

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**

PREFAZIONE

Il consumo di alcol ha radici millenarie profondamente intrecciate nel tessuto sociale di molte società. Diversi e importanti fattori hanno un impatto sui livelli e sui modelli di consumo di alcol nelle differenti popolazioni; tra questi risultano rilevanti quelli legati alle tendenze tradizionali nel consumo di uno o più alcolici, la disponibilità delle bevande alcoliche, la cultura del bere, lo stato economico, l'alfabetizzazione e il grado di istruzione oltre che le modalità e le norme di promozione, commercializzazione e controllo delle bevande alcoliche, tanto quelle previste, quanto quelle effettivamente implementate.

I modelli e i livelli di consumo di alcol sono variabili in funzione del genere, dell'età e dei fattori di vulnerabilità biologica oltre che dalle condizioni socioeconomiche individuali e, non ultima, da un lato dalle politiche di tutela della salute, dall'altro dalla promozione del prodotto. È esperienza comune che lì dove le norme sociali prevalenti supportino il bere attribuendo all'alcol un valore d'uso della sostanza, euforizzante, psicoattiva, socializzante, i messaggi di prevenzione sui danni dell'alcol risultano meno efficaci e supportati anche rispetto alla disinformazione sempre più dilagante sui presunti benefici del bere che incoraggiano, tramite l'infodemia e le *fake news*, il consumo di alcol, sminuendo l'evidenza scientifica e le indicazioni derivanti dalla ricerca per una salute adeguata e sostenibile.

L'alcol è una sostanza cancerogena, calorica, che può creare dipendenza. Sebbene le conseguenze sulla salute del consumo di alcol varino in modo significativo per impatto tra i bevitori, le prove accumulate indicano che, al netto di qualunque evidenza disponibile di potenziali effetti benefici, l'alcol determina sempre pregiudizio alla salute e il consumo di alcol è associato a rischi per la salute a qualunque livello di consumo: non esistendo livelli pur moderati di consumo sicuri per la salute. A livello di popolazione, qualsiasi livello di consumo di alcol è associato a una mole prevenibile di danni dovuti a molteplici condizioni di salute come malattie cardiovascolari, diversi tipi di cancro, disturbi da uso di alcol (*Alcohol Use Disorders*, AUD), malattie del fegato, incidenti anche con danni a persone diverse dai bevitori.

Diversi aspetti del bere hanno un impatto sulle conseguenze per la salute del consumo di alcol, vale a dire il volume di alcol consumato nel tempo, la frequenza, il modo di bere (a digiuno o con i pasti) e, particolarmente dannoso, il bere fino ad ubriacarsi nei contesti del bere e la qualità della bevanda alcolica consumata. Il consumo ripetuto di bevande alcoliche può portare allo sviluppo di AUD, compresa la dipendenza da alcol che è caratterizzata da una ridotta regolazione del consumo di alcol e manifestata da un controllo ridotto sul consumo di alcol, crescente precedenza del consumo di alcol su altri aspetti della vita e caratteristiche fisiologiche specifiche.

Si può parlare di uso rischioso o dannoso di una qualunque bevanda alcolica, di qualunque gradazione, quando il consumo di alcol genera un rischio per la salute a causa della più frequente insorgenza di oltre 220 malattie e condizioni che pregiudicano la salute del consumatore secondo una modalità del "bere che causa danni alla salute e conseguenze sociali per il bevitore, le persone intorno al bevitore e la società in generale, così come i modelli di consumo associati a un aumento del rischio di esiti avversi per la salute". Il suo concetto è molto più ampio del concetto clinico di categoria diagnostica di "pattern di uso dannoso", che rappresenta una parte dello spettro di AUD nella Classificazione Internazionale delle Malattie.

Si definisce "uso dannoso di alcol", come definito nelle strategie e nei piani d'azione e di prevenzione nazionali e globali di riduzione del consumo e dell'impatto dell'alcol, la modalità complessiva di un consumo abituale e persistente che conduca ad un danno organico, che non si sarebbe verificato con la sottrazione all'esposizione a quantità di alcol in grado di determinare un danno d'organo.

