

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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