

**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  
Rapporto 2022**

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

*Centro Nazionale Dipendenze e Doping*

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

**Rapporti ISTISAN  
22/1**

## CONCLUSIONI

L'anno della pandemia, il 2020, ha rappresentato un'esperienza estremamente complessa e di forte impatto sulle persone e sui comportamenti a rischio. In Italia come all'estero il consumo di alcol ha rappresentato spesso una canalizzazione verso il "sollevio" di un disagio e di una sofferenza che è stata sperimentata in particolare da chi già aveva un consumo dannoso di alcol. L'effetto ricercato di quantità crescenti di bevande alcoliche ha rappresentato per molti una risposta all'isolamento. È aumentato il consumo incontrollato di tutte le bevande alcoliche acquistate non solo attraverso la grande distribuzione, ma anche mediante nuovi canali alternativi di vendita online e di *home-delivery*, giunti a rappresentare un consolidato canale di acquisto soprattutto nel fine settimana da parte dei giovani e dei giovani adulti. Dagli aperitivi online sui vari social si è passati agli eventi alcolici *post-lockdown*, non sempre controllati, frequentemente esitati in intossicazioni moleste, lì dove non violente, anche in parziale reazione alle numerose tensioni lavorative, familiari, relazionali e generate dall'ansia della pandemia nell'anno più difficile e tragico della sua manifestazione (7-9).

L'aumento dei consumi di bevande alcoliche fuori dai pasti si è accompagnato al progressivo e sostanziale incremento delle consumatrici, specie giovanissime, ma non ha risparmiato il sesso maschile avendo registrato un aumento dei comportamenti a rischio, particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni, preoccupantemente incidente tra i minorenni di ambo i sessi. Il *binge drinking* continua a rappresentare un'abitudine diffusa e incontrastata con il 18,4% dei giovani tra i 18 e i 24 anni di età dediti all'intossicazione periodica, il 22,1% dei maschi e il 14,3% delle femmine (vedi Figura 11).

Riguardo alle bevande consumate, il vino è l'incontrastata bevanda di riferimento per il rischio dei consumatori di quasi tutte le età. Ciò smentisce la relativa differenza nell'impatto d'uso delle differenti bevande alcoliche legate a modelli tradizionali di cui, col tempo, si sono perse le connotazioni, assistendo a sensibili cambiamenti. Se, da un lato, il consumo esclusivo di vino e birra diminuisce in quasi tutte le fasce di età, dall'altro continua a rappresentare la bevanda alcolica di riferimento per i consumatori a rischio e dannosi, inclusi gli alcolodipendenti.

L'aumento della quota dei consumatori dannosi di alcol, quindi con danno d'organo già in atto, rappresenta un elemento di estrema disuguaglianza sostenuto dall'inadeguatezza dei servizi e dalla mancanza di una vera rete curante, nei fatti non fruita dagli aventi necessità. Infatti, meno del 10% dei consumatori dannosi è intercettato dai servizi alcolologici e, di questi, a meno di un terzo viene garantita una qualunque forma d'intervento o trattamento erogato. Questa, pur se la più grave e rilevante, non è purtroppo l'unica criticità. Gli interventi sono espletati in modo estremamente disomogeneo tra Regioni, in assenza di una linea guida comune di riferimento e di una strutturazione omogenea dei servizi, che in nessuna Regione mettono a disposizione del personale interamente dedicato all'alcolodipendenza. Tutto ciò, insieme all'impatto in termini di ricoveri e accessi al Pronto Soccorso per condizioni o eventi attribuibili all'alcol, traccia un quadro di grave insufficienza funzionale e operativa. Tale situazione è resa ancora più fragile dagli esiti del *lockdown*, che ha determinato un incremento delle disuguaglianze di salute tra i consumatori dannosi o rischiosi di alcol. La mancanza d'identificazione e d'intervento, causata dall'insufficiente disponibilità delle strutture territoriali, ha fatto sì che i consumatori dannosi e rischiosi siano stati marginalizzati e stigmatizzati in una dimensione di scarsa disponibilità di accesso a servizi e prestazioni, urgenti ma differiti e, nella stragrande maggioranza dei contesti sanitari, ancora da erogare (72).

