

## Implicazioni di salute pubblica per prevenire rischi e danni alcol-correlati: indicazioni per rinnovate politiche in Italia

La Regione Europea della WHO è l'area con il più alto consumo di alcol al mondo, con oltre 11 litri di alcol puro pro-capite all'anno tra gli adulti (15+), e con la più alta percentuale di problemi di salute e di decessi alcol-correlati. Il consumo di alcol è il terzo fattore di rischio per malattia e morte prematura nella Regione, dopo tabacco e ipertensione, e rappresenta uno dei principali fattori di rischio prevenibili per malattia, disabilità e morte prematura a livello globale. I rischi per la salute aumentano con la quantità, le modalità e la durata dell'esposizione al consumo di alcol: almeno 40 malattie e condizioni elencate nella ICD-10 della WHO sono totalmente attribuibili all'alcol e oltre 200 sono parzialmente attribuibili all'alcol. Le malattie attribuibili all'alcol appartengono a due categorie: le malattie croniche non trasmissibili (tra cui numerosi tipi di cancro, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e disfunzioni metaboliche) e le lesioni, accidentali e intenzionali (autolesionismo e violenza interpersonale tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali). Per quanto riguarda il **cancro**, esiste un nesso causale accertato tra il consumo di alcol e lo sviluppo di almeno sette tipi di cancro: tumori del cavo orale, della faringe, dell'esofago, del fegato, della laringe, del colon-retto e tumore al seno nelle donne. Nel corso del 2025, un esteso dibattito svoltosi tra maggio e settembre attraverso una serie di webinar, eventi e pubblicazioni che hanno coinvolto diversi attori della comunità scientifica, sanitaria e delle politiche pubbliche, nonché organismi internazionali, ha discusso ampiamente dell'efficacia delle politiche alcolologiche in relazione ai rischi oncologici, evidenziando come tali rischi siano presenti anche in caso di consumi modesti di alcol. Il consumo moderato di alcol comporta un rischio che è necessario comunicare ai consumatori per renderli consapevoli che il rischio non è mai pari a zero e aumenta proporzionalmente alle quantità assunte. A questo riguardo, l'aggiornamento del Codice Europeo contro il cancro (*European Code Against Cancer - ECAC5*, quinta edizione) della IARC della WHO e pubblicato a febbraio 2025, indica, al punto 6, tra le azioni concrete e scientificamente validate che ogni persona può adottare per ridurre significativamente il rischio di sviluppare tumori, di **Evitare le bevande alcoliche. Ogni quantità di alcol aumenta il rischio di tumore**. Il dibattito ha portato alla pubblicazione di un manuale da parte della IARC/WHO che riassume gli interventi ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol a livello di popolazione. Tra questi, oltre a una serie di misure politiche di controllo (quali l'aumento della tassazione e le politiche di prezzo, la riduzione della disponibilità fisica delle bevande alcoliche e il controllo sul marketing dell'alcol) emergono gli interventi coordinati, ad esempio a livello di assistenza sanitaria primaria, rivolti all'identificazione precoce del consumo dannoso di alcol.

Tra diverse politiche alcolologiche efficaci, il dibattito svoltosi attraverso una serie di webinar della IARC/WHO, eventi e pubblicazioni nel 2025 si è concentrato su 3 aree:

- **le politiche di etichettatura delle bevande alcoliche** (sviluppare evidenze per sostenere l'implementazione di efficaci avvertenze –*warning* - sulla salute sull'alcol, con un'attenzione specifica ai rischi di cancro),
- **l'alfabetizzazione sanitaria,**
- **gli screening e gli interventi brevi** ampiamente studiati in ambito di assistenza sanitaria primaria, quali l'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve (IPIB) dei Disturbi da Uso di Alcol (DUA), gli interventi psicosociali e quelli farmacologici.

I danni correlati all'alcol, come estesamente affrontato dalla *Global strategy on alcohol* della WHO, non riguardano soltanto i consumatori ma anche le persone che li circondano e la società nel complesso: è noto, infatti, 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, di atti criminali (come vandalismo e violenza), di perdita di produttività e dei costi sanitari. Inoltre, il consumo dannoso di alcol amplifica le disuguaglianze sociali, con impatti maggiori sulle popolazioni socio-economicamente svantaggiate.

