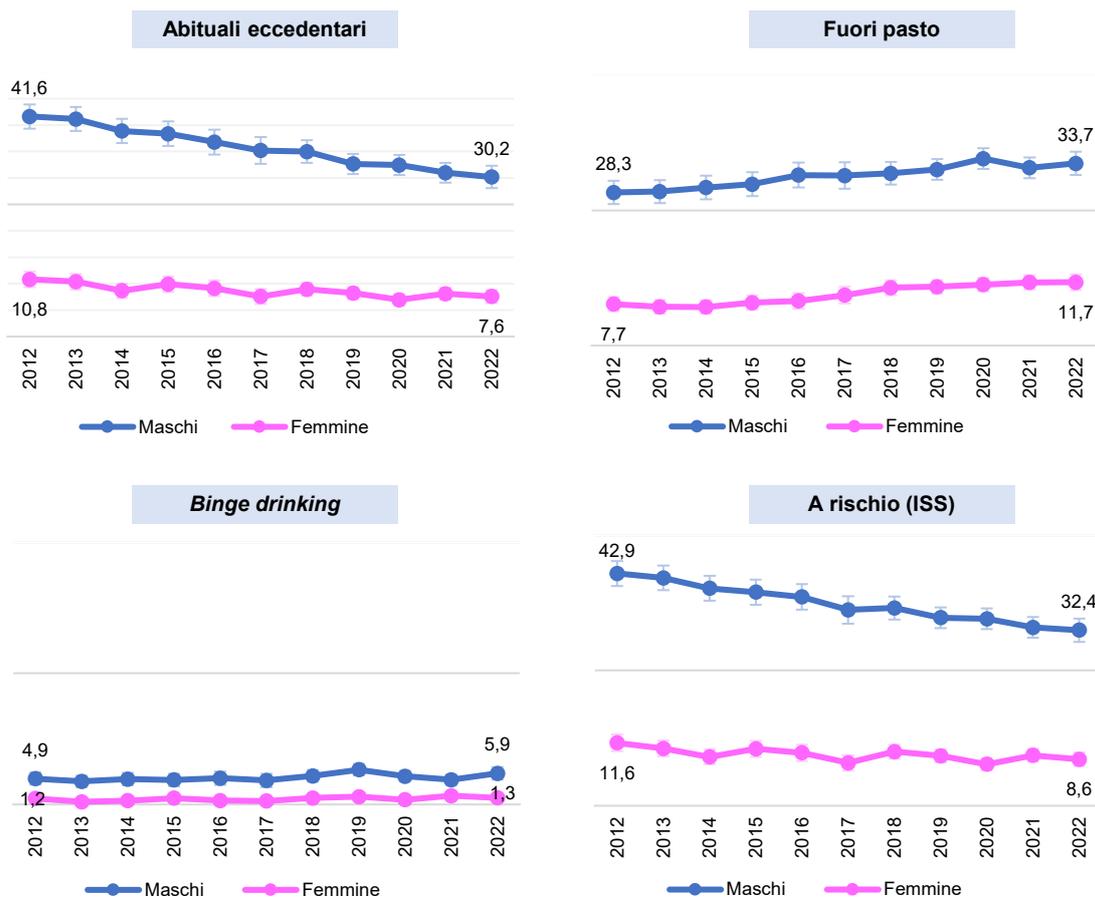
Gli amari sono stati consumati dal 39,5% dei maschi e dal 14,9% delle femmine; per i maschi si conferma l'andamento in crescita della prevalenza dei consumatori di questa bevanda sebbene la differenza rispetto al 2021 non risulti statisticamente significativa. I superalcolici, infine, sono stati consumati, nel 2022, dal 33,1% dei maschi e dal 11,4% delle femmine di questa fascia di età

e non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Le prevalenze di consumatori delle bevande considerate sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (Figura 39).



**Figura 39. Prevalenza (%) di consumatori (età 65-74 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2012-2022**  
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 2021 né tra i maschi, né tra le femmine. Il consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche è stato nel 2022 del 30,2% tra gli uomini e del 7,6% tra le donne mentre la prevalenza del consumo fuori pasto è stata del 33,7% e 11,7% rispettivamente. Il *binge drinking* si mantiene il comportamento a rischio meno frequente tra gli anziani che tuttavia è pari al 5,9% per i maschi e all'1,3% per le femmine (Figura 40).

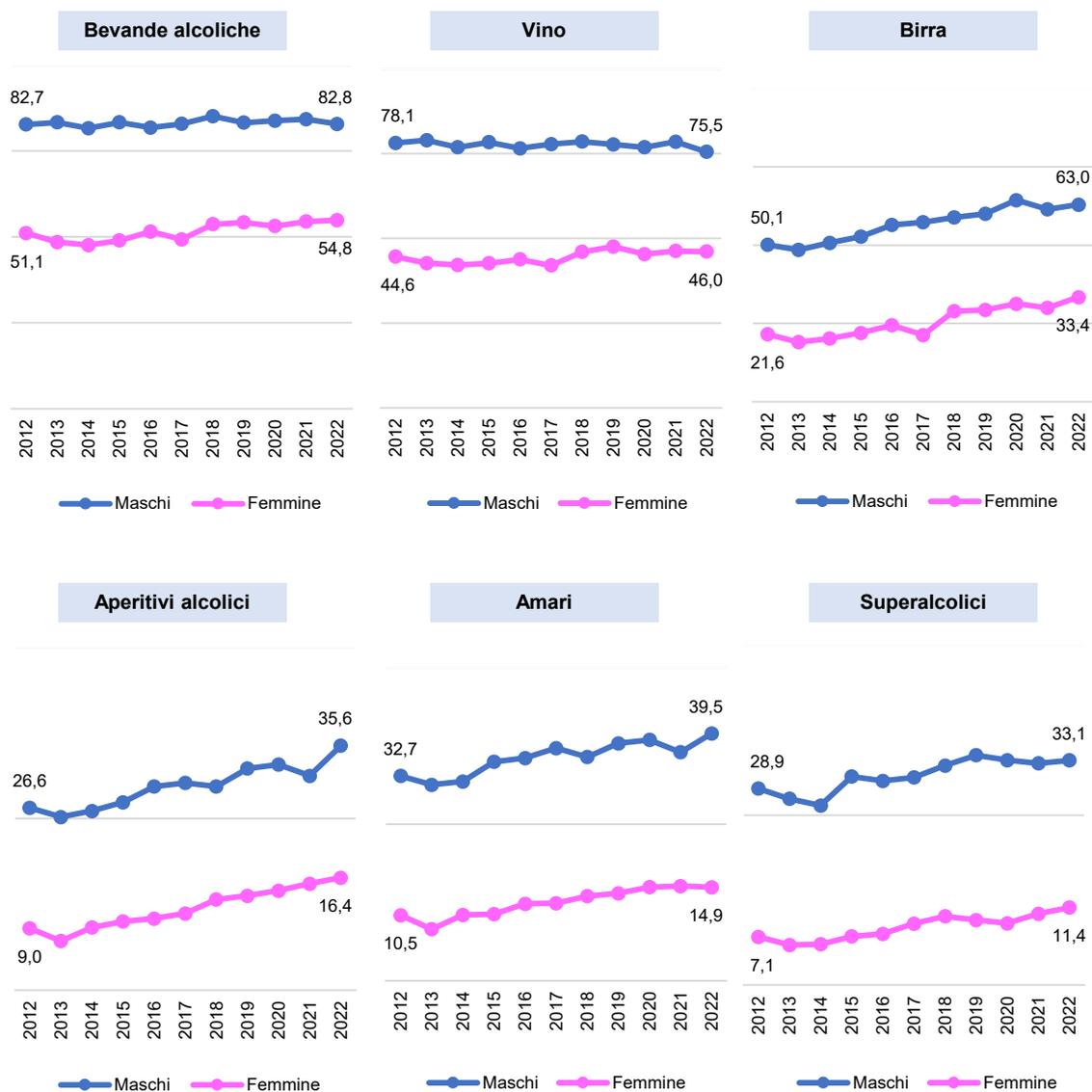


**Figura 40. Prevalenza (%) di consumatori (età 65-74 anni) per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia, 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

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 è diminuita la prevalenza dei consumatori e delle consumatrici abituali eccedentarie e di quelli a rischio per il criterio ISS ma, sempre per entrambi i sessi, si osserva nello stesso periodo un aumento della prevalenza dei consumatori fuori pasto. Complessivamente sono circa 1.350.000 i giovani anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS, ovvero il 32,4% degli uomini e l'8,6% delle donne. Nel corso degli ultimi dieci anni si rileva una costante riduzione della prevalenza dei consumatori a rischio per entrambi i generi (vedi Figura 40).

### Consumatori anziani (75-84 anni)

In Italia la popolazione anziana di 75-84 anni nel 2022 era pari al 7,5% della popolazione maschile italiana e al 9,2% di quella femminile (87). In questa fascia d'età i consumatori nel 2022 sono stati l'81,2% dei 75-84enni di sesso maschile e il 47,0% delle loro coetanee e per queste ultime si osserva rispetto al 2012 un incremento del 12,4% sebbene il dato rispetto alla precedente rilevazione sia rimasto pressoché stabile (Figura 41).



**Figura 41. Prevalenza (%) di consumatori (età 75-84 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La bevanda alcolica più consumata in questa fascia di popolazione, come per le altre fasce di anziani, rimane il vino, che nel 2022 è stato bevuto dal 77,0% dei maschi e dal 41,7% delle femmine, senza sostanziali variazioni rispetto agli ultimi anni. La birra è la seconda bevanda consumata dagli anziani 75-84enni ed è stata bevuta dal 47,4% degli uomini e dal 20,6% delle donne; per entrambi i sessi la prevalenza dei consumatori di questa bevanda è costantemente aumentata rispetto al 2012, sebbene la differenza rispetto alla precedente rilevazione non risulti statisticamente significativa. Gli aperitivi alcolici sono stati consumati dal 24,0% degli uomini e dal 9,8% delle donne senza variazioni significative rispetto agli anni precedenti. Nel corso degli ultimi dieci anni si rileva un costante aumento della prevalenza dei consumatori di aperitivi alcolici per entrambi i generi e per i maschi si registra un aumento anche rispetto al 2021 del 24,4%. Gli amari sono stati consumati dal

29,6% degli uomini di questa classe di età e dal 9,9% delle donne e anche per questa bevanda si registra un incremento dei consumatori nel corso degli ultimi dieci anni. I superalcolici sono stati consumati dal 23,8% dei maschi 65-74enni e dal 5,5% delle loro coetanee. Anche per queste bevande, sebbene senza variazioni significative rispetto al 2021, si evidenzia, in particolare per i maschi, un trend in crescita nel corso degli ultimi anni. Per tutte le bevande considerate il dato degli uomini è sempre superiore a quello delle donne (vedi Figura 41).

Il comportamento a rischio più praticato dai maschi di 75-84 anni nel 2022 è il consumo abituale eccedentario (30,6%), in diminuzione rispetto al 2012 del 20,5%, seguito dal consumo lontano dai pasti (25,7%), che risulta invece aumentato negli ultimi dieci anni del 30,5% (Figura 42).