Nonostante le iniziative, le strategie, le indicazioni per azioni prioritarie individuate dall'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO e le numerose progettualità finanziate dalla

Commissione Europea che hanno reso disponibili strumenti, buone pratiche e linee guida, gli Stati Membri dell'Unione Europea, Italia inclusa, hanno continuato a risentire di livelli significativi di danni attribuibili all'alcol (73). In estrema sintesi, non è stato adeguatamente colmato il divario netto tra gli obiettivi indicati dal Programma Guadagnare Salute (GS) e le misure di contrasto e di prevenzione messe in atto, nonché tra i regolamenti e le normative adottati a supporto dell'implementazione delle strategie e delle azioni europee di accompagnamento. A tal riguardo, in funzione di un'evidente disapplicazione di ottime norme di riferimento, è da riaffermare l'importanza di determinare la rigorosità del livello di applicazione da parte delle autorità competenti e degli stessi governi nazionali delle buone pratiche raccomandate nel Piano d'azione europeo, ricomprese nelle azioni adottate attraverso i documenti programmatici nazionali (40).

L'analisi dell'andamento degli indicatori utilizzati dal sistema di monitoraggio del consumo di alcol nazionale, dal 2007 al 2020, mostra tendenze non sufficientemente allineate agli obiettivi strategici prefissati dagli organismi internazionali per la riduzione del 10% del consumo dannoso di alcol entro il 2025. Infatti, l'evidenza di uno zoccolo duro di sostanziale invarianza sino al periodo pre-pandemico e la risalita verso livelli di maggior rischio nella popolazione, sono emblematici del richiamo espresso dall'ISS e dallo stesso Ministro della Salute all'adozione di correttivi che, a oggi, non risultano essere ricompresi nelle strategie di prevenzione nazionale e regionale o non adeguatamente implementati; ciò viene invece richiesto da una indispensabile politica sull'alcol, maggiormente incisiva e più aderente alle dimensioni del rischio e del danno che sono peggiorate ulteriormente nell'era post-*lockdown* (74). Se, da un lato, l'impatto alcol-correlato ha visto negli anni un impegno governativo nella produzione di norme, come quelle concernenti l'alcol alla guida, l'età minima legale, alla regolamentazione di somministrazione e vendita, dall'altro numerosi ambiti d'intervento sono risultati privi di attenzioni specifiche e di azioni pur espressamente esplicitate dal programma GS.

In Italia, nel corso degli ultimi anni si è assistito a un peggioramento del profilo epidemiologico e d'impatto dell'alcol nei target di popolazione più a rischio, ancor prima dell'inizio della pandemia da COVID-19, e confermato dagli indicatori compositi e cioè dalla valutazione dell'implementazione delle azioni nelle aree dello *European Alcohol Action Plan* (EAAP) che suggerisce di rinnovare l'impegno in particolari aree (5). A tale riguardo, attraverso l'applicazione dello *scoring system* delle *alcohol policy*, adottato ufficialmente dalla WHO dopo una fase pilota, sono stati evidenziati, già dal 2016, gli scostamenti delle medie dell'Italia nelle aree dell'EAAP rispetto alle medie europee.

In Italia sono, ancora oggi, almeno 4 le aree d'azione che richiedono interventi prioritari:

1. risposta dei servizi sanitari (quali l'utilizzo di screening e intervento breve per il consumo rischioso e dannoso di alcol e la disponibilità di interventi terapeutici standardizzati);
2. marketing delle bevande alcoliche (pubblicità e sponsorizzazioni da parte dell'industria dell'alcol di eventi sportivi e che riguardano i giovani, restrizioni sulle vendite promozionali);
3. politiche sui prezzi;
4. politiche per la riduzione delle conseguenze negative del consumo di alcol e dell'intossicazione (es. quelle miranti alla formazione del personale addetto alla somministrazione delle bevande, quelle sulle etichette con le informazioni nutrizionali e sulla salute e i numerosi richiami nei programmi di prevenzione che avevano già richiamato l'indispensabilità e l'urgenza di rinnovare i sistemi di rilevazione precoce e d'intervento, di rivedere i protocolli di gestione degli stati d'intossicazione acuta e la gestione nei Pronto Soccorso delle conseguenze del bere per ubriacarsi).

Dalla rielaborazione delle indagini avviate tra il 2017 e il 2018 emerge una nuova e più favorevole performance dell'Italia, in cui molti *gap* sono risultati in via di recupero rispetto alla precedente rilevazione e ai punteggi iniziali seppure con un'eccezione rilevante: l'area 2

dell'EAAP, quella cioè relativa alla risposta dei servizi sanitari, che continua a rimanere al di sotto della media europea e in forte ritardo applicativo rispetto alle altre aree oggetto di politiche e azioni (Figura 29).