L'impatto dell'uso dannoso dell'alcol 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. Secondo la WHO l'uso dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione a livello mondiale e ha un impatto diretto su molti SDG delle Nazioni Unite da raggiungere entro il 2030. La WHO ha rilevato che l'interferenza dell'industria alla realizzazione delle misure politiche di salute pubblica sull'alcol ha ostacolato, compromesso e/o ritardato il raggiungimento di 13 dei 17 SDG. A questo riguardo, ciò ha inciso su una serie di indicatori relativi alla salute: la salute dei bambini, le malattie infettive e gli incidenti stradali, nonché su una gamma ancora più ampia di indicatori relativi all'economia, allo sviluppo sociale, all'ambiente e alle uguaglianze. Secondo

quanto riportato dal “Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders” della WHO, le azioni prioritarie necessarie per il raggiungimento dell’obiettivo SDG 3.5 sono:

- Campagne di *advocacy* globali e coordinate per aumentare la consapevolezza su dimensioni e impatto dell’uso di sostanze e dei disturbi correlati sulla salute e sullo sviluppo psicofisico.
- Azioni di tutela da attivare in particolare mirate a gruppi di popolazione più vulnerabili: minori, adolescenti, donne, anziani.
- Maggiori sforzi per favorire la formazione degli operatori sanitari a tutti i livelli, non solo per assicurare interventi efficaci di prevenzione e trattamento di condizioni mediche dovute all’uso di sostanze, ma anche per implementare le strategie più adeguate di sanità pubblica.
- Un forte impegno politico di *advocacy* e una mobilitazione di risorse per garantire la piena implementazione del “Global alcohol action plan 2022-2030”, con particolare attenzione alle misure politiche ad alto impatto, incluse nel pacchetto SAFER della WHO per il raggiungimento dell’obiettivo globale di riduzione del 20% del consumo dannoso di alcol entro il 2030.
- Maggiori sforzi internazionali per il trasferimento delle conoscenze e delle competenze, con l’obiettivo di consentire lo sviluppo e l’attuazione di politiche sanitarie pubbliche efficaci, compreso il rafforzamento delle reti dei punti focali nazionali, del personale delle autorità sanitarie e dei tecnici.
- Il coinvolgimento attivo e l’empowerment delle organizzazioni della società civile, delle associazioni professionali e delle persone che hanno sofferto di disturbi da uso di alcol e sostanze.
- Un sistema di monitoraggio multilivello, capacità e infrastrutture di ricerca per una migliore comparazione dei dati e per monitorare i progressi rispetto all’SDG 3.5.
- La mobilitazione e l’allocazione delle risorse e nuove forme di finanziamento per sostenere l’implementazione delle politiche sanitarie pubbliche e rafforzare la capacità dei sistemi sanitari e sociali di affrontare il consumo di alcol e sostanze e il disturbo correlato.

Per contrastare il consumo dannoso di alcol, la “**Global strategy to reduce the harmful use of alcohol**” della WHO promuove misure politiche ad alto impatto che si sono dimostrate efficaci nel ridurre i danni legati all’alcol, come le politiche dei prezzi, la regolamentazione/restrizione del marketing e le limitazioni della disponibilità fisica di bevande alcoliche (orari e giorni di vendita, densità dei punti vendita, rispetto dell’età minima), definendole *best buys* – migliori acquisti – per prevenire o ridurre i danni alcol-correlati, e invita tutti i Paesi a rafforzare e implementare con urgenza le politiche nazionali. Più di recente, le *quick buys* hanno aggiornato le *best buys*, aggiungendo ai 3 migliori acquisti su descritti, la fornitura di programmi di IPiB per i DUA. A 15 anni dall’approvazione della “Global strategy to reduce the harmful use of alcohol” della WHO (2010) e la disponibilità di altre strategie globali ed europee dopo il 2010, sono ancora pochi i Paesi nel mondo che adottano politiche alcolologiche ad alto impatto, quali le politiche sulla disponibilità fisica ed economica delle bevande alcoliche e il marketing. Per accelerare l’implementazione della Strategia Globale, la 75<sup>a</sup> Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato il “**Global action plan on alcohol 2022-2030**”, che ha trasformato la strategia globale in azioni concrete e misurabili per raggiungere risultati tangibili. L’obiettivo delle strategie mondiali, oltre al benessere della popolazione globale, mira a ridurre l’impatto economico che l’alcol esercita sulla società, legato a un carico globale di malattia, mortalità e disabilità evitabili.

Secondo le recenti stime dell’OECD, i danni correlati all’alcol rappresentano un onere economico per i Paesi OECD pari a circa il 2,4% della loro spesa sanitaria annuale.