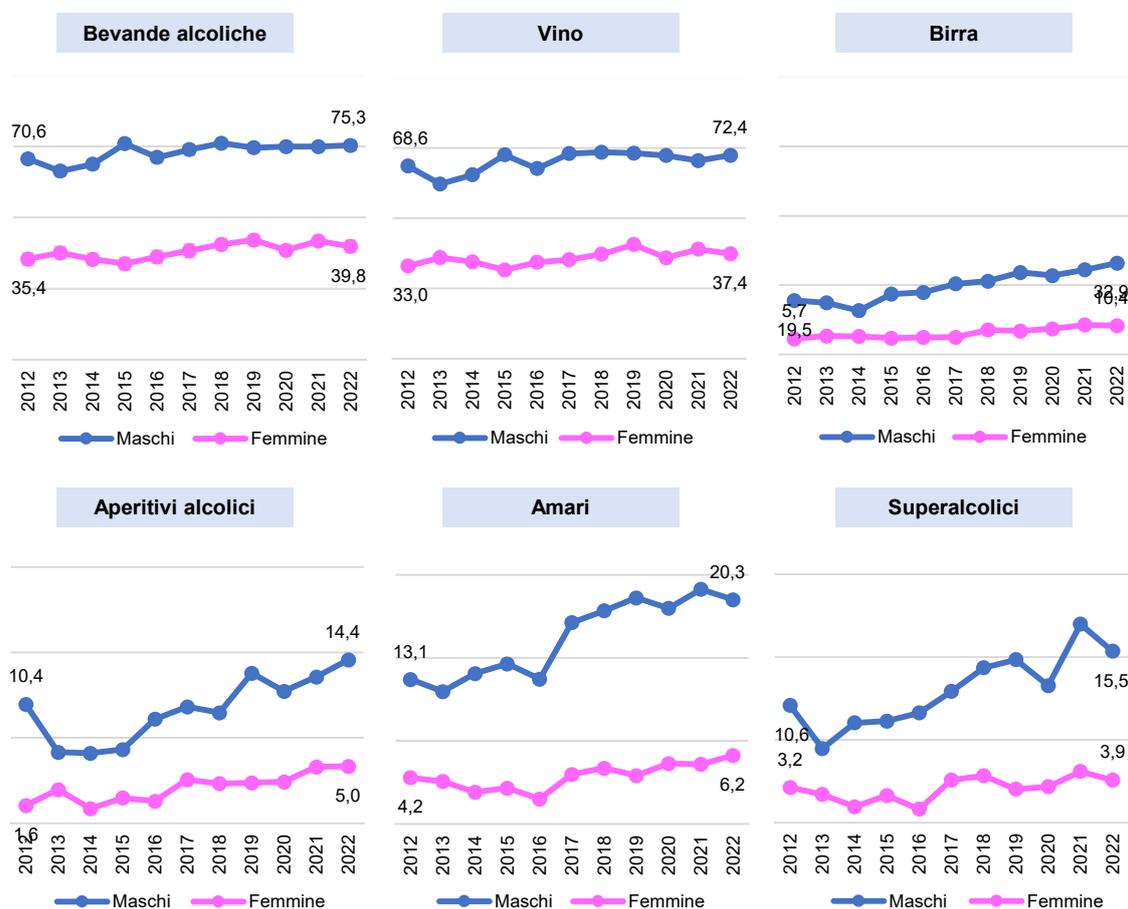
**Figura 42. Prevalenza (%) di consumatori (età 75-84 anni) per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia, 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tra le donne la prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie è stata nel 2022 pari al 6,9%, quella delle consumatrici fuori pasto del 7,5% e per quest'ultimo indicatore si conferma il trend in crescita rispetto al 2012, nonostante la differenza non risulti significativa rispetto all'anno precedente. Gli anziani di 65-74 anni che nel 2022 hanno praticato il *binge drinking* sono il 2,5% dei maschi e lo 0,7% delle femmine. In totale si stima che nel 2022 sono stati circa 920.000 gli anziani che adottano un comportamento a rischio per la salute, il 31,5% degli uomini, diminuiti rispetto al 2012 e il 7,5% delle donne per le quali i valori sono approssimabili con quelli degli ultimi anni (vedi Figura 42).

## Consumatori grandi anziani (≥ 85anni)

In Italia la popolazione media di età superiore a 84 anni nel 2022 era pari al 2,6% della popolazione maschile italiana e al 4,9% di quella femminile (87).

La prevalenza dei “grandi anziani” che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2022 è stata del 75,3% per i maschi e del 39,8% per le femmine senza variazioni significative rispetto agli ultimi dieci anni (Figura 43).



**Figura 43. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥85 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2012-2022**

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

La bevanda più consumata per entrambi i generi rimane (approssimabile al totale dei consumatori), bevuto nel 2021 dal 72,4% dei maschi e dal 37,4% delle femmine ultra 85enni, in entrambi i casi senza variazioni di rilievo né rispetto al 2012 né rispetto al 2021.

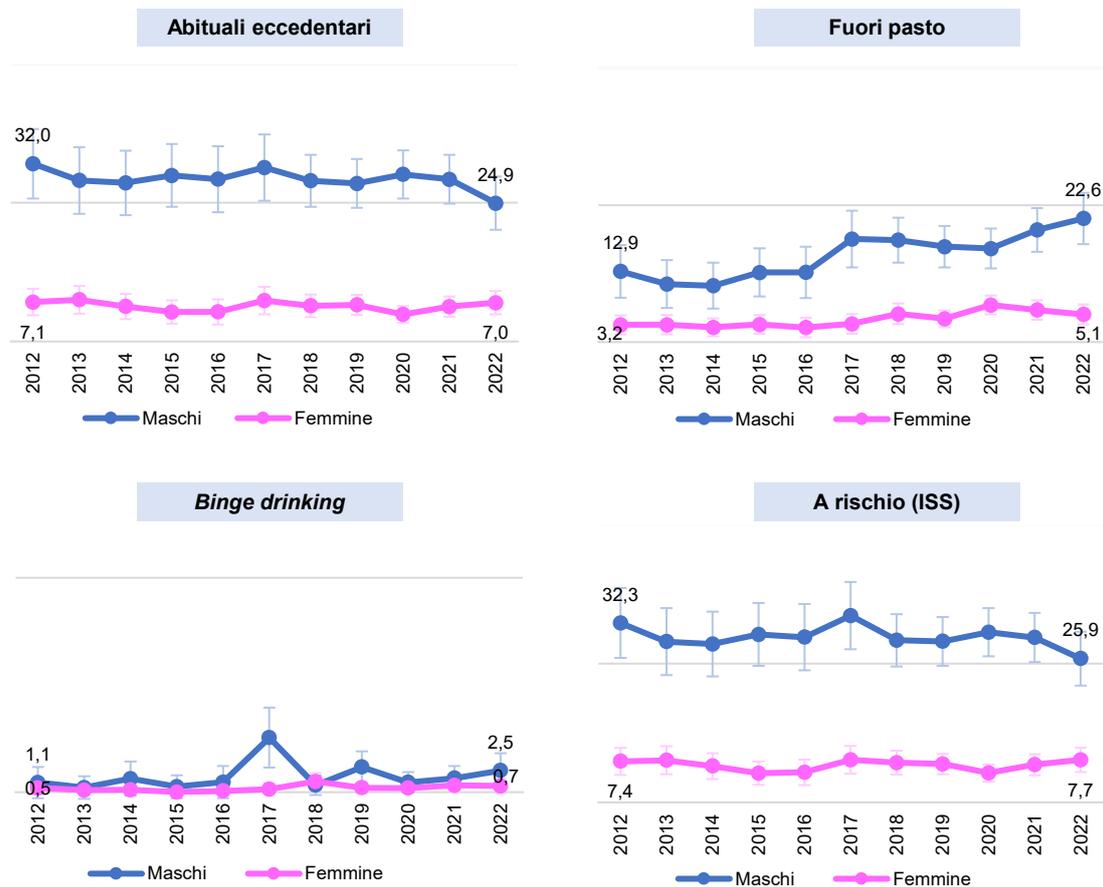
La birra è la bevanda più consumata dopo il vino e nel 2022 la prevalenza dei consumatori di questa bevanda è stata il 32,7% per i maschi e il 10,4% per le femmine. Sebbene le differenze con l'ultimo anno non siano statisticamente significative, l'analisi del trend registrato nel corso degli ultimi dieci anni mostra che per entrambi il dato è aumentato per entrambi i generi del 68,7% per gli anziani di età superiore a 85 anni e del 75,2% per le loro coetanee.

Consumano inoltre amari il 20,3% degli anziani e il 6,2% delle loro coetanee e consumano superalcolici il 15,5% e il 3,9% rispettivamente.

Gli aperitivi alcolici sono le bevande meno consumate sia degli uomini (14,4%) che dalle donne (5,0%), si segnala tuttavia che l'analisi trend registrato nel corso degli ultimi anni evidenzia un aumento costante dei consumatori di questa bevanda per entrambi i generi.

Le percentuali di consumatori delle bevande considerate sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (vedi Figura 43).

Il 24,9% dei maschi e il 7,0% delle femmine hanno consumato bevande alcoliche in modalità abituale eccedentaria nel corso dell'anno 2022 e il 22,6% e 5,1% rispettivamente, hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti (Figura 44).



**Figura 44. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥85 anni) per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia 2012-2022**  
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Solo il 2,5% dei maschi e lo 0,7% delle femmine hanno infine consumato alcol in modalità *binge drinking*. I valori di prevalenza dei comportamenti a rischio considerati hanno subito delle leggere oscillazioni nel corso degli ultimi dieci anni ad eccezione della prevalenza dei consumatori fuori pasto di sesso maschile che è invece aumentata passando dal 12,9% nel 2012 al 22,6% nel 2022 (vedi Figura 44).

In totale si stima che nell'anno 2022 sono stati quasi 280.000 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 2023, 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 rivolti ad attività di consulenza tecnico-scientifica internazionale sulle tematiche emergenti dalle nuove strategie, globale ed europea per le quali l'ONA-ISS, su nomina della WHO e del Ministero della Salute, ha partecipato alle consultazioni online con e tra gli organismi internazionali e gli Stati membri (ampliate a quelle con i rappresentanti della società civile e delle università, quelle delle organizzazioni professionali e delle organizzazioni di *advocacy* non governative). Sono state assicurate le attività di condivisione e aggiornamento periodico nazionali, quelle di valutazioni delle migliori pratiche europee 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* (TAG-ADE) 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 (HQ, WHO) di Ginevra:

- 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* WHO sulla base dell'esperienza dell'ONA-ISS del SISMA online (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index>);
- produzione di un rapporto sintetico (*policy brief*) internazionale pubblicato sul sito web della HQ, WHO sulle bevande non alcoliche o a bassa gradazione alcolica;
- partecipazione e co-creazione e realizzazione di una serie di webinar internazionali della WHO.

Nel dettaglio sono di seguito riportate le principali attività del 2023.

## Attività con la WHO

### Partecipazione al *IV Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours* della WHO, HQ

Nel corso 2023 si è tenuto il quarto Forum su alcol, droghe e dipendenze comportamentali della WHO (*IV WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours*, FADAB), evento biennale i cui lavori sono iniziati nel 2022, all'interno del *Department of Mental Health and Substance Use*, che ha visto la partecipazione formale, su invito della sede centrale della WHO, dei ricercatori dell'ONA-ISS. Il Forum della WHO su alcol, droghe e dipendenze comportamentali è un evento che mira a rafforzare i partenariati e la collaborazione tra organizzazioni, reti e istituzioni orientate alla salute pubblica internazionali al fine di affrontare alcune delle questioni più urgenti del nostro tempo. L'uso dannoso di alcol, di droghe e comportamenti di dipendenza ha effetti devastanti sugli individui, sulle famiglie e sulle comunità con un enorme impatto socioeconomico a livello nazionale e globale e per accelerare e sostenere le azioni di salute pubblica in un mondo in rapida evoluzione.

Il Forum si è svolto a Ginevra (Svizzera), dal 27 al 30 giugno 2023 con possibilità di partecipazione anche online.

L'edizione 2023 si pone in diretta continuità e integrazione dinamica con le precedenti edizioni del 2017, 2019 e 2021, l'ultima delle quali si è svolta esclusivamente online a causa della pandemia COVID-19.

Il Forum, proseguendo il lavoro svolto nel corso delle edizioni precedenti, ha avuto l'obiettivo di rafforzare la collaborazione internazionale tra le principali parti interessate nei settori della prevenzione dell'uso di sostanze e delle dipendenze comportamentali con un focus sulla recente introduzione nella ICD-11 del *gaming* come condizione patologica sinora non considerata dalle precedenti classificazioni della malattie, del *gambling* e della loro convergenza rispetto alle condizioni di attuazione online e offline. Di particolare rilievo è stata la sessione sullo stato dell'arte del progetto collaborativo mondiale della WHO sul *gaming*, di cui l'ONA-ISS è membro formale e partner nel gruppo di esperti internazionali di nomina WHO (88). Nella sessione si è discusso della necessità di implementare metodologie e strumenti in grado di identificare precocemente il rischio legato a un'esposizione patologica al *gaming*, in particolare da parte di minori, adolescenti e giovani, anche sulla base dei dati e delle evidenze portati dai rappresentanti di numerose realtà nazionali nel mondo e presenti al Forum.