**Figura 29. Punteggi (medie) dei dieci indicatori compositi dell'EAAP per l'Italia e l'Europa, 2016 (40)**

Ovviamente, il breve intervallo intercorso non poteva realisticamente consentire di migliorare il profilo dell'impatto epidemiologico sui consumi, in aumento oramai da anni, dei consumatori a rischio, specie tra i giovani. Ma, alla luce del peggioramento complessivo dell'impatto dell'alcol – che avrebbe richiesto una risposta immediata di salute pubblica sui target vulnerabili della popolazione – l'assenza d'intervento o l'inerzia nell'adozione di azioni efficaci sono oggettivamente la criticità di maggior peso nell'allontanamento dell'Italia dagli Obiettivi di Salute Sostenibile determinato ovunque in Europa dall'interferenza di interessi economici che frenano gli sforzi verso una salute migliore per tutti (2).

Tutti gli indicatori sono da prendere in considerazione anche per il monitoraggio previsto delle azioni legate alla salute orientate al raggiungimento di tali obiettivi (gli SDG) che per l'Italia sono mirati anche alla riduzione del 10% dei consumi pro capite di alcol, alla riduzione dei consumatori a rischio e della mortalità alcol-correlata registrata in aumento, e all'incremento della copertura del trattamento farmacologico, psicosociale e riabilitativo per l'alcol e tutte le sostanze d'abuso (6).

Ogni giorno nei Paesi UE circa 800 persone muoiono per cause attribuibili all'alcol. In Italia le stime indicano in 17.000 i decessi annuali evitabili causati dall'alcol: in media 50 persone al giorno. Ciò richiede altri sforzi per ridurre il consumo di alcol e gli episodi d'intossicazione che sono spesso la causa dei frequenti episodi di decessi rilevati a causa della guida sotto l'influenza dell'alcol (2).

Nel 2018, nella terza Riunione ONU ad alto livello dell'Assemblea Generale sulle malattie non trasmissibili, i Capi di Stato e di Governo si sono impegnati a rafforzare le leggi e le misure

fiscali per proteggere le persone dal consumo di prodotti nocivi come tabacco e alcol. Il settore privato è stato invitato a rafforzare il proprio impegno e contribuito alla realizzazione delle risposte nazionali intese a prevenire, controllare e curare le malattie cronico-degenerative. Il raggiungimento degli obiettivi di salute e di sviluppo sostenibile doveva essere facilitato incoraggiando gli operatori economici nel settore della produzione e del commercio di alcol, secondo i casi, a contribuire a ridurre il consumo dannoso di alcol nelle loro aree principali, tenendo conto dei contesti nazionali religiosi e culturali e facendo passi concreti, ove pertinenti, verso l'eliminazione del marketing, della pubblicità, e della vendita di prodotti alcolici ai minori (75). Ogni Paese europeo può ridurre i danni attribuibili all'alcol e muoversi verso il raggiungimento degli SDG, implementando una serie di misure di comprovata politica sull'alcol per cui sono disponibili prove di efficacia con esperienza accumulata a livello europeo e nazionale (2, 6). Affrontare il consumo dannoso di alcol rimane una priorità di salute pubblica per l'Unione Europea, e il raggiungimento degli obiettivi previsti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite richiede un'analisi di quanto fatto a oggi per il raggiungimento dei suddetti obiettivi (6). Per l'Italia tale analisi è favorita dalla disponibilità del sistema formale di monitoraggio alcol SISMA (16) che consente di sorvegliare annualmente le tendenze che il rapporto epidemiologico annuale dell'ONA in ISS produce per l'acquisizione in Relazione annuale al parlamento del Ministro della Salute ai sensi della Legge 125/2001.

I consumatori a rischio, secondo l'indicatore di sintesi ISS, sono stati nel 2020 il 22,9% degli uomini e il 9,4% delle donne di età superiore a 11 anni, ovvero oltre 8.600.000 persone (maschi, 6.000.000; femmine, 2.600.000) che nel 2020 non si sono attenuti alle indicazioni di salute pubblica. Analizzando i dati secondo le classi di età della popolazione si evidenzia che la fascia di popolazione più a rischio è quella dei ragazzi e delle ragazze di 16 e 17 anni (maschi, 43,8%; femmine, 40,5%), seguita dagli anziani ultra 65enni. Sono quindi circa 800.000 i minorenni e 2.600.000 gli ultra 65enni da considerare a rischio per patologie e problematiche alcol-correlate: esattamente quei target di popolazione sensibili per i quali il WHO e la Commissione Europea raccomandano azioni d'intervento volte a sensibilizzare le persone sulla non conformità dei loro consumi alle raccomandazioni di sanità pubblica. I numeri rilevati, infatti, sono verosimilmente da imputare, almeno in parte, a una carente conoscenza o consapevolezza dei rischi che l'alcol causa alla salute. È di particolare rilievo il fatto che nelle minorenni non si osserva una differenza significativa rispetto ai loro coetanei maschi. Infatti, la prevalenza di consumatori a rischio di sesso maschile è superiore a quelle delle donne per tutte le classi di età a eccezione dei minorenni, e la differenza di genere aumenta all'aumentare dell'età. I comportamenti a rischio sul consumo di alcol nella popolazione giovanile sono particolarmente diffusi nella fascia di età compresa tra i 18 e i 24 anni, e il consumo di bevande alcoliche tra i giovani è una criticità che impone di mantenere alta l'attenzione su questa fascia di popolazione.