L'impatto del consumo dannoso e rischioso di alcol sulla salute e sul benessere non si limita alle conseguenze sulla salute estendendosi alle significative perdite sociali ed economiche relative ai costi causati dall'alcol nel settore della giustizia, costi derivanti dalla perdita di produttività e disoccupazione della forza lavoro e di quelli legati in maniera intangibile ma significativa al dolore e alla sofferenza non solo del consumatore o della consumatrice ma estesa ai terzi, alle conseguenze e alle manifestazioni più drammatiche di danno a persone diverse dai bevitori. A quest'ultimo riguardo, è ciò che è quotidianamente verificato per l'incidentalità stradale, nei luoghi di lavoro, e per la meno nota, ma più tragica e insidiosa, legata alle conseguenze dell'esposizione prenatale all'alcol, che può causare lo sviluppo dei disturbi dello spettro alcolico fetale (*Foetal Alcohol Spectrum Disorders*, FASD) nel figlio o nella figlia che nascerà vittima di un comportamento evitabile della madre: il consumare qualunque quantità di bevanda alcolica, non esistendo, infatti, un limite di sicurezza stabilito per il consumo di alcol in qualsiasi fase della gravidanza.

I danni agli altri possono essere molto tangibili, specifici e limitati nel tempo (es. lesioni o danni) o possono essere meno tangibili e derivare da sofferenza, cattiva salute e pregiudicato benessere come conseguenze sociali del bere come, ad esempio, a causa di violenza agita sotto l'effetto dell'alcol, violenza fisica, verbale, psicologica, intra familiare, verso il coniuge, verso i minori, violenza sessuale, molestie, insulti, minacce, bullismo, atti criminosi e danni a cose e persone.

Questa lunga premessa, che potrebbe sembrare noiosa, è nei fatti indispensabile per garantire una corretta chiave di lettura delle dinamiche in atto a livello internazionale, europeo e nazionale e porgere la serie indispensabile d'informazioni scientifiche, valide e corrette, utili a consentire la costruzione di una opinione basata sull'evidenza, quella scientifica, nei fatti mortificata da dibattiti troppo spesso privi di contraddittorio e poco informati a testimonianza di un basso livello di alfabetizzazione specifica sui fondamentali della prevenzione alcol-correlata.

Tale premessa al nuovo Piano d'Azione (2022-2030) è per implementare con efficacia la strategia globale per ridurre l'uso dannoso di alcol come priorità di salute pubblica ed è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie cronico-degenerative, azione principe dell'agenda 2030 della Nazioni Unite e degli Obiettivi di Salute Sostenibile che prevedono la riduzione del 10% del consumo rischioso e dannoso di alcol entro il 2025. Tali obiettivi sono stati riportati dalla World Health Organization (WHO) come ostacolati, nel corso degli ultimi anni, dall'interferenza dei portatori commerciali ed economici d'interesse e dalla scarsa adesione delle politiche sull'alcol alle strategie che individuano i mezzi e le misure, le azioni basate sull'evidenza di efficacia da adottare con necessità resa ancora più urgente dalla pandemia da COVID-19.

La diminuita o assente capacità di controllo formale e informale della società e delle istituzioni nell'affrontare e contrastare l'impatto dell'alcol sulla società, del marketing, della disponibilità economica e fisica delle bevande alcoliche, dell'esposizione dei minori al bere, è un dato di fatto registrato in gran parte delle Nazioni, Italia inclusa, in cui frequenti e diffusi conflitti d'interesse hanno condotto alla inefficienza del *policy decision making* nei riguardi della definizione di politiche di tutela reale ed efficace della salute. La consapevolezza e la constatazione dell'impatto negativo complessivo del consumo di alcol sulla salute e la sicurezza della popolazione è estremamente bassa tra i decisori politici, le istituzioni di tutela e in generale tra la gente.

Non a caso uno degli obiettivi prioritari della WHO è la sollecitazione di adeguati livelli di *health literacy* dei decisori politici, dei rappresentanti le istituzioni non solo sanitarie, dei professionisti della salute, della gente, tutti target che manifestano un sostanziale analfabetismo funzionale, in particolare in Italia, nel saper comprendere i messaggi di prevenzione per poi determinare azioni consequenziali che sono, nei fatti, inibite anche da una massiccia azione di contrasto alla corretta informazione del consumatore, basata sull'evidenza scientifica, e di

contrasto alle norme di prevenzione, come di recente verificato nel corso dell'approvazione dello *EU Beating Cancer Plan*.

Secondo la WHO, tutto ciò è influenzato dagli orientamenti espressi dal mondo della produzione, dal livello di impegno dei politici che dovrebbero esprimersi adeguatamente e per mandato nel merito della prevenzione necessaria, dai messaggi commerciali, dalla disinformazione diffusa e dalla commercializzazione scarsamente regolamentata di bevande alcoliche, che deprioritizzano gli sforzi a favore dei problemi di salute pubblica per contrastare il consumo dannoso di alcol. La pandemia da COVID-19 ha evidenziato l'importanza di risposte politiche e del sistema sanitario appropriate per ridurre l'inasprimento delle problematiche collegate all'uso dannoso di alcol durante le emergenze sanitarie.