**Il presente Rapporto ISTISAN 2026 coincide con la venticinquesima edizione dell’*Alcohol Prevention Day*, con la celebrazione dei 25 anni dell’ONA-ISS e con la ricorrenza della promulgazione della Legge quadro 125/2001 in materia di alcol e di problemi alcol-correlati.**

In **Italia**, dai nuovi dati disponibili relativi al 2024, 8 milioni e 200mila italiani sono **consumatori a rischio**, il 21,8% dei maschi e il 9,1% delle femmine: persone che consumano alcol a livelli tali da aumentare il rischio di sviluppare malattie evitabili causate dall’alcol, tra cui cirrosi epatica, malattie cardiovascolari e cancro. Questi rappresentano la vasta platea delle italiane e degli italiani che potrebbe essere ricondotta verso consumi più bassi, comunque a rischio, ma almeno compatibili con le indicazioni delle linee guida nazionali. La fascia di popolazione più a rischio è quella dei minori, fra i quali si registrano ben 580.000 ragazze e ragazzi a rischio tra gli 11 e i 17 anni: il 7,1% dei maschi e il 6,2% delle femmine tra gli 11 e i 15 anni e il 34,5% dei maschi e il 29,7% delle femmine tra i 16 e i 17 anni. Seguono, tra i maschi, gli ultra 65enni (65-74 anni=29,4%; 75+ anni= 29,2%) e, tra le femmine, le 18-24enni (12,9%). Negli ultimi dieci anni la prevalenza dei consumatori a rischio è rimasta pressoché stabile per entrambi i sessi, segno di una prevenzione ancora insufficiente. A tal riguardo, sono necessari interventi urgenti e differenziati per età e genere, programmi di prevenzione nelle scuole e intercettare il rischio precocemente attraverso l’implementazione di programmi di IPiB, favoriti da adeguata formazione, auspicabilmente obbligatoria per i medici e i professionisti della salute dell’SSN, al fine di aumentare la consapevolezza dei rischi e dei danni causati dall’alcol prima dello sviluppo di danni alcol-correlati e di un Disturbo da Uso di Alcol senza interferenze da parte di operatori del mercato della produzione e commercio di alcolici. Occorre, inoltre, mirare alla riduzione della disponibilità fisica, dell’accessibilità economica e dell’attrattività di tutte le bevande alcoliche, attraverso politiche su prezzi, tassazione, marketing e pubblicità, come

richiesto dal Comitato Economico della Nazioni Unite per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibili e dalla WHO.

Per quanto riguarda i **binge drinker**, nel 2024 si sono registrati valori record in Italia: sono stati 4 milioni e 450mila gli italiani e le italiane che hanno bevuto per ubriacarsi, il 12,4% dei maschi e il 4,6% delle femmine, le frequenze più alte mai registrate per le femmine e le più alte a partire dal 2011 per i maschi. Sono 79mila i minori 11-17enni di entrambi i sessi che bevono per ubriacarsi, ma è tra i 18 e i 44 anni che si raggiungono i valori massimi in assoluto nella popolazione. Le percentuali di **binge drinker** sia di sesso maschile che femminile sono inferiori all'1% tra i ragazzi di 11-15 anni, aumentano nell'adolescenza, raggiungendo i valori massimi tra i maschi nella fascia di età 18-44 anni (19,9% nella fascia di età 18-24 e 20,6% nella fascia di età 25-44) e tra le femmine nella fascia di età 18-24 (12,1%); oltre queste età i valori diminuiscono, raggiungendo tra gli ultra 75enni il 4,1% tra i maschi e lo 0,9% tra le femmine. In 10 anni l'aumento dei consumatori **binge drinker** è stato del 24,0% tra i maschi e dell'84,0% tra le femmine, a testimoniare l'invarianza di un fenomeno che non si giova, da oltre un decennio, di adeguate misure e di pur richieste iniziative di efficace prevenzione e contrasto, con elevati costi sociali, sanitari ed economici.

Nel 2024 sono 17 milioni e 800mila i **consumatori fuori pasto** di tutte le età con valori che toccano il 42,1% dei maschi e il 24,6% delle femmine, in costante aumento ed è record storico per entrambi i sessi. È evidente che sono indispensabili una serie di misure: campagne di sensibilizzazione destinate ai minori e giovani adulti in età produttiva, i target più sensibili al rischio e al danno alcol-correlato; la formazione obbligatoria dei medici e l'attuazione di corsi avanzati di aggiornamento e di formazione medica continua in alcologia; l'intercettazione in Pronto Soccorso delle intossicazioni acute e altre acuzie alcol-correlate; iniziative di prevenzione per le donne in età riproduttiva, informando e sensibilizzando rispetto ai danni alcol-correlati in diversi contesti, ad esempio, nelle scuole, nei luoghi di lavoro, ove si praticano attività sportive, nei consultori; promuovere la collaborazione con associazioni di gestori di locali e pubblici esercizi ove si somministrano e vendono bevande alcoliche.