Nel 2020, la prevalenza di *binge drinker* almeno una volta negli ultimi 12 mesi è stata dell'11,4% tra gli uomini e 3,9% tra le donne di età superiore a 11 anni che identifica più di 4 milioni di *binge drinker* di età superiore a 11 anni (Figura 11) prevalentemente di genere maschile in tutte le fasce d'età, fatta eccezione per i minorenni nella quale le ragazze che consumano con modalità *binge drinking* sono maggiori dei coetanei. L'analisi dell'andamento nel tempo in soggetti di età superiore a 11 anni mostra che a partire dal 2014 aumenta in maniera pressoché costante il consumo *binge drinking* con un incremento totale nell'ultimo anno pari al 7,3%, più marcato per il genere femminile.

Dai dati del sistema EMUR (Assistenza Emergenza e urgenza) del Ministero della Salute, mediamente il 10% dei circa 30.000 accessi al pronto soccorso nel corso degli anni più recenti, hanno riguardato minori, soprattutto ragazze, che per una condizione patologica legata all'alcol hanno richiesto un intervento immediato d'urgenza ma, in assenza di protocolli definiti di *case*

*management*, sono tornati a casa dopo la fase acuta senza alcuna ulteriore successiva valutazione di merito.

Dai dati sui ricoveri ospedalieri del Ministero della Salute, la forte contrazione dei ricoveri, e quindi delle dimissioni ospedaliere durante la pandemia, ha inevitabilmente riguardato i pazienti con AUD già identificati e le problematiche alcol-correlate, principalmente legate alle epatopatie croniche ma anche alle sindromi da dipendenza da alcol e da abuso di alcol.

Dai dati del Ministero della Salute relativi ai servizi o gruppi di lavoro per l'alcoldipendenza si registra un calo progressivo degli alcoldipendenti in carico con una flessione che negli anni 2017-2019 già rendeva evidente la criticità del sistema d'intercettazione di coloro che sono in necessità di trattamento e che anche nel periodo di pandemia non hanno avuto opportunità di presa in carico. In media, oltre il 70% degli alcoldipendenti in carico è in età lavorativa e produttiva così come i consumatori dannosi, in necessità di trattamento e non intercettati dal Servizio Sanitario Nazionale. È evidenza consolidata che i nuovi utenti sono più giovani di quelli già presi in carico e che la bevanda alcolica prevalente di riferimento, sia degli alcoldipendenti che dei consumatori dannosi, sia il vino, seguito dalla birra, dai superalcolici e dagli aperitivi, amari e digestivi. I programmi di trattamento presentano una variabilità regionale del trattamento erogato, con prevalenza del trattamento medico-farmacologico e di *counselling* rivolto all'utente o alla famiglia con poco o assente inserimento in gruppi di auto/mutuo aiuto; e raramente interventi di comunità di carattere residenziale o semiresidenziale. I servizi e le prestazioni erogati in pandemia hanno risentito della chiusura fisica e hanno esposto a una recrudescenza della patologia: gli utenti costretti all'isolamento nelle fasi di *lockdown* con ricadute molto frequenti, l'impossibilità di gestione in presenza di manifestazioni cliniche anche di rilievo.

La lettura delle analisi svolte per l'Italia e lo scenario epidemiologico generato dal SISMA, il Sistema di Monitoraggio Alcol gestito dall'ONA dell'ISS, ha dimostrato che sono necessari nuovi, rilevanti e persistenti investimenti in selezionate aree sensibili di azione rivolta a favorire:

1. risposta dei servizi sanitari, attraverso il potenziamento dell'attuazione degli screening e degli interventi brevi nell'assistenza primaria;
2. azioni e interventi in contesti di vita comune (es. la scuola) e nei luoghi di lavoro. Tali azioni e interventi dovranno affrontare non solo il rischio e il conseguente danno del bevitore, ma anche quello a terzi, attraverso programmi articolati rivolti all'incremento di consapevolezza, evitando modelli privi di efficacia come quello del "bere responsabile" rivolto a minori e giovani. È necessario un cambiamento del comportamento collettivo e della cultura del bere che riduca le conseguenze negative dell'intossicazione da alcol, il contrasto alle *fake news* e ai falsi miti, elementi chiave da considerare per garantire scelte informate dei consumatori;
3. politiche dei prezzi adeguate al contesto sociale, culturale ed economico sembrano essere la misura politica più urgente, ma meno considerata: i Paesi europei hanno ottenuto il punteggio più basso nel monitoraggio di questa area d'azione, e l'Italia tra questi;
4. progressi nell'attuazione delle politiche devono essere supportati da sistemi di controllo e guidati dall'interesse della salute pubblica, proteggendo da interferenze industriali e interessi commerciali. Un forte richiamo alle problematiche inerenti il marketing, la pubblicità e le sponsorizzazioni connota l'ambito in cui appare inderogabile intervenire, come peraltro sancito dall'art. 2 della Legge 125/2001 (19).

Le implicazioni di salute pubblica che l'ONA indica come urgenti sono sintetizzabili come segue.

È necessario e urgente riprogrammare e rinnovare i servizi sanitari, ridefinire i programmi, riorganizzare l'intero sistema di cura che ha mostrato di non essere preparato a gestire l'emergenza della pandemia. Sono da prevedere nuove modalità di erogazione dei servizi in

particolare le consulenze, il *counselling* online, privilegiando la telemedicina e le soluzioni digitali (anche basati sull'uso di smartphone). Questi hanno già dimostrato utilità nella riduzione del consumo di alcol e dei sintomi depressivi e la diminuzione dei costi sanitari pur mantenendo e rafforzando, allo stesso tempo, il legame medico-paziente e l'efficacia della cura. Inoltre, è altresì importante un rinnovato sostegno alle misure *best buys* della WHO (limitazione della disponibilità, misure sulla commercializzazione dell'alcol e aumento della tassazione delle bevande) che da sempre sono rilevate come le più efficaci per contrastare il consumo dannoso di alcol.

È estremamente importante rivolgere l'attenzione ai giovani e al fenomeno del *binge drinking*, che negli ultimi anni caratterizza una delle abitudini più comuni nei fine settimana, ma anche al semplice uso dell'alcol da parte dei minori. Questi devono poter contare su iniziative di sensibilizzazione, svolte esclusivamente da personale sanitario o con mandato educativo distante da qualunque portatore d'interessi commerciali, che non propongano il "bere responsabilmente" a individui la cui capacità critica e la maturità evolutiva non sono quelle che svilupperanno intorno ai 25 anni e, quindi, non in grado di gestire, coordinare, programmare azioni in senso completamente razionale come implicito in un messaggio dimostrato come ambiguo, inefficace e potenzialmente dannoso per la prevenzione tra i giovani. A tal fine è urgente programmare campagne di sensibilizzazione rivolte a escludere il consumo di bevande alcoliche tra i minori di 18 anni (la recente risoluzione del Parlamento Europeo chiede alla Commissione Europea una "strategia alcol zero" per i minori) (74), concentrando l'attenzione su adolescenti e giovanissimi, ma anche sui giovani maggiorenni la cui vulnerabilità cerebrale all'uso di alcol è massima prima dei 25 anni di età. Anche sulle donne e sugli anziani, i target adulti più sensibili al rischio e al danno alcol-correlato, è necessaria un'accurata reimpostazione della comunicazione per la prevenzione, evitando d'indicare il consumo moderato come compatibile con uno stato di buona salute, essendo stato dimostrato che, tanto per il cancro, quanto per le malattie cardiovascolari, non esistono livelli sicuri di consumo di alcol. L'Osservatorio Nazionale Alcol, da anni sollecita la formazione obbligatoria dei medici offrendo e proponendo lo svolgimento della formazione regionale e l'attuazione di corsi avanzati di aggiornamento, formazione professionale e medica continua per l'integrazione dello screening AUDIT nei contesti di assistenza primaria e adeguata gestione del caso. Un'adeguata attenzione dovrebbe essere prestata alla prevenzione dell'inizio del consumo di alcol tra i bambini e gli adolescenti, la prevenzione del consumo di alcol tra le donne in gravidanza e la protezione delle persone dalle pressioni a bere, soprattutto nelle società con alti livelli di consumo di alcol, in cui i forti bevitori sono incoraggiati a bere ancora di più.