L'onere sanitario, economico e sociale attribuibile al consumo di alcol, stimato in 25 miliardi di euro l'anno per l'Italia dalla WHO, è in gran parte prevenibile. Storicamente, in riconoscimento delle proprietà inebrianti, tossiche e che producono dipendenza da alcol, ci sono sempre stati tentativi di regolare la produzione, la distribuzione e il consumo di bevande alcoliche a maggior tutela della salute delle popolazioni prevenendo e riducendo l'impatto dell'alcol sulla società.

Il termine corretto "politiche di controllo" è sempre meno usato dai media che preferiscono riferire invece tali legittime e preziose attività di tutela della salute e della sicurezza come "proibizionismo", quasi sempre scaturite dalla narrazione del settore della produzione e dai commenti compiacenti di una politica distante dall'esigenza di un equo bilanciamento tra legittimi interessi, commerciali da un lato, di tutela della salute dall'altro, capace di riconoscere il consumo di alcol come una priorità di salute pubblica che dovrebbe essere al centro delle politiche sull'alcol attraverso misure attuate a diversi livelli.

Il Comitato Esecutivo della WHO ha riconosciuto la perdurante rilevanza della strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol (nella sua decisione EB146-14, 2020) e ha chiesto al Direttore Generale della WHO di accelerare la stessa, rivedendo le aree d'interesse per poi riferire al Comitato Esecutivo (nella sua 166ª sessione del 2030) per eventuali ulteriori azioni. Al Direttore Generale della WHO è stato anche richiesto di sviluppare un piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica, in consultazione con gli Stati Membri e con i portatori di interessi pertinenti, all'esame della 75ª Assemblea Mondiale della Sanità, attraverso il Comitato Esecutivo (150ª sessione a maggio di quest'anno). Il piano d'azione proposto si basa sugli orientamenti forniti dalla strategia globale, il suo ruolo chiave e le sue componenti, nonché sugli insegnamenti tratti dalla sua attuazione e sui piani d'azione sull'alcol degli ultimi 10 anni. Il piano d'azione mira a rafforzare l'attuazione della strategia globale accelerando le azioni a vari livelli e sostenendo e integrando le risposte nazionali ai problemi di salute pubblica causati dall'uso dannoso di alcol in dieci aree target raccomandate dalla strategia globale per l'azione nazionale, adattata ai contesti nazionali. Il piano d'azione propone azioni e misure specifiche da attuare attraverso i ruoli chiave e le componenti indispensabili per i *policy making*, le più recenti evidenze di efficacia e l'efficacia in termini di costi delle opzioni politiche per ridurre l'impatto dell'uso dannoso di alcol. Nel piano d'azione proposto è stata inclusa una nuova area d'azione che riguarda l'attuazione di strategie e interventi ad alto impatto dell'iniziativa SAFER della WHO sulla base dell'evidenza dell'efficacia e del rapporto costo-efficacia delle diverse opzioni politiche, rispecchiando le lezioni apprese sinora nel corso dell'attuazione delle strategie già poste in essere a livello globale e nazionali.

Le azioni e le misure proposte nel piano d'azione, quando implementate e applicate, hanno il potenziale dimostrato come il più elevato per ridurre il consumo dannoso di alcol. La loro priorità e attuazione a livello nazionale e regionale, nonché la definizione delle priorità di altre opzioni politiche e interventi raccomandati dalla strategia globale, è a discrezione di ciascuno Stato membro, a seconda delle esigenze e dello stato di attuazione di tali misure in un determinato

paese, dai contesti sociali, economici e culturali, dalla scala di priorità di salute pubblica, dalle politiche del sistema sanitario e dalla disponibilità delle risorse ed è intuitivo che le esigenze e i contesti nazionali possono richiedere, a discrezione di uno Stato membro, l'attuazione di misure ancora più rigorose di quelle proposte nel progetto di piano d'azione.

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 prove disponibili; la sfida per l'Italia è di riaggiornare il Piano Nazionale di Prevenzione attualmente mancante di una serie di azioni e di interventi basati su evidenze aggiornate e individuate come sicuramente 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'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità 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 Obiettivi di Salute Sostenibili che richiedono la riduzione del 10% dei consumi dannosi di alcol in Italia e la riduzione dell'impatto dell'alcol sulla mortalità e sulla morbilità nella popolazione.

Prof. Emanuele SCAFATO

*Direttore dell'Osservatorio Nazionale Alcol
WHO Collaborative Centre Research on Alcohol
Vice Presidente EUFAS,
European Federation of Addiction Societies
Past President SIA,
Società Italiana di Alcologia*