L'attenzione dell'edizione 2023 del Forum si è concentrata sulla discussione degli impegni internazionali già attivati e da attivare, compresi quelli delineati nel Piano d'azione globale sull'alcol della WHO (*Global Alcohol Action Plan 2022-2030*) approvato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2022, 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 corso dell'evento, sono state analizzate le esperienze già in atto, le buone pratiche e i molti gap individuati attraverso il monitoraggio epidemiologico garantito dai sistemi nazionali e internazionali, concentrandosi su compiti, sfide e opportunità future. Mentre il mondo affrontava la pandemia di COVID-19, che ha avuto un impatto significativo sulle nostre vite e sulle priorità di sanità pubblica, l'importanza di una forte collaborazione internazionale per affrontare l'impatto dell'uso di sostanze e delle dipendenze comportamentali come determinanti chiave della salute mentale e del benessere è diventata ancora più importante.

Più in dettaglio, 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. Nell'ambito delle numerose sessioni, è stata richiesta la valutazione dell'ONA in quella dedicata alle modalità attraverso cui rafforzare l'implementazione di politiche efficaci per ridurre il rischio e il danno alcol-correlato, valorizzando l'esperienza italiana del Sistema di monitoraggio nazionale SISMA. Il SISMA rappresenta un modello di sistemi interconnessi, standardizzati e fruibili per l'analisi e la valutazione dell'impatto del consumo di alcol, le cui implicazioni di salute lo rendono fondamentale per adeguare le politiche e i piani di prevenzione, come dimostrato dalla recente produzione di un PNAS che ha introdotto le integrazioni richieste dalla WHO da attuare al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi sostenibili di salute.

Al Forum hanno partecipato:

- decisori politici e coloro che sono impegnati nella definizione delle priorità, nello sviluppo e nella valutazione delle strategie di prevenzione e trattamento al fine di condividere l'impegno per identificare, sviluppare e attuare strategie e programmi specifici;
- operatori sanitari con l'obiettivo di condividere le buone pratiche sull'implementazione di nuovi approcci per la prevenzione, lo screening e gli interventi terapeutici e comprendere meglio come finanziare e implementare gli interventi basati sull'evidenza;
- *focal point* per approfondire le attività, i partenariati e gli impegni internazionali della WHO;
- rappresentanti di organizzazioni governative o di agenzie specializzate delle Nazioni Unite, per l'opportunità di unirsi a una forza globale, incontrare altri esperti internazionali e ampliare la rete di contatti;
- rappresentanti di associazioni professionali o di organizzazioni non governative capaci d'interagire con attori chiave, cogliere opportunità di *advocacy* e inquadrare meglio il proprio lavoro per promuovere cambiamenti di politiche e programmi;
- accademici e ricercatori per beneficiare di una piattaforma globale che consenta lo scambio di conoscenze, di identificare lacune nella ricerca e di unire le forze con nuovi partner nello sviluppo e nell'attuazione di futuri programmi di ricerca;
- rappresentanti di fondazioni per entrare a far parte di un movimento globale che favorisca l'incontro con nuove realtà e la ricerca di nuove soluzioni al fine di migliorare la salute e il benessere delle popolazioni;
- rappresentanti di istituzioni orientate alla salute pubblica in grado di occuparsi dei problemi di salute pubblica legati all'alcol, alle droghe e alle dipendenze comportamentali.

Durante l'evento, i delegati provenienti da circa 50 Paesi hanno discusso e condiviso conoscenze e strategie per migliorare la collaborazione internazionale tra i principali stakeholder, prevenire e ridurre l'impatto dell'uso di sostanze e di comportamenti di dipendenza con particolare attenzione al gioco d'azzardo.

Inoltre, sono stati esaminati e discussi anche i progressi nell'attuazione degli impegni internazionali e di quelli delineati nel Piano globale d'azione sull'alcol 2022-2030 della WHO, approvato nel 2022 dall'Assemblea Mondiale della Sanità.

Durante l'incontro, i rappresentanti della società civile, del mondo accademico, della sanità, delle organizzazioni governative e degli Stati membri hanno discusso una serie di questioni, tra cui i progressi verso il raggiungimento dell'obiettivo di sviluppo sostenibile SDG 3.5 sul

rafforzamento della prevenzione e del trattamento dell'uso di sostanze e dei determinanti commerciali dell'uso di sostanze e delle dipendenze comportamentali, sottolineando le criticità relative alle pressioni dell'industria sulle politiche di prevenzione e salute pubblica riguardanti l'alcol e ai frequenti conflitti d'interesse nei contesti istituzionali e di ricerca che condizionano le azioni, strategie e iniziative d'interesse pubblico.

Il Forum, infine, ha ospitato le testimonianze e le esperienze di persone che hanno avuto DUA, sostanze e dipendenze comportamentali e le posizioni critiche e unanime dei rappresentanti dell'accademia, della società civile e dell'*advocacy* sulle dinamiche di *lobby* messe in atto dall'industria dell'alcol, del *gaming* e del gioco d'azzardo. Nei contesti istituzionali, infatti, la tutela della salute pubblica dovrebbe essere prioritaria rispetto alla commercializzazione di prodotti che, per una logica di interessi economici, non garantiscono un'adeguata tutela del consumatore e adeguati livelli di prevenzione.

Per ulteriori approfondimenti sull'evento è possibile consultare la pagina di epicentro dedicata ove sono segnalati una serie di link di interesse specifico: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/IV-forum-mondiale-alcol-droghe-dipendenze-comportamentali>.

## **Consultazione per il *Global alcohol action plan 2022-2030* della WHO, HQ**

Dal 18 al 20 gennaio 2023 si è svolta la consultazione della WHO con le associazioni professionali e il mondo accademico sull'implementazione del Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030.

Il Piano, alla cui stesura ha contribuito l'ONA-ISS già dalle prime fasi e cioè a partire dal 2019, come precedentemente segnalato mira a promuovere l'attuazione della strategia globale sulle bevande alcoliche e sfruttare le evidenze disponibili, e il *know-how* politico, nel controllo dell'alcol e nell'affrontare i danni associati al suo consumo. Esso è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie cronico-degenerative, azione principe dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e gli SDG che prevedono la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025 (11).

Questa consultazione fa seguito alla stesura del nuovo piano, iniziata nel 2019, avvenuta con la partecipazione attiva di esperti a riunioni di lavoro per la discussione dei contenuti del documento e, successivamente, a consultazioni online per lo sviluppo del piano stesso e alla sua adozione, avvenuta nel maggio 2022, dalla 75<sup>a</sup> Assemblea Mondiale della Sanità, dettata dalla necessità di promuovere un'efficace implementazione della strategia mondiale per ridurre il consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica (89).

Gli obiettivi della consultazione dello scorso gennaio 2023 sono stati quelli di informare le associazioni professionali e il mondo accademico (compresi i centri collaborativi della WHO) sul Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030 e sulle azioni proposte nel piano per esplorare opportunità ed eventuali collaborazioni internazionali, discutere potenziali ruoli e attività delle associazioni professionali e del mondo accademico stesso, partecipanti alla consultazione, nell'attuazione del Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030.

Il piano d'azione stabilisce sei aree d'azione cruciali a cui corrispondono obiettivi e indicatori specifici: per ciascuna delle sei aree, il piano propone azioni e misure da parte degli Stati membri, del segretariato della WHO e di altre parti interessate, quali le associazioni professionali e il mondo accademico inclusi i centri collaborativi della WHO e con quest'ultimi si è lavorato sulla sfida di sviluppare e implementare misure efficaci per ridurre il consumo dannoso di alcol a tutti i livelli.

La consultazione ha consolidato il consenso dei rappresentanti mondiali della comunità scientifica e accademica e quello del settore dei professionisti della salute sul messaggio centrale di una prevenzione basata sulle evidenze (come quelle pubblicate sulla rivista *Lancet* a gennaio,

che hanno ribadito che non esistono limiti sicuri di consumo di alcol per la nostra salute) e che hanno supportato scelte a tutela dei consumatori (come quelle della Commissione europea nell'approvazione delle informazioni di salute in etichetta degli alcolici proposte in Irlanda e le linee guida del Canada che hanno indicato in due bicchieri di bevanda alcolica a settimana i limiti da non superare). Sono state inoltre affrontate le tematiche prioritarie della diffusione dell'interferenza dell'industria nel raggiungimento degli obiettivi di salute sostenibili e, a livello nazionale, le dinamiche pervasive di conflitti d'interesse operanti nei contesti di decisione delle politiche di prevenzione ostacolate da logiche di convenienza economica prevalenti su quelli di prevenzione e di tutela della salute.

In sintesi, nel primo semestre del 2022 hanno avuto seguito i lavori e le consultazioni online con il *Department of Mental Health and Substance Use* della WHO su “Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol” (piano d'azione per implementare la strategia globale sull'alcol della WHO al fine di ridurre l'uso dannoso di alcol 2022-2030), anche alla luce della valutazione dell'impatto del ritardo nel raggiungimento degli obiettivi sostenibili di salute dell'Assemblea delle Nazioni Unite e dell'Agenda 2030 nel merito della prevenzione e del controllo delle malattie cronicodegenerative puntualizzante la sostanziale interferenza di risorse sinora adottate per raggiungere l'obiettivo di riduzione dell'impatto dell'alcol a livello globale e nelle singole realtà nazionali. A tal riguardo e come raccordo a quanto descritto, nel 2020 al Direttore Generale della WHO era stato richiesto di sviluppare un piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per la riduzione dell'uso dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, in consultazione con gli Stati membri e le parti interessate pertinenti, per l'esame della 75<sup>a</sup> Assemblea Mondiale della Sanità attraverso la 150<sup>a</sup> sessione del Comitato esecutivo della WHO nel 2022, e per sviluppare un rapporto tecnico sull'uso dannoso di alcol-correlato al marketing transfrontaliero di alcol, pubblicità e attività promozionali, in particolare per quanto concerne i giovani e gli adolescenti, prima della 150<sup>a</sup> sessione del Comitato esecutivo della WHO, come ulteriore contributo allo sviluppo del piano d'azione nonché per fornire risorse adeguate al lavoro sull'uso dannoso di alcol. Nel corso del primo semestre del 2022, successivamente all'elaborazione delle proposte italiane pubblicate sul sito web della WHO inerenti alla bozza zero, la prima e la seconda bozza del suddetto piano d'azione WHO 2022-2030, è proseguita la partecipazione dell'ONA-ISS alle riunioni organizzate dalla WHO, in qualità di esperti tecnici, dopo la consultazione via web avviata con gli Stati membri, le organizzazioni delle Nazioni Unite; altre organizzazioni internazionali e con gli attori non statali. Tutti i feedback pertinenti ricevuti dalla WHO sono stati pubblicati sul sito web della WHO. Tali attività sono proseguite fino al 24 maggio 2022, quando l'Assemblea Mondiale della Sanità ha reso esecutivi gli obiettivi del nuovo “Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol” (23).

### **Contratto di servizio con la WHO, *Less Alcohol Unit***

Anche per il 2023, così come per l'anno precedente, è stata formalizzata una nuova attività di collaborazione e consulenza attraverso un contratto di servizio 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 3 argomenti:

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

Per quanto riguarda il primo punto, “Health warning on label survey” l’ONA-ISS ha collaborato alla messa a punto di un questionario per un’indagine conoscitiva sull’etichettatura delle bevande alcoliche (*Questionnaire for the CODEX CFL48 discussion paper. Labelling on alcoholic beverages*) di prossima attivazione.

Rispetto al secondo punto, “Youth and alcohol”, l’attività, tuttora in corso, è consistita nel produrre un documento, in corso di revisione finale, che descrive la situazione italiana quale *country case* volto a fornire input sul miglioramento del tracciamento delle implementazioni delle politiche di controllo dell’alcol.

Ulteriori attività saranno descritte successivamente non appena finalizzate, così come le attività relative al terzo punto “Indicator dashboard for tracking alcohol control policy implementation” in corso di formalizzazione.