Per quanto riguarda il **consumo dannoso di alcol**, sono 730.000 i consumatori che nel 2024 hanno già verosimilmente sviluppato un danno d'organo causato dall'alcol, l'1,92% della popolazione maschile e lo 0,94% di quella femminile (M=480.000; F=250.000). Tutti i consumatori dannosi sono da considerarsi clinicamente come pazienti affetti da DUA in necessità di un trattamento. Tuttavia, oltre il 90% non risulta ricevere assistenza dal Servizio Sanitario Nazionale: solo 64.856 pazienti sono in carico ai servizi nel 2023 (ultimo dato disponibile in attesa di aggiornamento), pari all'8,3% dei casi attesi.

Analizzando il consumo di alcol per target di popolazione, si è visto che nel 2024, tra i **giovani** di 11-24 anni, sono stati 1 milione e 270 mila i consumatori a rischio: il 18,2% dei maschi e il 13,1% delle femmine, di cui 580.000 minorenni 11-17enni (il 15,5% dei maschi e il 13,3% delle femmine) e 690.000 ragazzi tra gli 18 e i 24 anni (il 21,0% dei maschi e il 12,9% delle femmine). Sempre elevata la diffusione del bere per ubriacarsi: 730.000 11-24enni, l'11,1% dei maschi e il 6,9% delle femmine, di cui 79.000 minorenni. Tra i 18-24enni le bevande più consumate sono birra (64,9%) e aperitivi alcolici (64,3%) tra i maschi, mentre tra le femmine prevalgono gli aperitivi (58,4%) seguiti dalla birra (41,9%). I dati confermano il mancato rispetto della legalità e delle norme che limitano l'accesso alle bevande alcoliche ai minori e dimostrano la costante assenza d'interventi miranti alla riduzione dell'esposizione al rischio alcol a fronte di azioni che, ove eventualmente attuate, non risultano aver inciso sul rischio alcol tra i giovani, minori in particolare. È urgente una strategia nazionale dedicata ai giovani italiani, in linea con gli obiettivi dell'OMS e del Parlamento europeo che indicano il target giovanile come *alcohol-free*.

Tra le **femmine**, nel 2024, il 57,1% delle italiane di età superiore a 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, ovvero quasi 16 milioni di persone. Le consumatrici a rischio sono oltre 2 milioni e mezzo (9,1%), mentre il 4,6% delle donne si ubriaca, con un trend in continua crescita negli ultimi 10 anni. Preoccupante il costante aumento negli ultimi 10 anni della percentuale di donne che consuma fuori pasto e che beve per ubriacarsi (**binge drinking**) che riguarda tutte le fasce di età, in particolare quella delle donne in età fertile e delle anziane. Tra le minorenni (11-17enni), nelle quali qualsiasi tipo di consumo è da considerarsi rischioso per la salute, il 13,3% sono consumatrici a rischio, ben 260.000, il 5,6% hanno consumato alcolici lontano dai pasti, e l'1,5% ha praticato il **binge drinking**. La riduzione dell'esposizione all'alcol nelle donne rappresenta una priorità per la sanità pubblica, in linea con la Strategia Globale della WHO per la riduzione dell'uso dannoso di alcol, che promuove interventi efficaci per limitare i danni alcol-correlati e proteggere i gruppi più vulnerabili. In Italia, l'ONA-ISS richiama la necessità di rafforzare le politiche di prevenzione, l'informazione basata su evidenze scientifiche e l'identificazione precoce dei consumi a rischio nei servizi sanitari. Azioni mirate sono particolarmente rilevanti per le giovani, le donne in età fertile e durante la gravidanza, con l'obiettivo di ridurre i rischi alcol-correlati e promuovere scelte di salute consapevoli lungo tutto il corso della vita. Da includere inoltre nelle azioni interventi sulle donne anziane molto spesso portatrici di patologie croniche che necessitano trattamento farmacologico ove l'alcol interferisce sull'efficacia del farmaco.

Infine, rispetto al consumo di alcol negli **anziani**, nel 2024, sono 2 milioni e 450 mila i consumatori a rischio di alcol ultra65enni. Tra loro il 26,9% dei maschi e il 6,3% delle femmine eccede nel consumo quotidiano e sono in continuo aumento i consumi fuori pasto (30% dei maschi (30% dei maschi e 10,3% delle femmine) e il **binge drinking**, che coinvolge il 5,5% degli uomini e l'1,4% delle donne che allontana anche gli over 65 dal tradizionale modello di consumo mediterraneo. Nel 2024 i consumatori a rischio di età superiore ai 65 anni sono il 29,3% dei maschi e il 7,5% delle