Altrettanto importante è l'aggancio in Pronto Soccorso di chi giunge in ospedale con intossicazione acuta e altre acuzie alcol-correlate, promuovendo la diffusione delle collaborazioni tra strutture ospedaliere (Pronto Soccorso e ambulatori) e territoriali (Centri Alcolologici e Servizi per le Dipendenze - Ser.D). Non da meno, è necessario informare e sensibilizzare in contesti diversi – nelle scuole, nei luoghi di lavoro, ove si praticano attività sportive, ecc. – rispetto all'alcol e alle problematiche alcol-correlate, al fine di favorire scelte informate e consapevoli, evitando comunicazioni ambigue alla ricerca di livelli sicuri di consumo che non ci sono. Certamente la collaborazione con associazioni di gestori di locali e pubblici esercizi ove si somministrano e vendono bevande alcoliche potrebbe rappresentare una ulteriore misura di contrasto a condotte dannose alla salute correlate al consumo di bevande alcoliche, con particolare riguardo ai minori. Di fondamentale importanza arrivare a un'azione di prevenzione e a un piano d'azione "alcol zero" per i giovani, come ribadito dalla Risoluzione del 16 febbraio del parlamento europeo, che allontani qualunque ingerenza del settore della produzione (74).

Mancano protocolli di *case management* per garantire una vera tutela al minore disintossicato e rimandato a casa ma non indirizzato ad alcuna competenza specifica di valutazione di merito. È da garantire la costituzione di una rete curante efficiente con aggancio in Pronto Soccorso, per

una problematica correlata all'alcol in fase acuta, e identificazione precoce nei contesti di prevenzione e assistenza primaria (medici di medicina generale, pediatri, dipartimenti di prevenzione) assicurando la fondamentale collaborazione con dipartimenti della stessa struttura ospedaliera e con il territorio (Centri Alcolologici e Ser.D) che necessitano di una formazione specifica IPIB (Identificazione Precoce e Intervento Breve) come quelle promosse dall'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS su standard WHO.

Sono urgenti e inderogabili linee guida, prassi, procedure, riorganizzazione delle strutture e dei servizi del SSN da rendere omogenei sull'intero territorio nazionale al fine di assicurare un'assistenza centrata sulla persona, dando voce all'esigenza di *empowerment* che è segno di attenzione e sensibilità per la malattia mentale meno trattata al mondo: l'alcolodipendenza. Dai dati rilevati, a oggi, meno di un consumatore dannoso di alcol su 10 in necessità di trattamento è intercettato e avviato ai servizi alcolologici del SSN per un dovuto intervento e trattamento; il restante continua a essere sommerso, non fa ricorso ai servizi di diagnosi, cura e riabilitazione e non riceve alcuna forma di trattamento in grado di arrestare la progressione del danno o di prevenire le complicanze e un'evoluzione verso forme più complesse di dipendenza.

Ancora una volta, è di estrema importanza sostenere programmi per l'identificazione precoce da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, dei medici competenti nei luoghi di lavoro e l'invio ai servizi secondo protocolli standardizzati.

È inoltre essenziale potenziare l'intercettazione dei soggetti con AUD alla guida di autoveicoli e definire in modo univoco il ruolo dell'alcolologo nelle Commissioni Medico Legali per violazioni art. 186 e 186bis del CdS e l'invio al Ser.D/Servizio di alcologia, nonché l'incentivazione di percorsi info-educativi – strutturati e rispondenti a criteri basati sull'evidenza – uniformi sul territorio nazionale.

In definitiva, dall'analisi effettuata e tenendo conto delle strategie correnti, la realizzazione di un nuovo Piano Nazionale Alcol e Salute, dopo quello del 2007, risulterebbe l'elemento di sintesi e l'aggiornamento necessario per progredire verso gli obiettivi che non possono ricomprendere quelli più ampi di salute sostenibile, allo stato attuale non considerati, e colmare i *gap* identificati.

Sebbene il progetto originale di *scoring* delle politiche sull'alcol della WHO si focalizzi sui Paesi della Regione Europea, con un rilievo di natura nazionale, gli indicatori compositi utilizzati si riflettono in maniera indiretta anche sulle realtà delle Regioni italiane, come indicato dalle azioni centrali SISTIMAL, che dovrebbero comunque considerare la portata della valutazione d'implementazione delle politiche ispirate al perseguimento degli obiettivi sull'alcol del Piano Nazionale della Prevenzione, al quale i Piani Regionali di Prevenzione s'ispirano, e avviare una riflessione su ciò che è stato conseguito e su come valorizzare tale risultato anche tenuto conto delle nuove indicazioni che saranno rese esecutive a maggio 2022 dall'Assemblea Mondiale della Sanità attraverso gli obiettivi operativi del Piano d'Azione WHO 2022-2030:

1. Aumentare la copertura della popolazione, l'attuazione e l'applicazione di opzioni politiche ad alto impatto e interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol in tutto il mondo per una migliore salute e benessere, tenendo conto della prospettiva di genere e di un approccio basato sul corso di vita.
2. Rafforzare l'azione multisettoriale attraverso una *governance* efficace, un rafforzato impegno politico, la leadership, il dialogo e il coordinamento dell'azione multisettoriale.
3. Potenziare la capacità di prevenzione e cura dei sistemi sanitari e di assistenza sociale per AUD e delle associate condizioni di salute come parte integrante della copertura sanitaria e allineata all'Agenda 2030 e ai suoi obiettivi sanitari.
4. Aumentare la consapevolezza dei rischi e dei danni associati al consumo di alcol e del suo impatto sulla salute e il benessere degli individui, delle famiglie, delle comunità e delle

nazioni, nonché l'efficacia delle diverse opzioni politiche per la riduzione dei consumi e dei relativi danni.

5. Rafforzare i sistemi informativi e la ricerca per il monitoraggio del consumo di alcol, danno correlato all'alcol, i loro determinanti e fattori modificanti e i livelli delle risposte politiche, con la diffusione e l'applicazione di informazioni per l'*advocacy* al fine di informare la politica e sviluppo e valutazione dell'intervento.
6. Aumentare significativamente la mobilitazione delle risorse necessarie per un'adeguata e sostenuta azione per ridurre il consumo dannoso di alcol a tutti i livelli.

La revisione integrale delle politiche nazionali sull'alcol e di quelle di prevenzione non è procrastinabile, e tutti gli sforzi dovranno esser fatti per garantire che la prevenzione alcol-correlata venga orientata dai principi operativi della strategia mondiale sull'alcol della WHO e da quelli dell'EAAP, che includono importanti principi guida per lo sviluppo e l'attuazione di politiche sull'alcol a tutti i livelli, con nuovi principi guida integrati orientati all'azione operativa (76):

*A) Azione multisettoriale*

Lo sviluppo, l'attuazione e l'applicazione delle politiche di controllo dell'alcol a tutti i livelli richiedono un'azione multisettoriale concertata, con il coinvolgimento del settore sanitario e di altri settori pertinenti, come il sociale e l'occupazione, le dogane, l'agricoltura, l'istruzione, i trasporti, lo sport, la cultura, la finanza e le forze dell'ordine, se del caso, per affrontare l'uso dannoso di alcol nelle loro attività.

*B) Copertura sanitaria universale*

Tutti gli individui e le comunità, comprese quelle delle zone rurali, ricevono i servizi sanitari di cui hanno bisogno, senza subire difficoltà finanziarie, per ridurre l'onere sanitario causato dal consumo dannoso di alcol, compreso l'intero spettro dei servizi sanitari essenziali di qualità, dalla promozione della salute alla prevenzione, trattamento, riabilitazione e cure palliative lungo tutto il corso della vita.

*C) Approccio life-course*

Riconoscere l'importanza e le relazioni intercorrenti delle misure di controllo dell'alcol e delle strategie, degli interventi di prevenzione e del trattamento per prevenire e ridurre danni alcol-correlati in tutte le fasi della vita di una persona e per tutte le generazioni. Ciò spazia dall'eliminazione del marketing, della pubblicità e della vendita di prodotti alcolici ai minori e dalla protezione del nascituro dall'esposizione prenatale all'alcol alla prevenzione e gestione dei danni dovuti all'uso di alcol negli anziani.

*D) Tutela da interessi commerciali*

Lo sviluppo di politiche pubbliche per ridurre il consumo dannoso di alcol dovrebbe essere protetto, in conformità con le leggi nazionali, da interessi commerciali e di altro tipo che possono minare e interferire con gli obiettivi di salute pubblica.

*E) Approccio basato sull'equità*

Le politiche e gli interventi di salute pubblica per ridurre il consumo dannoso di alcol dovrebbero mirare a ridurre le disuguaglianze sanitarie e proteggere le persone in diversi gruppi (al di là delle divisioni sociali, biologiche, economiche, demografiche o geografiche) dai danni alcol-correlati.

*F) Approccio ai diritti umani*

La protezione dai danni alcol-correlati e l'accesso alla prevenzione e al trattamento dell'AUD nei sistemi sanitari contribuiscono all'adempimento del diritto al più alto livello di salute raggiungibile; le strategie e gli interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol

dovrebbero affrontare ed eliminare le pratiche discriminatorie (sia reali che percepite) e lo stigma per quanto riguarda le misure preventive e i servizi sanitari e sociali per le persone con AUD.