### **Consultazione per la valutazione dell’implementazione degli obiettivi di sviluppo sostenibile dello *European Framework for Action on Alcohol***

Nel corso del 2023 si sono svolte le consultazioni della WHO per la valutazione dell’implementazione degli obiettivi delle strategie globale ed europea focalizzate sul livello di raggiungimento dei *SDG* (3.5) e come dati *baseline* per lo *European framework for Action on Alcohol 2022-2025* (90).

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.

Il report internazionale e i *Country Report* saranno resi disponibili dalla WHO nel 2024.

### **Attività di collaborazione e consulenza nella presentazione di *snapshot* con la WHO, *Less Alcohol Unit***

Sono continuate nel 2023 le attività di collaborazione e consulenza per quanto concerne la partecipazione ai webinar tematici della *Less Alcohol Unit* e la diffusione nazionale della relativa serie di istantanee *snapshot series* una per ciascun webinar, riassunti le conversazioni tra i diversi soggetti portatori d’interesse sulle politiche e le abitudini di consumo relative alle bevande alcoliche che forniscono una panoramica sulle criticità legate all’accettabilità, la disponibilità (la facilità d’acquisto) e l’accessibilità (il prezzo di vendita) e come questo influenzi le persone e le comunità.

I webinar hanno lo scopo di discutere le diverse tematiche proposte attraverso la partecipazione attiva ai webinar stessi di politici, funzionari governativi, funzionari pubblici, gruppi della società civile, media e ricercatori competenti, tra i quali l’ONA-ISS. Sulla pagina web dedicata di Epicentro, portale dell’epidemiologia dell’ISS, (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms>), sono disponibili gli approfondimenti dell’intera prima serie di *snapshot* (6 istantanee), e una serie di link ai principali documenti scientifici internazionali d’interesse, sintetizzati a cura dell’ONA-ISS.

I riassunti delle prime 5 istantanee e i relativi link degli approfondimenti, a cura dell’ONA-ISS, sono disponibili come di seguito riportato:

1. Consumo di alcol e disuguaglianze socioeconomiche: in che modo un approccio basato sulla promozione della salute può essere d'aiuto (*Addressing alcohol consumption and socioeconomic inequalities: how a health promotion approach can help*)
2. Alcol non registrato: cosa ci dicono le evidenze (*Unrecorded alcohol: what the evidence tells us*)
3. Affrontare e gestire i conflitti d'interesse nelle politiche di controllo sull'alcol (*Protecting alcohol control policies from vested interests*)
4. Informazioni sanitarie nelle etichette delle bevande alcoliche: un'opportunità per scelte consapevoli e più salutari (*Health warning labels on alcoholic beverages: opportunities for informed and healthier choices*)
5. Interventi a livello di popolazione per la riduzione del consumo di alcol: cosa ci dice l'indicatore "consumo di alcol pro capite"? (*Population-wide interventions for reducing alcohol consumption: what does the per capita consumption indicator say?*)

A queste si aggiunge, nel 2023, l'ultima istantanea della prima serie, prodotta nel gennaio 2023, e riassunta come di seguito riportato.

6. Marketing digitale delle bevande alcoliche (*Digital marketing of alcoholic beverages: what has changed?*) (91).

### **Stesura e diffusione dell'istantanea "A public health perspective on zero-and low-alcohol beverages" della WHO, *Less Alcohol Unit***

Nel 2023 è stata prodotta l'istantanea in inglese relativa al webinar mondiale dal titolo "Bevande zero alcol e a bassa gradazione alcolica: un miglioramento reale o una soluzione apparente?" (il titolo inglese è *Zero and Low alcohol beverages: real improvement or apparent solution?*) tenutosi il 23 giugno 2022 (92). Tale attività conclude quanto era previsto nel contratto di servizio del 2022 con la WHO, *Less Alcohol Unit*.

Il webinar è stato parte integrante di un progetto della WHO per il quale l'ONA-ISS è stato richiesto dall'*Head Quarter* di Ginevra come consulente per la redazione di *policy brief* per il target internazionale dei *policy maker* nell'ottica del supporto tecnico scientifico all'implementazione dell'*Action Plan* della *Global Strategy on Alcohol* approvata a maggio dall'Assemblea Mondiale della Sanità e in ottemperanza all'esigenza di garantire l'implementazione e il raggiungimento degli SDG delle Nazioni Unite e della Strategia di contrasto alle NCD della WHO e dell'Agenda 2030 in cui l'Italia è impegnata.

Più in particolare, nel 2023 sono continuate le attività dell'ONA-ISS sul tema specifico consistite nella preparazione e diffusione del documento finale, che è stato reso disponibile online, in lingua inglese, nell'aprile 2023 in contemporanea sul sito della WHO e dell'ISS e in coincidenza con il giorno di prevenzione alcolologica nazionale, l'*Alcohol Prevention Day 2023*, che si svolge ogni anno a Roma presso l'ISS, organizzato dall'ONA-ISS in collaborazione con il Ministero della Salute.

"Le bevande analcoliche e a bassa gradazione alcolica in una prospettiva di salute pubblica - *A public health perspective on zero-and low-alcohol beverages*" è quindi l'istantanea prodotta nell'aprile 2023, frutto di una serie di attività e di incontri (*web meeting*), che hanno avuto come principale obiettivo, quello di sensibilizzare sulle bevande NoLo (*zero and low-alcohol beverages*) (bevande analcoliche e a basso contenuto di alcol), esaminare le potenziali insidie nascoste, esaminare le politiche esistenti e le lacune normative, e le misure di salute pubblica necessarie per affrontare l'aumento del consumo di NoLo nel futuro prossimo.

In sintesi, negli ultimi anni il consumo di bevande analcoliche e a basso contenuto di alcol è cresciuto in modo significativo, sebbene rappresenti ancora una piccola quota di mercato.

Le bevande NoLo possono rappresentare un utile strumento per migliorare la salute delle persone solo se il loro consumo implica una riduzione del consumo di alcol, ma molti sono i temi che necessitano attenzione da parte dei principali portatori di interesse.

Spesso le bevande NoLo sono descritte come una soluzione per diminuire il consumo di alcol, una strategia per ridurre i danni alcol-correlati tra i forti consumatori di alcol. Daltra parte, però, le bevande NoLo normalizzano la cultura del consumo di alcol e offuscano il potenziale conflitto di interessi nello sviluppo di politiche di salute pubblica.

Gli effetti delle bevande NoLo sul consumo globale di alcol e sulla salute pubblica in generale sono ancora in discussione. Le evidenze rispetto ai vantaggi delle bevande NoLo sono limitate. Mancano politiche e regolamenti sulla loro accettabilità, sulla disponibilità, e accessibilità economica. Sono state sollevate preoccupazioni sull'impatto delle bevande NoLo nella riduzione del consumo di alcol e dei danni associati e le implicazioni sul contenuto di alcol come per i minori, le donne in gravidanza, gli astemi o coloro che cercano di smettere di consumare bevande alcoliche.

Preoccupano anche le implicazioni dei prodotti NoLo esposti nei punti vendita vicini alle principali bevande alcoliche dello stesso marchio e il loro potenziale per portare sottilmente a nuove occasioni di consumo di alcol.

La *governance* dei prodotti NoLo è frammentata e incoerente, senza standard per l'etichettatura e la commercializzazione in tutti i Paesi. Mancano evidenze sulla produzione, il consumo e il potenziale impatto sulla salute delle bevande NoLo. L'etichettatura e la commercializzazione di queste bevande sono scarsamente regolamentate, sono incoerenti tra i diversi Paesi e rappresentano un'opportunità di alibi per il marketing e per i consumatori.

La disponibilità di NoLo può guidare la scelta dei consumatori e normalizzare il consumo di alcol fungendo da prodotti *gateway*. I consumatori dannosi di alcol sembrano consumare NoLo in aggiunta al normale consumo di bevande alcoliche. A questo riguardo, è anche vero che le birre NoLo non sembrano fungere da porta d'ingresso per il consumo di birra a più alta gradazione, ma piuttosto a sostituzione rispetto all'acquisto di bevande a più alta gradazione alcolica, specialmente se rese relativamente più disponibili. La misura in cui si verifica la sostituzione tra NoLo e bevande ad alta gradazione rimane poco chiara.

Le politiche fiscali e di prezzo basate sul contenuto di etanolo possono spingere il consumo verso prodotti alcolici a bassa gradazione e possono supportare cambiamenti sia dal lato della produzione che del consumo, ma una cultura del "consumo per ubriacarsi" limita queste misure. Le esperienze disponibili dei Paesi Bassi, della Nigeria, della Norvegia e della Thailandia forniscono approfondimenti sulle possibili direzioni per interventi politici, in particolare per affrontare il marketing, l'etichettatura e la tassazione dei prodotti NoLo.

Per comprendere le implicazioni per la salute pubblica dei prodotti NoLo, è necessario monitorare il loro consumo e l'impatto sul consumo totale di alcol. Il contenuto di alcol in volume delle bevande NoLo deve essere definito, armonizzato e chiaramente etichettato. Il marketing NoLo deve essere regolamentato per proteggere i giovani, le donne in gravidanza e coloro che cercano di smettere di consumare alcol, ad esempio estendendo i divieti di marketing esistenti includendo i prodotti NoLo. Le politiche fiscali e di prezzo per ridurre l'accessibilità dei prodotti con gradazioni alcoliche più elevate possono favorire uno spostamento verso bevande a gradazione alcolica inferiore; tuttavia, la loro efficacia e sicurezza dovrebbero essere ulteriormente studiate.

Per ulteriori approfondimenti sull'istantanea è possibile consultare la pagina di epicentro dedicata ove sono segnalati una serie di documenti di interesse specifico e il link all'istantanea in lingua inglese: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/snapshot-series-oms-bevande-nolos>.

## Supporto tecnico-scientifico all'*Evidence into Action Alcohol Project* della WHO, Ufficio Regionale per l'Europa

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) (93), 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 è cofinanziato dalla Commissione Europea (CE) e dall'UE ed è stato lanciato ufficialmente a dicembre 2022 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.

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.

In tale ottica, l'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO ha organizzato il *Second annual meeting of the EVID-ACTION Member States Focal Points Network on Alcohol Technical Meeting* a Ljubljana (Slovenia) lo scorso 9 e 10 ottobre 2023. L'incontro, concentrato sul consumo di alcol e sulle politiche sull'alcol nella Regione Europea, ha proposto due obiettivi specifici:

- offrire opportunità agli Stati membri di discutere l'attuazione delle misure politiche incluse nel Quadro europeo d'azione sull'alcol, 2022-2025, comprese le priorità di azione e le sfide;
- fornire un aggiornamento della WHO agli Stati membri sui progressi in materia di alcol, comprese le iniziative EVID-ACTION e le azioni relative ai conflitti di interessi e alla protezione della politica sanitaria pubblica dalle interferenze dell'industria dell'alcol.

L'ONA-ISS ha provveduto a condividere 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.

Nel corso del 2023 l'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO ha svolto una serie di webinar su varie tematiche alcol-correlate analizzate da una prospettiva di salute pubblica. Questa serie, conclusa di recente, era rivolta principalmente ai giovani laureati, agli specializzandi, ai

ricercatori all'inizio della carriera e a giovani professionisti in vari contesti quali la sanità pubblica, le scienze sociali, la medicina, l'economia, ecc.

La serie dei webinar, che fanno parte del progetto *EVID-ACTION*, integra le *Training sessions on alcohol monitoring and data collection* avviate dalla WHO attraverso riunioni internazionali con gli esperti degli Stati membri e alle quali l'ONA-ISS garantisce il consueto supporto tecnico-scientifico, l'expertise epidemiologico e di sorveglianza e la consulenza richieste dalla WHO attraverso l'esperienza e le competenze proprie del SISMA, azione centrale a livello nazionale, finanziata dal Ministero della Salute. Tale serie ha avuto inizio il 30 maggio 2023 con il webinar dal titolo "Alcohol No Ordinary Commodity" che ha seguito lo schema del volume omonimo pubblicato dalla WHO a novembre 2022, e arrivato alla sua terza edizione, illustrando l'importanza delle politiche sull'alcol e fornendo una serie di evidenze sull'impatto mondiale dell'uso di alcol, lo stato attuale della ricerca sulle politiche sull'alcol e l'efficacia di strategie e interventi basati sulle evidenze (94).