femmine, mentre l'81,2% dei maschi e il 50,1% delle femmine di 65 o più anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica e, nel corso degli ultimi dieci anni, per le femmine si registra un incremento del 14,9% nelle consumatrici. Nel corso dell'ultimo decennio si registra, sia per i maschi che per le femmine, un aumento significativo nel consumo di tutti i tipi di bevande alcoliche, a eccezione del vino per i maschi che rimane stabile. I comportamenti a rischio più praticati sono il consumo fuori pasto praticato dal 30,0% dei maschi e dal 10,3% delle femmine, seguito dal consumo abituale eccedentario praticato dal 26,9% dei maschi e dal 6,3% delle femmine. Il 5,5% dei maschi e l'1,4% delle femmine ultrasessantacinquenni ha praticato il *binge drinking*. Gli anziani rappresentano uno degli obiettivi più negletti della prevenzione andando a rappresentare anche la quota più consistente di consumatori dannosi (il 2,34% dei maschi e l'1,19% delle femmine dai 65 anni in su) non intercettati dalle strutture e dai professionisti del SSN pur essendo le persone con la massima probabilità clinica di contatto con il medico. È urgente intervenire con informazione, comunicazione e sensibilizzazione personalizzata su milioni di anziani, e sulla formazione professionale di medici e operatori sanitari. Gli anziani rappresentano uno dei gruppi meno raggiunti dalla prevenzione, nonostante costituiscano una quota rilevante di consumatori dannosi (2,34% dei maschi e 1,19% delle femmine) che non vengono intercettati dalle strutture e dai professionisti del SSN, pur essendo le persone con la massima probabilità clinica di contatto con il medico. È urgente rafforzare informazione, prevenzione e formazione dei medici, sfruttando il frequente contatto degli anziani con il sistema sanitario per intercettare precocemente il rischio alcol. Nonostante le sollecitazioni della WHO per accelerare l'adozione di misure di contrasto al consumo dannoso di alcol e le evidenze che sottolineano l'urgenza e la necessità di politiche di salute pubblica di prevenzione alcol-correlata, con azioni incisive coerenti con gli impegni presi per l'Agenda 2030 attraverso gli SDG, l'Italia vede ulteriormente crescere, anziché diminuire, i consumi medi *pro-capite*. Sia prendendo come riferimento il 2010 che il 2016 come linee di base per la verifica della riduzione del consumo, il consumo in Italia è infatti cresciuto. Nel 2022 il consumo totale *pro-capite* è stato pari a 8,3 litri di alcol puro, valore che colloca il nostro Paese tra quelli a consumo relativamente basso rispetto alla media europea, ma distante dal consumo medio mondiale di 5,0 litri *pro-capite* stimato dalla WHO nello stesso anno.

Nonostante il livello complessivamente contenuto, l'Italia registra un incremento del 7,6% nel periodo 2016–2022, configurandosi come il secondo maggiore aumento nell'Unione Europea, preceduto soltanto dalla Lettonia (+14,1%). La posizione italiana risulta inoltre particolarmente significativa quando confrontata con quella degli altri grandi Paesi produttori di vino, quali Francia, Spagna, Grecia e Portogallo che, pur registrando livelli assoluti di consumo alcolico generalmente più elevati, mostrano tendenze stazionarie o declinanti nel periodo considerato. Nel 2022, ad esempio, il consumo totale *pro-capite* risulta pari a circa 11 litri in Francia, Spagna, e Portogallo, senza tuttavia evidenziare aumenti analoghi a quello osservato in Italia. Questi dati suggeriscono che l'Italia costituisca un'eccezione nel panorama europeo, risultando l'unico grande Paese produttore di vino a mostrare un incremento significativo del consumo complessivo *pro-capite* negli ultimi sei anni. Risulta pertanto necessario monitorare con attenzione l'evoluzione del consumo alcolico in Italia nei prossimi anni, in particolare in relazione al target previsto per il 2030 nell'ambito dell'SDG3.5, in quanto l'andamento rilevato, pur partendo da valori assoluti moderati, potrebbe costituire un elemento critico per il raggiungimento di tali obiettivi. È pertanto necessario definire strategie preventive mirate, soprattutto nei gruppi di popolazione più esposti ai cambiamenti nei pattern di consumo.