G) *G) Potenziamento delle persone e delle comunità*

Lo sviluppo e l'attuazione di strategie e interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol e proteggere le persone e le comunità dai danni causati dall'alcol dovrebbero fornire opportunità per l'impegno attivo e l'*empowerment* delle persone e delle comunità, comprese le persone con esperienze vissute di danni causati dall'alcol o AUD.

L'iniziativa e la partnership SAFER guidate dalla WHO per promuovere e supportare l'implementazione dei *best buys*, insieme a altre misure raccomandate per il controllo dell'alcol a livello nazionale, può rafforzare l'azione nei paesi attraverso il coordinamento con i partner e gli interlocutori privilegiati del settore della prevenzione che non ricomprenda i portatori d'interessi commerciali. Una politica di controllo efficace richiede un approccio globale, con una chiara leadership da parte del settore della salute pubblica e un coinvolgimento appropriato di altri settori governativi, organizzazioni della società civile, le istituzioni di ricerca e accademiche e un eventuale dialogo per le azioni di competenza, il settore privato.

A tale riguardo la WHO fornisce importanti indicazioni per i *policy maker* riguardo il ruolo degli operatori economici nella produzione e nel commercio di alcolici, nonché degli operatori in altri settori rilevanti dell'economia, invitandoli a rafforzare il loro impegno e il loro contributo alla riduzione del consumo dannoso di alcol nell'ambito dei loro ruoli principali e ad adottare misure concrete per eliminare il marketing e la pubblicità di prodotti alcolici ai minori e, se del caso, verso lo sviluppo e l'applicazione di misure di autoregolamentazione in materia di marketing e pubblicità in combinazione con l'elaborazione e l'applicazione di norme di legge o nell'ambito di un quadro di coregolamentazione. Gli operatori economici sono invitati a:

- astenersi dal promuovere il consumo di alcolici;
- eliminare e prevenire qualsiasi indicazione positiva sulla salute correlata all'alcol;
- garantire, all'interno di quadri normativi o co-regolamentari, la disponibilità d'informazioni sui consumatori facilmente comprensibili sulle etichette delle bevande alcoliche (compresi composizione, limiti di età, avvertenze sanitarie e controindicazioni per il consumo di alcol).

La WHO individua anche le misure proposte per gli operatori economici nella produzione e nel commercio di alcol sostanzando che gli operatori economici nella produzione e nel commercio di alcol sono invitati a:

- stanziare risorse per l'attuazione di misure che possano contribuire a ridurre il consumo dannoso di alcol nell'ambito dei loro ruoli principali di sviluppatori, produttori, distributori, venditori e venditori di bevande alcoliche;
- astenersi dal finanziare la salute pubblica e le attività politiche e la ricerca per prevenire qualsiasi potenziale pregiudizio nella definizione dell'agenda che emerga dal conflitto di interessi;
- cessare la sponsorizzazione della ricerca scientifica sulle dimensioni della salute pubblica del consumo di alcol e delle politiche sull'alcol e il suo utilizzo a fini di marketing o lobbying.

È necessario, in definitiva, rafforzare il ruolo della società civile nello sviluppo e nell'attuazione delle politiche sull'alcol e il ruolo indipendente delle istituzioni di tutela della salute, le uniche in grado di poter garantire comunicazione istituzionale e *advocacy* strategica adeguata a aumentare la consapevolezza sui danni causati dall'alcol e sull'efficacia delle misure politiche incrementando la *health literacy* tra i decisori e il pubblico al fine di aumentare il loro sostegno per l'attuazione accelerata di rinnovate strategie di prevenzione sull'alcol.

Sono necessari sforzi e attività speciali per mobilitare le diverse parti interessate per azioni coordinate per proteggere la salute pubblica e promuovere un ampio impegno politico per ridurre il consumo dannoso di alcol. Come indicato dalla WHO, è necessario sensibilizzare i decisori e il pubblico in generale sui rischi e sui danni associati al consumo di alcol. Un'adeguata attenzione dovrebbe essere prestata alla prevenzione che richiede sforzi speciali, culturalmente appropriati ai contesti e alle condizioni che richiedono innovazione per affrontare i livelli e i modelli di consumo di alcol post-pandemici, i danni correlati all'alcol e i fattori sociali ed economici che influenzano l'impatto del consumo di alcol sulla loro salute e benessere anche, come propone la WHO, attraverso una giornata o una settimana internazionale di sensibilizzazione sui danni causati dall'alcol o un *World no alcohol day* assonante con l'*Alcohol Prevention Day* che l'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS propone da ventuno anni e che, anche per il 2022, svolgerà nella ferma determinazione di un'iniziativa che rappresenta il benchmark della prevenzione alcol-correlata, vero ed efficace catalizzatore per la salute per tutti in Italia.