La condivisione e il consenso raggiunto tra gli Stati membri in relazione a EVID-ACTION si è concentrata su:

- sviluppare evidenze per sostenere l'implementazione di efficaci avvertenze (*warning*) sulla salute sull'alcol, con un'attenzione specifica ai rischi di cancro;
- rafforzare le competenze e la condivisione di esperienze tra Paesi, nonché sostenere il loro impegno nel proteggere gli interessi della salute nello sviluppo e nell'implementazione delle politiche sull'alcol;
- sostenere la collaborazione tra Paesi nello sviluppo di regolamenti e comunicazioni di salute pubblica sui legami tra consumo di alcol e rischio di cancro e sulle opzioni per ridurli.

L'ONA-ISS collabora e partecipa alla serie dei webinar mirati a diffondere evidenze e supportare azioni efficaci specifiche basate sull'evidenza scientifica nel merito delle principali tematiche oggetto di intervento da parte degli Stati membri impegnati nell'implementazione della Risoluzione del Parlamento Europeo del 16 febbraio 2022 (95):

Gli argomenti dei webinar della serie EVID-ACTION, organizzati da WHO-Europa e Unione Europea, e le rispettive date sono di seguito riportati:

- *Alcohol no ordinary commodity Regulatory approaches and challenges globally and specifically in Europe* (30/05/2023)
- *Alcohol & the sustainable development goals. What are other relevant dimensions beyond health? Focus theme: harm to others* (15/06/2023)
- *Alcohol & inequalities and inequities. Evidence and policy options* (05/07/2023)
- *Alcohol and cancer. An overlooked link and decades of evidence and implications for policies* (12/07/2023)
- *Alcohol Use Disorders. Early Detection and Treatment* (25/07/2023)
- *Alcohol cultures & stigma. Overview of key concepts* (04/09/2023)

Per ulteriori dettagli sul progetto EVID-ACTION è possibile consultare la pagina di Epicentro dedicata ove sono segnalati una serie di documenti di interesse specifico: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/evidence-into-action-alcohol-project>

L'ONA-ISS ha anche partecipato, nell'ambito di ulteriori iniziative promosse da EVID-ACTION, alla conferenza "Research to Policy Conference Population level impact of alcohol contro policies in the EU – what do we know in the areas beyond the "WHO Best Buys?", evento ibrido, svolto il 13-14 settembre a Barcellona (Spagna), presso l'Agència de Salut Pública de Catalunya, condividendo l'esperienza ultraventennale dei corsi IPIB (Identificazione Precoce e

Intervento Breve), le iniziative e le attività nazionali di valenza europea da poter considerare come buona pratica di verificato impatto a livello di popolazione in relazione all'esigenza di rendere operativo, integrare e ampliare screening e interventi brevi nella pratica quotidiana nell'assistenza sanitaria primaria.

Ulteriore confronto e dibattito è stato focalizzato sul potenziale impatto a livello di popolazione dell'etichettatura degli alcolici e sulle modalità di misurazione dell'efficacia e dell'impatto delle misure di controllo dell'alcol nell'UE e sulle possibili vie da seguire.

## **Presentazione della guida WHO per informare su alcol e danni alcol-correlati i giornalisti**

Nel 2023 il contributo assicurato dall'ONA-ISS e dal suo Centro Servizi Documentazione Alcol (CSDA) ha garantito l'impegno del Ministero della Salute alla resa disponibilità e disseminazione di rapporti della WHO per alcuni dei quali sono stati resi disponibili approfondimenti periodici e regolari sulla pagina dedicata dell'ONA-ISS sul portale Epicentro (<https://www.epicentro.iss.it/alcol>).

Il 15 aprile 2023, la WHO ha reso disponibile online la guida "Reporting about alcohol: a guide for journalists", che mira a supportare i giornalisti su come comunicare efficacemente le conoscenze sull'alcol e il danno alcol-correlato ai cittadini, le famiglie e la società (96). L'ONA-ISS ha divulgato il documento sul portale dedicato "Epicentro" facendo una sintesi ragionato dei punti salienti.

Questo documento ribadisce che nessuna quantità di consumo di alcol è sicura per la salute. Tuttavia, è ancora scarsa la consapevolezza nel mondo dell'impatto negativo del consumo di alcol sulla salute e la sicurezza. I media, possono aiutare le persone a comprendere l'impatto inaccettabilmente elevato che l'alcol ha sulla salute e sulla società, nonché le cause alla radice del problema e come può essere prevenuto. Questa guida fornisce ai giornalisti alcune strategie di comunicazione per meglio indirizzare alla popolazione informazioni e messaggi corretti sul consumo di alcol e sui danni alcol-correlati, e su eventuali soluzioni, di comprovata efficacia, a questo problema. Il documento è stato sviluppato analizzando come l'argomento alcol è affrontato dai media nel mondo e su come ciò può influenzare le attitudini e le convinzioni sul consumo di alcol.

Per l'elaborazione della guida le principali attività sono state le seguenti:

- valutare la segnalazione e l'inquadramento dell'alcol nei recenti strumenti di *advocacy* sviluppati dalle organizzazioni della società civile
- esaminare la copertura dell'argomento nei principali media in lingua inglese
- studiare i dati disponibili sul consumo di alcol a livello nazionale e globale
- rivedere le crescenti ricerche basate sull'evidenza sui fattori determinanti che guidano il consumo di alcol e su come influiscono sulle persone e sulle loro comunità
- intervistare le parti interessate della società civile e del mondo accademico sui modi in cui viene rappresentato l'alcol.

Questo approccio ha permesso di identificare le evidenze e le tecniche che sono state presentate in questa guida in supporto ai giornalisti per rafforzare i loro reportage sul consumo di alcol, sui danni correlati all'alcol e sulle risposte politiche al problema.

La guida fornisce approfondimenti chiave per i giornalisti su nove domande frequenti sull'alcol:

1. *C'è un consumo di alcol "salutare"?*

Dalla revisione sistematica della letteratura, non risulta alcuna evidenza sul consumo salutare di alcol. Non ci sono effetti protettivi del consumo di alcol sulla salute, neanche a piccole dosi.

2. *Che dire rispetto al riferito consumo di un bicchiere di vino rosso al giorno che fa bene al cuore?*

Messaggio ampiamente pubblicizzato come protezione da patologie cardiovascolari, non è corretto e, come largamente sottolineato e diffuso dalla federazione mondiale dei cardiologi e dalla società europea di categoria, è privo di evidenza scientifica e responsabile di distogliere l'attenzione dai danni alcol-correlati.

3. *Perché le linee guida di consumo di alcol nazionali sono diverse dai livelli raccomandati dalla WHO?*

Molti Paesi hanno adottato linee guida a basso rischio, raccomandando di solito non più di 10 bevande alcoliche standard a settimana. La WHO non pone limiti particolari perché le prove dimostrano che la situazione ideale per la salute è non consumare affatto alcol. Qualsiasi consumo di alcol è associato a un rischio, come il rischio di dipendenza da alcol, cancro al seno (una relazione lineare nelle donne) o incidenti, prima causa di morte tra i giovani in tutto il mondo. Sebbene l'adesione alle linee guida nazionali sull'alcol possa mantenere bassi i livelli di rischio individuale rendendo possibile accompagnare i consumatori in una dimensione di più basso rischio, dal punto di vista della salute pubblica e a livello di popolazione il rischio si registra a ogni livello, pur moderato, di consumo. Questo dato supporta l'indicazione di prevenzione universale che non esistono livelli o quantità di consumo che non comportano rischi.

4. *Se consumare alcol fa così male, perché tutti lo consumano?*

Più della metà della popolazione adulta nel mondo non consuma alcol, anche se ciò non viene quasi mai riferito, mentre è più facilmente alimentato l'erroneo concetto che consumare alcol sia inevitabile nella vita. L'alcol è una sostanza psicoattiva, la sua assunzione provoca un piacere che può essere parte rilevante di un possibile problema in presenza di una scarsa capacità di controllo di una parte del cervello che si sviluppa tra i 12 e i 25 anni, la corteccia pre-frontale. Quest'area cerebrale, infatti, giunge a maturazione solo intorno ai 25 anni svolgendo le azioni di logica, valutazione del rischio e controllo superiore proprie della capacità cognitiva razionale dell'individuo sapiens maturo.

5. *Il consumo di alcol è positivo per l'economia?*

Poiché il consumo di alcol può sostenere l'occupazione e generare entrate fiscali, alcuni ritengono che influisca positivamente sullo sviluppo economico. Tuttavia, i danni causati dall'alcol riducono la produttività dei lavoratori e aumentano i costi dell'assistenza sanitaria, della giustizia penale e dei servizi sociali. L'effetto netto è un Prodotto Interno Lordo (PIL) inferiore. L'ultima analisi economica condotta dalla WHO ha stimato che ogni dollaro USA in più investito per persona all'anno in interventi sull'alcol basati su un verificato rapporto costo-efficacia produrrà un ritorno economico stimato di 9,13 dollari USA entro il 2030. La riduzione dei danni causati dall'alcol contribuisce direttamente e indirettamente allo sviluppo economico, con la creazione di domanda e posti di lavoro in altri settori. La produzione e l'occupazione fornite dal consumo di alcol possono essere sostituite in altri settori economici, mentre la riduzione del consumo di alcol contribuirà a raggiungere una serie di obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG), compresi quelli per porre fine alla povertà, per un'istruzione di qualità, per la parità di genere, per la crescita economica e per ridurre le disuguaglianze tra e all'interno dei Paesi.

6. *L'uso di alcol aiuta le persone ad alleviare lo stress?*

Piuttosto che alleviare lo stress, abbassa la percezione del rischio che può essere alla base dell'ansia di fondo nella vita quotidiana o in certe circostanze; bere alcolici può causare danni psicologici e fisiologici e può aggravare gli effetti dello stress.

7. *L'alcol non è sicuro se si beve "responsabilmente"?*

In tutta la popolazione, qualsiasi livello di consumo di alcol, indipendentemente dalla quantità, è associato a un maggior rischio di perdita di vita sana. Il concetto del "bere responsabile", promosso dall'industria dell'alcol, i produttori e i venditori di alcol, non veicola mai il messaggio di smettere di consumare alcol né suggerisce l'opzione di non consumarlo affatto. In definitiva, non è un messaggio generalizzabile e sicuramente non idoneo nella fase di sviluppo evolutivo dei minori, degli adolescenti e dei giovani sino ai 25 anni per le citate modificazioni della capacità cognitiva, emotiva e razionale. Promuovere il "bere responsabile" esita nel dare l'impressione errata che l'industria dell'alcol sia parte della soluzione ai danni causati dall'alcol piuttosto che una causa del problema. Inoltre, il tono moralistico implicito nei messaggi di "bere responsabile", spesso espresso nella pratica corrente da un imperativo categorico "bevi" accompagnato da un generico e indefinibile "responsabilmente", ignora i rischi insiti nel consumo di alcol, facendo credere erroneamente che i danni riguardino una minoranza di singoli consumatori di alcol che non possono controllarne l'assunzione. Ciò può anche perpetuare atteggiamenti stigmatizzanti, incolpando erroneamente i singoli consumatori di alcol come causa di tutti i problemi di salute o sociali legati all'alcol, creando un senso di vergogna che impedisce a loro e ai familiari di cercare aiuto quando ne hanno bisogno.

8. *La maggior parte dei danni causati dall'alcol non proviene da un gruppo minoritario di forti bevitori?*

La percezione comune è che una piccola parte della popolazione causi la maggior parte dei danni legati al consumo di alcol. Ma i tumori, gli incidenti, gli infortuni e la violenza correlati all'alcol sono ampiamente distribuiti nella popolazione, anche tra coloro che consumano piccole e basse dosi di alcol. Anche se i forti consumatori di alcol sono indubbiamente ad alto rischio di danni alcol-correlati, contribuiscono solo in minima parte al totale delle vittime di alcol ma rappresentano comunque per l'industria il target di consumatori dai quali deriva gran parte del profitto. Di conseguenza, anche la riduzione dei consumatori a rischio e dannosi non è un obiettivo realisticamente supportato o supportabile da un approccio mirato a trarre il massimo profitto dalla commercializzazione del prodotto. In questo "paradosso della prevenzione", la maggior parte dei danni correlati all'alcol si verifica tra i consumatori di alcol a rischio da basso a moderato semplicemente perché sono più numerosi nella popolazione.