La chiave d'intervento principale per la programmazione della prevenzione in Italia consiste in un'azione incisiva, richiamata anche dal **Libro Bianco sull'alcol del Ministero della Salute** e tuttora ancora disattesa, volta ad implementare senza interferenze da parte dell'industria le misure contenute nel "Global alcohol action plan" della WHO. **La Conferenza Nazionale Alcol del Ministero della Salute** aveva sottolineato l'urgenza di colmare i *gap* della prevenzione già identificati da anni nel merito della prevenzione per i giovani, indicando come prioritari gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l'aggancio precoce dei giovani vulnerabili, della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e strutturazione delle reti curanti. Necessaria anche l'adozione di una formazione obbligatoria specifica per l'IPIB per il rafforzamento dell'approccio di comunità, assicurando un adeguato reperimento e una stabile dotazione di risorse, da recuperare anche attraverso la tassazione dell'alcol e la creazione di fondi di scopo a favore della salute, della ricerca e della prevenzione, essendo questa una priorità per la salute pubblica. È fondamentale dare priorità alle strategie di prevenzione e promozione della salute rispetto agli approcci di riduzione del danno e di autoregolamentazione promosse dall'industria che si sono dimostrate inefficaci nel tutelare la salute pubblica. I governi, secondo la WHO, dovrebbero impegnarsi nell'attuazione di strategie globali di sanità pubblica evitando di affidarsi alle promesse volontarie dell'industria che l'esperienza ultratrentennale di monitoraggio ha dimostrato essere ampiamente disattese. Il linguaggio della prevenzione deve eliminare ambiguità e superare il concetto imperfetto e obsoleto di "uso dannoso di alcol", poiché l'evidenza scientifica dimostra che tale terminologia travisa la questione fondamentale: il consumo di alcol è di per sé un importante fattore di rischio per le malattie non trasmissibili e non esiste una quantità di consumo sicura per la salute. L'attenzione, come ribadito da decenni, dovrebbe spostarsi sulla riduzione del consumo complessivo di alcol, dei danni e dei costi, nonché sulla promozione dei benefici associati alle politiche sull'alcol a livello di popolazione.

In presenza di un panorama d'interventi regionali e locali disomogenei, privi di linee guida condivise e di protocolli validati per l'intervento e il *case management*, l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito delle proprie competenze, ha coordinato attraverso il Sistema Nazionale Linee Guida, la predisposizione di **linee guida sui Disturbi da Uso di Alcol**

rese disponibili per l'SSN e inoltre ha partecipato ai lavori del **Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione in materia di Dipendenze** istituito presso il Ministero della Salute.

Parallelamente l'ISS ha predisposto gli interventi dedicati all'IPIB, che includono la formazione per le professioni sanitarie secondo l'**Azione Centrale** specifica **IPIB-DIALCOM** finanziata dal Ministero della Salute e svolta dall'ONA-ISS attraverso corsi di formazione specifica secondo lo standard della WHO. Inoltre, grazie all'accordo di collaborazione SISMA DG (Sistema di Monitoraggio Alcol Donne e Giovani), conclusosi lo scorso anno, l'ONA-ISS ha incluso l'aspetto di tutela dei minori, dei giovani e delle donne nell'ottica di fornire un sistema più accurato, il cui standard si pone come ulteriore servizio e arricchisce il patrimonio informativo su dati e le tendenze di genere e di età da porgere ai decisori politici per le indispensabili azioni di prevenzione consequenziali. Un recente rassegna della ricerca internazionale e svedese esamina le evidenze a sostegno dei benefici derivanti dalla riduzione del consumo di alcol per i singoli individui e per le popolazioni. A questo riguardo, a livello cardiovascolare, la riduzione del consumo di alcol abbassa la pressione sanguigna, migliora la funzionalità cardiaca e riduce il rischio di malattie cardiache, ictus e fibrillazione atriale, soprattutto per i forti bevitori. Rispetto al cancro, con la riduzione del consumo di alcol si riduce il rischio di tumori correlati all'alcol, in particolare i tumori della bocca, gola, esofago, colon e seno nelle donne. Per quanto riguarda la salute cerebrale, ridurre il consumo così come evitare il consumo episodico eccessivo e ritardare l'inizio del consumo di alcol in giovane età, promuove la salute cognitiva e neurologica e riduce il rischio di demenza, soprattutto a esordio precoce. Ridurre il consumo di alcol, inoltre, migliora il benessere mentale, riduce i sintomi depressivi e migliora la qualità della vita. In ultimo, ma non per ultimo, ridurre il consumo di alcol riduce il rischio di aborto spontaneo e migliora la fertilità sia negli uomini che nelle donne. Anche se vengono riportate in letteratura associazioni protettive riguardo al consumo occasionale di alcol, e si discute molto sugli effetti sulla salute di bassi livelli di consumo, secondo la WHO, considerando tutti i presunti vantaggi, gli effetti dannosi del consumo di alcol sulla salute, i possibili benefici sembrano sempre più improbabili e insignificanti rispetto ai danni. I danni sono direttamente correlati alla dose di etanolo, alle modalità di consumo (es. piccole quantità quasi tutti i giorni, grandi quantità una volta alla settimana) e al numero di anni in cui questo si verifica. Le persone riducono il consumo o smettono di bere per una varietà di motivi, fra cui i fattori ambientali, per esempio cambiamenti nelle politiche sull'alcol che ne modificano l'accessibilità economica o la disponibilità fisica; un cambiamento nelle "norme sociali" relative al consumo di alcol, tale da renderlo meno desiderabile o "attraente", o cambiamenti all'interno della propria rete sociale (es. un nuovo partner che non incoraggia il consumo). Esistono anche fattori individuali che tendono a portare a una riduzione del consumo, per esempio, con l'avanzare dell'età, l'equilibrio tra gli effetti piacevoli e spiacevoli dell'alcol tende a spostarsi, per cui spesso le persone consumano meno alcol. Allo stesso modo, chi sviluppa una patologia cronica diventa fragile e può ridurre il consumo di alcol o smettere completamente di bere. Alcune persone possono ridurre il consumo semplicemente perché desiderano migliorare la salute, dormire meglio, perdere peso, risparmiare denaro o migliorare le proprie relazioni. Altri ancora possono ridurre il consumo o astenersi completamente dall'alcol nel tentativo di affrontare un disturbo da uso di alcol. Il punto chiave è che il consumo di alcol non è statico: le persone possono e modificano le proprie abitudini di consumo nel tempo fino al punto che per quanto riguarda la salute delle popolazioni o dei singoli individui, la sintesi delle evidenze scientifiche degli ultimi decenni è che "**Less is better than more - Meno è meglio che di più**". Ciò nonostante, troppo spesso l'attenzione si concentra sui danni e sugli effetti del "di più", mentre relativamente meno attenzione viene dedicata ai benefici del bere meno e ai modi in cui si potrebbe ridurre il consumo di alcol.