9. *Al giorno d'oggi, perché si dice che le donne dovrebbero bere meno alcol degli uomini?*

Poiché l'alcol è più dannoso per le donne, così come per gli anziani ultra65enni, se iniziano a consumare alcol in modo più simile agli uomini (che attualmente sono i principali consumatori di alcol e subiscono la maggior parte dei danni correlati all'alcol), le donne subiranno effetti sulla salute molto più nocivi rispetto agli uomini. Nella lotta al cancro una delle azioni più efficaci è il contrasto al consumo pur moderato di alcol da parte delle donne, il target più esposto al rischio di cancro della mammella con percentuali incrementali di rischio che arrivano al 27% in più già con un secondo bicchiere di bevanda alcolica. La guida contiene inoltre una serie di capitoli dedicati all'aggiornamento dei giornalisti sulle principali tematiche alcol-correlate contribuendo anche a sfatare i luoghi comuni, i falsi miti e le fake news disseminate dall'industria e dai media, spesso attraverso oggettivi e rilevanti conflitti d'interesse quasi mai dichiarati.

Gli argomenti trattati esaminano nel dettaglio come l'alcol danneggia il corpo, in che modo l'alcol danneggia la società, l'accettabilità dell'alcol nelle culture, la storia e le tendenze del consumo di alcol, cosa funziona (interventi) per ridurre il consumo di alcol, i suggerimenti (*tips*) per informare sugli effetti dell'alcol sulla salute pubblica e sulla società.

Per ulteriori approfondimenti sulla guida è possibile consultare la pagina di epicentro dedicata ove sono segnalati una serie di documenti di interesse specifico e il link alla guida in lingua inglese: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/guida-oms-comunicazione-giornalisti-2023>.

## Monitoraggio internazionale ed europeo

Sono continuate nel 2023 le attività relative alla fornitura di informazioni e i dati italiani richiesti per le *survey* annuali della WHO e per l'OECD attraverso il progetto SISMA GD, finanziato dal Ministero della Salute e affidato all'ONA-ISS, organismo incaricato per le attività di sorveglianza specifiche trasferite dal DPCM marzo 2017.

L'Italia, attraverso il progetto SISMA GD contribuisce quindi a livello internazionale alle numerose iniziative di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol in continuità con quelle svolte nel corso degli ultimi dieci anni, quali:

- *EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harms* (26);
- *WHO European Alcohol Action Plan- EAAP - to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020* (27);
- *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking)* (2014-2020) (71);
- *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol* (4);
- *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non Communicable Disease* (28).

Nello specifico, le principali attività del 2023 sono di seguito riportate:

- agosto 2023: Revisione dei dati per l'Italia per il rapporto "State on Health in EU - Italy 2023" della Commissione Europea su richiesta del Ministero della Salute.
- settembre 2023: Partecipazione alla *survey* della WHO, HQ "WHO Alcohol and service capacity for substance use disorders global survey on SDG 3.5 Progress (2023)" modulo "Alcohol and Health".

## Partecipazione a progetti della Commissione Europea

All'ONA-ISS sono stati affidati, in rappresentanza dell'Italia, tre contratti di servizio con la Commissione Europea e la *European Health and Digital Executive Agency* (HADEA), attività che si sono concluse nel 2022, che fanno seguito alla *EU Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)* in coordinamento operativo e partnership consortile tra le principali istituzioni europee:

- *DEEP SEAS (Developing and Extending Evidence and Practice from the Standard European Alcohol Survey)*;
- *FAR-SEAS (Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS-Standard European Alcohol Survey)*;
- *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 di IPIB sul consumo di alcol in gravidanza e sulla prevenzione della sindrome fetoalcolica, basato sulle esperienze già finanziate per corsi IPIB in assistenza sanitaria primaria all'ISS dal Ministero della Salute e inserite nel Piano Nazionale di Prevenzione oltre che per la valutazione e supervisione dei protocolli, dei manuali operativi, della formazione specifica e delle linee guida relative agli studi pilota attuati a livello regionale (in Portogallo e in Polonia).

Nel 2023 sono continuate le attività rivolte al completamento dei rapporti e documenti tecnico scientifici dei suddetti contratti di servizio, di prossima pubblicazione a cura della Commissione Europea.

Nel 2023 è stata pubblicata la metodologia e i risultati dello studio pilota FAR SEAS (54). Un ulteriore manoscritto sulle linee guida FAR SEAS è attualmente in corso di pubblicazione.

## Sostegno a “Awareness Week on Alcohol Related Harm” 2023

La settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati (*Awareness Week on Alcohol Related Harm*, AWAHR) 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 2023, dal 27 novembre al 3 dicembre si è svolta l'undicesima settimana di sensibilizzazione sui danni provocati dall'alcol (AWAHR 2023), organizzata come ogni anno da Eurocare (*European Alcohol Policy Alliance*) in collaborazione con prestigiose società scientifiche europee del settore. I partner di AWAHR sono la *European Association for the Study of the Liver* (EASL), lo *European Brain Council* (EBC), la *European Liver Patients Association* (ELPA), la *European Federation of Addiction Societies* (EUFAS), la *European Alcohol Policy Alliance* (Eurocare) e la *United European Gastroenterology* (UEG).

In Italia AWAHR 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.

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

Nell'edizione 2023, per una serie di “fatti” (*facts*, ovvero messaggi) in materia di alcol sono state prodotte pagine web che includono materiali diversi per la diffusione delle informazioni e collegamenti per approfondimenti rispetto alla tematica stessa.

L'ONA-ISS ha partecipato alle riunioni di lavoro europee per l'identificazione dei messaggi fondamentali (tutti supportati da evidenze scientifiche) da diffondere e ricordare tutto l'anno.

La sintesi di tutte le attività AWAHR 2023 è stata presentata dai ricercatori dell'ONA-ISS in occasione del convegno annuale della SIA a Bologna a dicembre 2023 (97).

Per approfondimenti consulta la pagina del sito dedicata su Epicentro (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/settimana-europea-alcol-2022>).

## Partecipazione al progetto internazionale per lo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici su *gaming* e *gambling* della WHO, HQ

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 dalla 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. 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 sarà nel giugno 2024.

Gli incontri online ai quali i ricercatori dell'ONA-ISS hanno preso parte sulla tematica specifica nel corso del 2023 sono stati 6 (circa uno ogni due mesi).

Il primo e secondo passaggio, completati, prevedevano una rassegna delle evidenze sugli strumenti e i materiali di screening disponibili in letteratura (in lingua inglese e non) e lo sviluppo di una banca di strumenti per l'identificazione del disturbo da gioco problematico nonché l'analisi di casi clinici di pazienti con disturbo da gioco.

Il terzo passaggio, la conduzione di *focus group* con giocatori e le interviste ad informatori chiave, non è stata portata a termine a causa della pandemia da COVID-19.

Il quarto passaggio ha previsto lo sviluppo di un'intervista diagnostica strutturata per lo screening del *gaming*.

I successivi passaggi, in corso, comprendono la traduzione delle interviste strutturate in varie lingue, i test sul campo, lo sviluppo, traduzione e implementazione sul campo di un'intervista clinica e quindi lo sviluppo di strumenti e relative metodologie. Più in particolare, è in corso uno studio pilota di valutazione del nuovo strumento per lo screening del *gaming* in alcune Regioni a livello globale (88).

## Altre attività e partecipazione a network internazionali

L'ONA-ISS ha svolto 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*.

I principali eventi del 2023 (escluse le riunioni online) a cui l'ONA-ISS ha partecipato sono di seguito riportati:

- EuroHealthNet *Country exchange visit “Reducing alcohol consumption”*. Paris (France). 18-21/6/2023;
- EuroHealthNet. *Making progress on health equity. Annual Seminar 2023. Webinar* 5/6/2023.

Tra le attività internazionali sono state anche di rilievo:

- partecipazione alla consultazione europea degli organismi istituzionali esperti svolta 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* (13/11/2023);
- incontro richiesto dal governo con visita della delegazione degli Emirati Arabi *Official Mission of the Government of Abu Dhabi, United Arab Emirates to Italy with the National Observatory on Alcohol to discuss on alcohol consumption monitoring, alcohol-attributable mortality and health risks of toxic compounds in alcohol*, Istituto Superiore di Sanità (11/10/2023).

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

Le conseguenze sanitarie, sociali ed economiche del consumo di alcol sono sempre più allarmanti in Italia, in Europa e nel mondo. A livello nazionale, risulta sostanzialmente dai dati e dalle tendenze il fallimento del raggiungimento degli obiettivi prefissati per il 2025 di riduzione del 10% dei consumatori dannosi e dei consumi *pro capite*. 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 a 7,81 litri di alcol puro *pro capite*, indicatore direttamente correlato all'uso dannoso di alcol, ritornando ai livelli del 2008, mortificando tutti gli sforzi posti in essere per la riduzione dell'impatto sanitario e sociale delle bevande alcoliche nella popolazione e, evidenza ancora più preoccupante in termini di salute pubblica, con crescita della platea dei consumatori nelle fasce più vulnerabili della popolazione: i minori, gli anziani, le donne. È da rilevare che il consumo totale *pro capite* (comprensivo della quota di alcol non registrato e di quello medio *pro capite*) raggiunge in Italia un consumo annuale di 7,97 litri (12,72 per i maschi, 3,54 per le femmine) che, riattribuito ai soli consumatori, genera quote individuali di consumi sostanzialmente ancora più elevate.

Pur nella più bassa prevalenza di uso dannoso e di DUA rispetto alla gran parte dell'Europa, l'Italia si caratterizza per i punti di seguito riportati:

- il rilievo di un ininterrotto incremento costante delle consumatrici adulte, di qualunque bevanda alcolica (il 57% della popolazione femminile, in particolare donne in età fertile e/o produttiva, 18-69enni) notoriamente più vulnerabili ad ogni età agli effetti nocivi dell'alcol, con spiccato aumento delle consumatrici fuori pasto (23,2% della popolazione femminile) con picchi tra 18-24enni (43,5%) e, in media, con tendenza più marcata tra le 18-49enni (37,2%), che non risparmia le ultra70enni, che presentano una maggiore tendenza all'aumento delle consumatrici di birra (21,4%, prevalenza quasi raddoppiata in 10 anni) che in media è registrata anche come canale di crescita prevalente tra le donne di ogni età insieme agli aperitivi alcolici;
- la preoccupante quota paritaria di minorenni di entrambi i sessi (11-17enni) che consumano alcolici di qualunque tipo (con prevalenza di birra, aperitivi alcolici e vino) in evidente aumento significativo di consumatrici 18-24enni di tutte le bevande alcoliche significativamente incrementato, in media, per aperitivi alcolici, vino e amari;
- la 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;
- gli incrementi registrati tra i minorenni (11-17enni) di entrambi i sessi dei consumatori di tutte le bevande alcoliche e di tutti gli indicatori di rischio comprendenti i consumatori a rischio, i consumatori dannosi, i consumatori eccedentari, i fuori pasto e i *binge drinker* tra i minori maschi;
- la sostanziale invarianza decennale di tutti gli indicatori di rischio tra i 18-24enni di entrambi i sessi, con progressiva chiusura della forbice maschi (75%)-femmine (68,5%) per l'incremento femminile e convergenza spiccata delle prevalenze registrate tra

consumatori e consumatrici di vino e aperitivi alcolici 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;

- la sostanziale invarianza nelle frequenze registrate di consumatori e consumatrici a rischio (21,1% e 9,1% rispettivamente) e del *binge drinking* (10,5% tra i maschi, il 3,7% tra le femmine), la mancata riduzione dei consumatori dannosi con danno d'organo e in necessità di trattamento (2,04% maschi, 1,13% femmine) con livelli più elevati di quelli di base di dieci anni fa;
- una sempre più articolata e vasta platea di popolazione esposta al rischio, al danno e all'impatto dell'uso di alcol che attraverso il SISMA, l'ONA-ISS indica come target prioritari da raggiungere attraverso interventi specifici di prevenzione universale e ad alto rischio riguardanti:
  - 5 milioni di consumatori "non mediterranei" eccedenti quotidianamente le linee guida (3,6 milioni maschi, 1,6 milioni femmine);
  - 8 milioni di consumatori a rischio (5,5 milioni maschi, 2,5 milioni femmine) tra i quali 650.000 minorenni e 2.550.000 ultra65enni;
  - 3,7 milioni di *binge drinker*, che bevono in un'unica occasione più di 6 bicchieri di bevanda alcolica per ubriacarsi (2,7 milioni maschi, 1 milione femmine) con picchi tra gli adolescenti;
  - 770mila consumatori dannosi in necessità di trattamento per DUA (480mila maschi, 290.000 femmine) di cui il 91,8% non è intercettato da alcun professionista sanitario e/o dalle strutture deputate dell'SSN;
  - 62.886 alcolodipendenti in carico ai servizi, in definitiva solo l'8,2% dei 770mila consumatori dannosi osservati.