Data la portata e la gravità dei problemi di salute pubblica legati al consumo di alcol, nonché la crescente comorbilità associata all'uso di droghe e ai comportamenti di dipendenza, emerge la necessità di politiche rinnovate. Tali politiche dovrebbero offrire una piattaforma solida per rafforzare la prevenzione e accelerare i progressi nell'affrontare problematiche che incidono profondamente sulla salute e sul benessere delle persone. Questi fenomeni comportano inoltre ingenti costi che ricadono impropriamente sulla collettività, spesso per logiche di convenienza economica e di profitto di ampi settori produttivi. I guadagni generati – inclusi quelli derivanti dalle entrate fiscali dello Stato – non vengono infatti adeguatamente reinvestiti per coprire i danni causati dall'alcol. Inoltre, tali dinamiche raramente sono accompagnate da efficaci richiami a politiche di responsabilità sociale d'impresa, da tassazioni di scopo finalizzate alla creazione di fondi per i danni alcol-correlati o dall'introduzione del cosiddetto *minimum price*. Quest'ultimo ha dimostrato, già nel primo anno di applicazione, di poter ridurre ospedalizzazioni, decessi e costi sanitari e sociali, liberando risorse da reinvestire in salute, benessere, servizi e sviluppo della società. 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. Manca in Italia un indispensabile strumento di consultazione che non a caso era stato previsto dall'art. 4 della Legge quadro sull'alcol del 2001 n. 125 nella **Consulta Nazionale Alcol** come spazio di condivisione, valutazione e di proposizione di pareri e proposte, dopo la sua ingiustificabile soppressione. 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.

Salienti, per ciascuna priorità da affrontare, le conclusioni, le raccomandazioni e le implicazioni di salute pubblica del libro Bianco, libro di riferimento del Ministero della Salute, 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.

La sfida per l'Italia è quella di **aggiornare il Piano Nazionale di Prevenzione**, attualmente mancante di una serie di azioni e di interventi basati su evidenze aggiornate e individuate come efficaci, progettare, come già accaduto nel recente passato, un **nuovo Piano Alcol e Salute** e auspicabilmente valorizzare la consulenza tecnico-scientifica derivante dal mondo della ricerca di settore di cui l'ONA-ISS mantiene, in coordinamento con il Ministero della Salute, anche a livello europeo e internazionale un ruolo di riconosciuta leadership di cui giovare per contribuire al raggiungimento degli SDG che richiedono la riduzione dei consumi dannosi di alcol in Italia e la riduzione dell'impatto dell'alcol sulla mortalità e sulla morbilità nella popolazione.