Il mancato raggiungimento degli SDG, quali quelli attesi dal Piano Nazionale di Prevenzione, 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 una offerta di prestazioni per la cura e la riabilitazione dei DUA e l'alcolodipendenza, le condizioni di salute mentale meno trattate in Italia (78).

Una persistente, erronea cultura di prevalenza della logica economica rispetto a quella di prevenzione ha interferito, secondo la WHO, nel corso degli ultimi anni nella 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* diffuse nel corso della pandemia COVID-19 ha peraltro creato disaffezione in vasti strati di consumatori, che hanno ormai un'aumentata 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 zero alcol o a bassissima 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 (13, 92, 93).

L'adozione di adeguate politiche sull'alcol, ricomprendenti dell'approccio di promozione della salute auspicato dalla WHO e dalle Risoluzioni del Parlamento Europeo per la lotta al cancro, 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

malattie croniche e della disabilità attribuibili all'alcol che in Italia, alla luce dei dati del monitoraggio epidemiologico SISMA, appare ben distante dal raggiungimento atteso degli SDG che chiedevano 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 informate favorevoli a 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 che in Italia non sono inferiori ai 25 miliardi di euro secondo stime WHO (ferme al 2010). In Francia, l'anno scorso, un report nazionale (98) dell'Osservatorio Francese delle droghe e delle dipendenze (*Observatoire Français Des Drogues et des Tendances addictives*, OFDT) ha identificato in 102 miliardi i costi sociali dell'alcol nel 2019, valore che supera di gran lunga le entrate pubbliche derivanti dall'alcol; i costi esterni (valore delle vite umane perdute, perdita di qualità della vita, perdite di produzione) rappresentano la maggior parte dei costi sociali legati ai danni derivanti dall'alcol generando in Francia 41.080 decessi l'anno, evidenza che ha fatto richiedere un'azione politica governativa urgente sull'alcol.

L'Italia mostra pattern e modalità di consumo estremamente simili e sovrapponibili a quelle della Francia ed è plausibile e logico che in Italia la stima corrente nazionale dei costi sanitari e sociali dell'alcol sia fortemente aumentata e che i circa 18.000 decessi causati dall'uso di alcol ogni anno stimati quattordici anni fa possano superare persino le stime attuali WHO che vedono oltre 22.000 decessi l'anno in Italia principalmente, nell'ordine, a causa del cancro, della cirrosi epatica e degli incidenti stradali, tre cause di morte che sommano più dell'85% dell'intera mortalità alcol-attribuibile del 2016 (3).

Secondo il Comitato Economico delle Nazioni Unite, 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 consumo dannoso di alcol è un importante problema di salute pubblica. Ha un impatto sulle persone e sulle società in molti modi. 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, altre condizioni non trasmissibili come malattie del fegato, alcuni tumori, malattie cardiovascolari, nonché lesioni derivanti da violenza e incidenti stradali. Inoltre, esiste una relazione causale tra il consumo dannoso di alcol e l'incidenza di malattie infettive come la tubercolosi e la polmonite, nonché il decorso dell'HIV/AIDS. Oltre a ciò, il consumo dannoso di alcol crea notevoli conseguenze negative sulla salute e sociali per le persone diverse dal bevitore, come nel caso degli incidenti stradali, domestici, sul lavoro, e la sindrome feto-alcolica (48,50-55).

Le stime attuali sulle malattie legate all'alcol rivelano, in Italia come in Europa e nel mondo, solo in parte l'impatto del consumo dannoso di alcol. L'uso di alcol è un fattore causale in oltre 200 malattie e lesioni. 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 specialmente per quelle realtà sviluppate, come quella italiana, con una situazione di mercato ben definita e 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 PIL che l'OECD indica per l'Italia come perdita di 0,7 punti percentuali ogni 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 (19).

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. Intuitivo che quantità maggiori, quali quelle oltre i limiti stabiliti dalle linee guida nutrizionali italiane, consumate da 8,5 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, 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 (19).

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 *Eurochild*, il 29,7% degli oltre 9,8 di bambini italiani. Salute mentale, suicidi, incidenti tra i bambini, gli adolescenti, i giovani sono *burning issue* di cui le istituzioni non prevedono adeguate risposte qualitative e quantitative: l'apprezzabile offerta del "bonus psicologo" sin dalla prima settimana di pubblicazione del bando, 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. A tal riguardo è importante valorizzare e usare l'evidenza prodotta dalla ricerca scientifica e condividere buone pratiche, 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 (99).

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 uomini e donne, 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. È importante valutare in che modo la promozione verso la riduzione dei danni legati all'alcol potrebbe avere un impatto attraverso adeguate politiche di controllo dell'alcol a sostegno dell'uguaglianza in contrasto alla disuguaglianza, riducendo anche i rischi, ad esempio, per le donne e le ragazze che consumano impropriamente alcol in contesti inadeguati e contribuire a porre fine alla discriminazione di chi non beve se si vogliono raggiungere gli SDG.

Data la portata e l'entità dei problemi di salute pubblica legati all'alcol, alle droghe e ai comportamenti di dipendenza, le politiche devono 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 il profitto di vasti settori della produzione i cui profitti 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 (100).

Mentre in Italia esiste il fondo governativo per il contrasto dei Disturbi da Gioco d'Azzardo (DGA), istituito, e di recente incrementato per tentare di porre rimedio a un fenomeno sociale causa di sostanziali problemi individuali e familiari in tanti aspetti della convivenza sociale, mai si è fatta strada la valutazione di necessità e urgenza di realizzare un fondo di scopo per far fronte al problema dei DUA, ben più numerosi 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, sono 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 non più riattivato (101).

Una sostanziale attesa di attivazione di misure, iniziative, azioni che sono indispensabili per la realizzazione di un nuovo PNAS.

Di contrasto all'incremento della prevalenza dei DGA, 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 interventi strutturali e funzionali evidenziati dalle carenze rilevate dalle Regioni nei DM 71 e 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'Istituto Superiore di Sanità, per le sue competenze, sta coordinando attraverso il Sistema Nazionale Linee Guida, la predisposizione di linee guida sui DUA e sta partecipando, 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 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 WHO non trascurando l'aspetto di tutela dei minori, dei giovani e delle donne che l'accordo di collaborazione SISMA GD sta svolgendo 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 e 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'*Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale*, INSERM (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 (102). 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 (101).

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), come mezzo efficace per la prevenzione che sottolinea l'evidenza verificata da chi lo mette in atto che 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 (103).

In Italia l'*Alcohol Prevention Day* e il mese di prevenzione alcolologica (aprile) sono da 23 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 servizi per il trattamento delle dipendenze, 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, adottando i principi base dell'approccio motivazionale, forniscono validi consigli personalizzati al paziente, assicurando che coloro che presentano problemi di alcol possano essere indirizzati a trattamenti e cure specifiche (75).

Molte delle soluzioni raccomandate fanno parte del progetto di politica sull'alcol della WHO, SAFER (31, 90). 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 riassunte come di seguito riportato (27-29, 72, 73, 89, 90):

– *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*
  - La società civile e le organizzazioni comunitarie dovrebbero continuare a sensibilizzare l'opinione pubblica e sostenere politiche di controllo dell'alcol più robuste per salvaguardare i giovani dai danni connessi al consumo di alcol.
  - La società civile e le 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 delle 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 all'alcol, 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 influisce in modo significativo sulla loro vita le 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, lo 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 DUA, 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 l'impatto e i 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 e integrato dell'alcolologia italiana" 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 (100). Interventi su più fronti che considerano 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 (100).

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 (27-29).

L'intervento cardine e centrale, come già accaduto in passato, è la predisposizione di un nuovo PNAS proiettato al 2030.

Il Libro Bianco sull'alcol del Ministero della Salute affronta con adeguatezza ed esaustività:

- lo scenario attuale e le tendenze in atto, oggi riaggiornate dalla Relazione al Parlamento e dai dati presentati in questo rapporto epidemiologico;
- i limiti e le “disfunzioni” del presente e le potenzialità delle proposte per affrontare le disfunzioni;
- i target a cui ci si rivolge;
- le implicazioni di salute, o comunque lo stato di avanzamento rispetto allo status quo con considerazioni dedicate ai vari target (100).

Il primo capitolo del Libro Bianco offre una panoramica più che comprensiva della cornice di riferimento con il panorama internazionale/europeo, nazionale, i riferimenti programmatici e normativi). Parte sostanziale del *setting the scene* è quello dell'aggiornamento epidemiologico previsto dal sistema di sorveglianza SISMA, il Sistema di Monitoraggio Alcol, sorveglianza trasferita dal Ministero all'ONA-ISS dal DPCM 3 marzo 2017 (36), e qui fornito e basato sui dati più recenti.

Per quanto riguarda i riferimenti programmatici europei e internazionali, trattandosi di un documento di riferimento per gli operatori del settore, 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 dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2022 (a sua volta è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle NCD, azione principe dell'Agenda 2030 della Nazioni Unite e degli SDG che, convergendo, prevedono la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025); e infine ma non per ultimo, l'adozione del piano europeo di lotta contro il cancro da parte del Parlamento europeo lo scorso 14 febbraio 2022 (27, 28, 89, 93).

L'indispensabile riferimento alla legge quadro sull'alcol del 2001 n.125 e, come previsto dall'art.4, la predisposizione di una Consulta Nazionale Alcol, come avvenuto di recente per il disturbo da gioco d'azzardo, è uno strumento di consultazione e di condivisione, che in un recente passato (prima della soppressione di tutti gli organi collegiali allora attivi in omaggio ad una *spending review* del tempo) ha dato egregi frutti nel raggiungere, attraverso tutte le competenze previste, buoni obiettivi presentando e offrendo sempre il lavoro svolto e il consenso raggiunto dai singoli gruppi di lavoro con giusta soddisfazione da parte dei 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 (21).

Saliente, per ciascuna priorità da affrontare, il Libro Bianco fornisce le conclusioni, le raccomandazioni e le implicazioni di salute pubblica dei singoli gruppi di lavoro a copertura dei *gaps* 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 l'aggancio precoce dei giovani vulnerabili;
- alcol e guida;

- la formazione in alcologia;
- le reti curanti.

Il Libro Bianco è la summa 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, quindi, non parte da zero in Italia, attende solo l’autorevole e determinante capacità d’indirizzo e ruolo guida del Ministero della Salute, in coordinamento con le Regioni, per affrontare e contribuire a risolvere un problema in modo aperto, partecipato discutendo la vasta gamma di idee o di proposte, già rese disponibili, sulle questioni di particolare rilevanza, in vista di 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.



## BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland (2018)*. Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-\(2018\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-(2018)); ultima consultazione 22.01.2024.
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO; 2019.
3. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>; ultima consultazione 22.01.2024.
4. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO; 2010. Disponibile all'indirizzo: [http://www.who.int/substance\\_abuse/msbabcstrategy.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/msbabcstrategy.pdf). Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol. Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 21.01.2024.
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](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf); ultima consultazione 22.01.2024.
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, Coglianò V; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol*. 2007;8(4):292-293.
9. Stewart BW, Wild CP (Ed.). *World Cancer Report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2014.
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. United Nation. Department of Economic and Social Affairs. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York, NY: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>; ultima consultazione 22.01.2024.
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 22.01.2024.

13. Movendi International. *Alcohol obstacle to development. How alcohol affects the sustainable development goals*. Stockholm: Movendi International; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://movendi.ngo/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol-and-SDGs-Movendi.pdf>; ultima consultazione 22.01.2024.
14. 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 22.01.2024.
15. World Health Organization-European Region. *European Health Information Gateway. Pure alcohol consumption, litres per capita, age 15+*. Copenhagen: WHO-Europe; 2023. 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](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 22.01.2024.
16. 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.
17. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. *Alcohol Res* 2013;35(2):155-173.
18. 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.
19. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Policy brief: tackling harmful alcohol use*. Paris: OECD Publishing; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://www.oecd.org/els/health-systems/Policy-Brief-Tackling-harmful-alcohol-use.pdf>; ultima consultazione 22.01.2024.
20. 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; 2023. Disponibile all'indirizzo: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3338\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3338_allegato.pdf); ultima consultazione 20.03.2024.
21. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
22. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. (Rapporti ISTISAN 22/1).
23. 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 2023*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. (Rapporti ISTISAN 23/3).
24. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, recorded per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol)*. Geneva: WHO; 2022. 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 22.01.2024.
25. Glantz MD, Bharat C, Degenhardt L, Sampson NA, Scott KM, Lim CCW, Al-Hamzawi A, Alonso J, Andrade LH, Cardoso G, De Girolamo G, Gureje O, He Y, Hinkov H, Karam EG, Karam G, KovessMasfety V, Lasebikan V, Lee S, Levinson D, McGrath J, Medina-Mora ME, Mihaescu-Pintia C, Mneimneh Z, Moskalewicz J, Navarro-Mateu F, Posada-Villa J, Rapsey C, Stagnaro JC, Tachimori H, Ten Have M, Tintle N, Torres Y, Williams DR, Ziv Y, Kessler RC; WHO World Mental Health

- Survey Collaborators. The epidemiology of alcohol use disorders cross-nationally: Findings from the World Mental Health Surveys. *Addict Behav.* 2020 Mar;102:106128. doi: 10.1016/j.addbeh.2019.106128. Erratum in: *Addict Behav.* 2020 Jul;106:106381.
26. European Commission. *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm.* Brussels: Commission of the EC; 2006. Disponibile all'indirizzo: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52006DC0625>; ultima consultazione 22.01.2024.
  27. World Health Organization. Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. Disponibile all'indirizzo: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1). Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 22.01.2024.
  28. 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](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44009/9789241597418_eng.pdf;jsessionid=0AEB340C72E5C21CB4C18A5773BA230D?sequence=1); ultima consultazione 21.01.2024.
  29. 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 21.01.2024.
  30. 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 21.01.2024.
  31. 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 21.01.2024.
  32. Eurostat. *Statistics Explained. European health interview survey – methodology.* Luxembourg: Eurostat; 2021. Disponibile all'indirizzo: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=European\\_health\\_interview\\_survey\\_-\\_methodology](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=European_health_interview_survey_-_methodology); ultima consultazione 21.01.2024.
  33. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol, harmful use (15+), 12 month prevalence (%) with 95%CI.* Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-harmful-use-\(15-\)-12-month-prevalence-\(-\)-with-95-ci](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-harmful-use-(15-)-12-month-prevalence-(-)-with-95-ci); ultima consultazione 21.01.2024.
  34. ESPAD group. *ESPAD Report 2019. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.* Luxembourg: ESPAD; 2020. Disponibile all'indirizzo: [http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878\\_EN\\_04.pdf](http://www.espad.org/sites/espad.org/files/2020.3878_EN_04.pdf); ultima consultazione 21.01.2024.
  35. World Health Organization. *The Global Health Observatory. Indicators. Alcohol Use Disorders (15+), 12 month prevalence (%) with 95% CI.* Geneva: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-use-disorders-\(15-\)-12-month-prevalence-\(-\)-with-95-](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-use-disorders-(15-)-12-month-prevalence-(-)-with-95-); ultima consultazione 21.01.2024.
  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, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2020-2022*. Roma: ISTAT; 2020. Disponibile all'indirizzo: <http://www.sistan.it/index.php?id=592>; ultima consultazione 20.03.2024.
38. Tinto A (Ed.). *BES 2022. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/files//2023/04/Bes-2022.pdf>; ultima consultazione 20.03.2024.
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 20.03.2024.
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, World Health Organization - Regional Office for Europe. *Alcohol and cancer in the WHO European Region*. 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 06.03.2023.
45. Benjamin O, Anderson, Berdzuili N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge H.P, Krech R, Mikkelsen B, Neufeld M, Poznyak V, Rekke 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 20.03.2024.
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%20FACSHEET%20CANCRO%20E%20ALCOL%20TRADUZIONE%20PER%20OMS.pdf>; ultima consultazione 20.03.2024.
48. 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 Dec 17;19(24):16964. doi: 10.3390/ijerph192416964.
49. 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 Abus*. 2022 Dec;43(1):1277-85. doi: 10.1080/08897077.2022.2095080.
50. 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.
51. 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.

52. 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.
53. 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 Feb 23;9(1):11. doi: 10.1038/s41572-023-00420-x.
54. 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 Sep 15;14:1243904. doi: 10.3389/fpsy.2023.1243904.
55. 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.
56. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines. Joint Action RARHA.* Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>; ultima consultazione 20.03.2024.
57. Scafato E, Silvia G, Lucia G, Claudia G. The implementation in Europe (EU) of the low risk drinking guidelines: results from the RARHA survey. *Addict Sci Clin Pract.* 2015;10(Suppl 2):P17. doi: 10.1186/1940-0640-10-S2-P17.
58. 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 20.03.2024.
59. Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peperai M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. Capitolo 9: Bevande alcoliche. In: *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018.* Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione CREA; 2020. p. 1015-122.
60. 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.
61. Ghirini, A. Matone, C. Gandin, M. Vichi, E. Scafato. Consumo di alcol. In: *Rapporto Osservasalute 2022. 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/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-fattori\\_rischio.pdf](https://osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2023/06/ro-2022-fattori_rischio.pdf); ultima consultazione 17.11.2023
62. 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
63. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet.* 2018;392(10152):987-88.
64. 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>
65. 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.

66. ISTAT. Glossario. In: *Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà*. Anno 2021. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2022. Disponibile all'indirizzo: [https://www.istat.it/it/files//2022/05/Glossario\\_fattori\\_rischio\\_salute\\_2021.pdf](https://www.istat.it/it/files//2022/05/Glossario_fattori_rischio_salute_2021.pdf); ultima consultazione 06.11.2023.
67. 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.
68. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol*. 2002 Nov-Dec;37(6):591-6. doi: 10.1093/alcalc/37.6.591. PMID: 12414553.
69. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Understanding binge drinking*. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2021. [https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA\\_Binge\\_Drinking\\_3.pdf](https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Binge_Drinking_3.pdf); ultima consultazione 20.03.2024.
70. Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res*. 2018;39(1):87-96.
71. 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](https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-03/alcohol_key-doc_cnapa_ap_2014_0.pdf); ultima consultazione 20.03.2024.
72. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d'Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. Disponibile all'indirizzo: [https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%2014-16.pdf](https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%2014-16.pdf); ultima consultazione 20.03.2024.
73. World Health Organization - Regional Office for Europe. *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016) endorsed by CNAPA: progress evaluation report*. Copenhagen: WHO - Regional Office for Europe; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346532/WHO-EURO-2019-3574-43333-60793-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; ultima consultazione 20.03.2024.
74. DSM-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013
75. 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](https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf); ultima consultazione 20.03.2024.
76. Babor T, et al. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care. 2nd ed*. Geneva: World Health Organization; 2001.
77. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie-CCM. *Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS 2007-2010*. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_623\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf); ultima consultazione 20.03.2024.
78. 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](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf); ultima consultazione 20.03.2024.

79. Ministero della Salute. *Piani Regionali della Prevenzione*. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5771&area=prevenzione&menu=vuoto>; ultima consultazione 20.03.2024.
80. Istituto Nazionale di Statistica. *Indagine sui decessi e cause di morte. Anno 2020*. Roma: ISTAT; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/240401>; ultima consultazione 20.03.2024.
81. 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 20.03.2024.
82. 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](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 20.03.2024.
83. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Ayuso-Mateos J.L, Miret M. Prevalence of alcohol consumption and pattern of use among the elderly in the WHO European Region. *Eur Addict Res* doi: 10.1159/000360002
84. Rigler SK. 2015;21:88-96. Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*. 2000;61(6):1710-6.
85. 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.
86. Riuttanen A, Jääntti S.J. & Mattila V.M. Alcohol use in severely injured trauma patients. *Sci Rep*. 2020;10:17891. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-74753-y>
87. Istituto Nazionale di Statistica. *Demografia in cifre. Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2024*. Roma: ISTAT; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://demo.istat.it/app/?i=POS&l=it.internet>; ultima consultazione 22/03/2024
88. 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.
89. 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](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf); ultima consultazione 20.03.2024.
90. World Health Organization. *European framework for action on alcohol, 2022–2025 Vision: A SAFER European Region free from harm due to alcohol*. Copenhagen: WHO-Regional Office for Europe; 2022. Disponibile all'indirizzo: [https://cdn.who.int/media/docs/librariesprovider2/regional-committee-meeting-reports/rc72/european-framework-for-action-on-alcohol-2022-2025-cheat-sheet-en.pdf?sfvrsn=8e63aef4\\_4&download=true](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 20.03.2024.
91. Carlin E, Casswell S, Engelhardt K, McGrady B, Rekke D, et al. *Digital marketing of alcoholic beverages what has changed?* Geneva: WHO; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352521/9789240045002-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 20.03.2024.
92. Matone A, Gandin C, Scafato E, Ghirini S, Waddell K, Kokole D, Sperkova K, Dünnbier M, Andersson P, Barbazza E, Anderson P, Dumbili E, Waleewong O, Watchanapranee T, Evensen J.T, Parry C, Claro Gálvez A.M, Berteletti F, Ruiz Cairo E, Tello J, Krech R. *A public health perspective on zero-and low alcohol beverages. Snapshot series on alcohol control policies and practice*. Geneva: World Health

- Organization; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240072152>; ultima consultazione 20.03.2024.
93. European Commission. *Europe's Beating Cancer Plan Communication from the commission to the European Parliament and the Council*. Bruxelles: European Commission; 2022. Disponibile all'indirizzo: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu\\_cancer-plan\\_en\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf); ultima consultazione 20.03.2024.
94. 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.
95. Europa. Rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro. Risoluzione del Parlamento europeo del 16 febbraio 2022 su rafforzare l'Europa nella lotta contro il cancro -Verso una strategia globale e coordinate. *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* C342, 6.9.2022.
96. Falby P, Guerra J, Abdulkareem T, Daugan L.A, Amul G.G, Bakke Ø, Berteletti F, Cain P, et al. *Reporting about alcohol: a guide for journalists*. Geneva: World Health Organization; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366715/9789240071490-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 20.03.2024.
97. Scafato E. Alcol e alcologia in Italia: necessità e urgenza del cambio di paradigma dai livelli attuali di prevenzione a quelli di reale tutela della salute. In: *XXVIII Congresso Nazionale Alcologia tra clinica e organizzazione. Una disciplina da difendere*. Bologna 1° dicembre 2023. Presentazione. Disponibile all'indirizzo: <https://cms.deepapp.it/Protected/WorkFolder/7/4098/Gallery/20231211033108484.pdf>. ultima consultazione 20.03.2024.
98. Kopp P. *Le coût social des drogues: estimation en France en 2019*. Paris: Observatoire français des drogues et des tendances addictives; 2023.
99. 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 20.03.2024
100. 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 20.03.2024.
101. Scafato E, Gandin C, Giannini M.A, Migliore M, Zavan V, Greco G, Bravi A per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol (Ed.). *Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo e integrato dell'alcologia italiana"*. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3274\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3274_allegato.pdf); ultima consultazione 20.03.2024.
102. 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 20.03.2024.
103. 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 20.03.2024.

*Serie Rapporti ISTISAN  
numero di gennaio 2024, 2° Suppl.*

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

*Roma, aprile 2024*