La prevenzione, non parte da zero in Italia, il Libro Bianco sull'alcol del Ministero della Salute è una sintesi seria e competente degli orientamenti sulle proposte in materia di prevenzione, salute e politiche sanitarie e sociali e rappresenta il più avanzato progetto di "intelligenza collettiva" per elaborare, insieme, una nuova *governance* della complessità d'impatto che l'alcol determina sull'SSN, nei contesti, nella società e nell'individuo, auspicabilmente da estendere, nel futuro, all'analisi di altre aree tematiche, aggiornando le tematiche che sono stata trattate in occasione della II Conferenza Nazionale Alcol del 2022 e cioè: i giovani e l'alcol; alcol e guida; le reti curanti e la formazione alcologica universitaria.

La prevenzione attende ora in Italia l'autorevole e determinante capacità d'indirizzo e ruolo guida del Ministero della Salute, in coordinamento con le Regioni e le Province Autonome. In questo momento, è necessario più che mai non fermarsi e accelerare al massimo per portare l'Italia al raggiungimento 3.5 degli SDG entro il 2030. Considerato il pesante contributo e onere sanitario e sociale che l'uso di alcol continua ad avere su milioni di italiani e italiane, le loro famiglie e le comunità, gli sforzi per ridurre l'impatto devono essere una priorità di salute pubblica, da tutelare attraverso interventi di tutte le istituzioni coinvolte, nazionali e regionali, che possono garantire alle persone i più elevati livelli di salute e benessere nei quali la società ripone legittime attese per un futuro più sano e la salute per tutti.

Alla luce dello scenario che emerge dall'analisi dell'insieme degli indicatori monitorati di danno e di rischio, e che sono soprattutto le fasce più vulnerabili della popolazione (minori, adolescenti, donne e anziani) a subire il massimo impatto dell'alcol, i ricercatori dell'ONA, in coordinamento con le indicazioni della WHO, con le Risoluzioni del Parlamento Europeo, e con le indicazioni dei tavoli tecnici ministeriali sull'*early detection* hanno formulato un decalogo di raccomandazioni principali:

1. Rinnovare l'impegno per favorire l'identificazione precoce del rischio nei consumatori a rischio e offrire *counselling* motivazione in forma breve (IPIB) per ridurre il carico di malattia nella popolazione.
2. Adottare misure e iniziative rivolte a garantire cure idonee a quanti in necessità di un trattamento che oggi non ricevono, contribuendo a rimuovere lo stigma della marginalizzazione e della mancata presa in carico da parte dell'SSN.
3. Dare implementazione nei piani di prevenzione, attraverso sforzi congiunti, alla strategia globale sull'alcol della WHO e allo *European Framework* sviluppando azioni concrete e misurabili per raggiungere risultati tangibili e gli obiettivi mancati di sviluppo sostenibile (SDG) dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite.
4. Contrastare la diffusione di disinformazione, privilegiando livelli più elevati di consapevolezza e di alfabetizzazione sanitaria della popolazione nei diversi target e contesti, così come indicato nel Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo ed integrato dell'alcologia italiana" del Ministero della Salute.
5. Raggiungere i contesti scolastici e ingaggiare i minori e i giovani garantendo interventi costanti nel tempo, uniformando gli approcci e i contenuti di prevenzione sul territorio nazionale coinvolgendo esperti di sanità pubblica.
6. Dare seguito alle indicazioni della Legge 125/2001 e introdurre nei curricula universitari un'adeguata formazione sull'alcol e prevedendo la formazione obbligatoria in alcologia attraverso l'Educazione Continua in Medicina (ECM) di medici ed operatori sanitari nonché le associazioni professionali e le società scientifiche.
7. Riorganizzare la rete assistenziale territoriale e le collaborazioni tra strutture ospedaliere (pronto soccorso, ambulatori) e territoriali (centro alcologici, SerD) mirando a reti curanti idonee a offrire consulenza integrata, diagnosi e cura nell'ambito della prevenzione delle dipendenze valorizzando il terzo settore come risorsa integrata all'SSN insieme ai consultori e alla società civile attraverso progetti di comunità.
8. Favorire le collaborazioni con il mondo dello sport nelle strutture ove si pratica sport, al fine di fornire alternative salutari e stili di vita sani.

9. Rafforzare la formazione e la collaborazione di associazioni di esercenti, gestori di locali e pubblici esercizi ove si vendono e somministrano bevande alcoliche garantendo il rigoroso rispetto delle norme che tutelano i minori.
10. Assicurare nuove risorse per la prevenzione e per le campagne di sensibilizzazione che possano favorire l'incremento della consapevolezza sui rischi alcol-correlati, mirando in particolare all'implementazione delle indicazioni della Risoluzione del Parlamento Europeo sulla Lotta al Cancro per la realizzazione di una strategia zero alcol tra i minori e i giovani e della relazione esistente tra uso di alcol e cancro.