



Le Politiche europee ed internazionali sulla prevenzione dei disturbi da uso di alcol

Emanuele Scafato & Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone

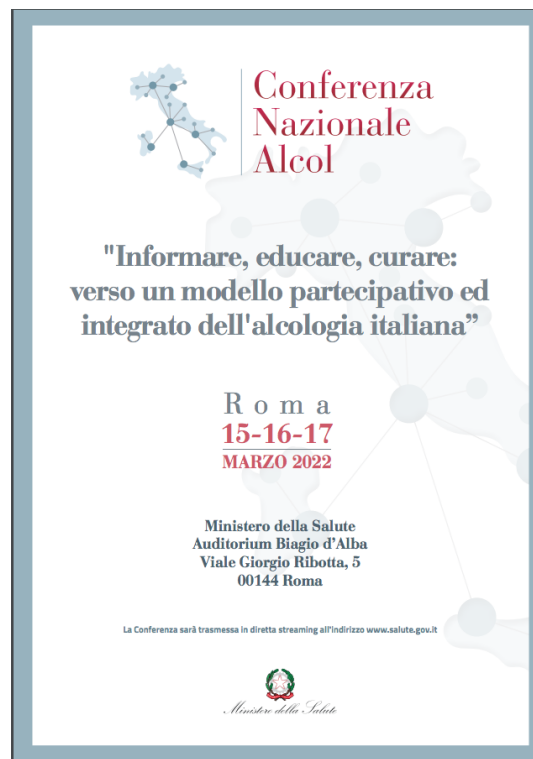
Osservatorio Nazionale Alcol
Centro Nazionale Dipendenze e Doping
Istituto Superiore di Sanità





Conferenza Nazionale Alcol

2008 - 2022



<https://www2.aou-careggi.toscana.it/cart/wp-content/uploads/2020/08/Supplemento-n.3-2008.pdf>



Ministero della Salute



2008 – Conclusioni

Conclusioni Conferenza Nazionale Alcol e della Consulta Nazionale Alcol -

- 1) **Opportunità di introduzione del divieto di vendita di alcolici ai giovani al di sotto dell'età legale come integrazione di quello attuale**
Innalzamento dell'età minima legale dagli attuali 16 anni ai 18 anni, accompagnando queste modifiche con un adeguato rafforzamento dei controlli e applicazione delle relative sanzioni a carico degli esercenti che violino queste norme.
- 2) **Necessità urgente di un rafforzamento delle misure relative alle modalità di marketing e di pubblicità** che promuovono l'alcol, inclusa la sponsorizzazione di eventi che richiamano i giovani.
- 3) **Necessità di revisione del codice di autoregolamentazione e opportunità di creazione di un fondo da destinare alla ricerca e alla prevenzione**, garantito da adeguate forme di prelievo sugli investimenti pubblicitari delle bevande alcoliche.
- 4) **Relativamente alla problematica alcol e guida: incrementare nei locali frequentati in particolare dai giovani la disponibilità e la dotazione di check-point per la misurazione tramite etilometro dell'alcol consumato; abbassare l'alcolemia consentita alla guida con misure differenziali per i guidatori principianti, più giovani e quindi più inesperti.**
- 5) **Sostituire il divieto di vendita di superalcolici sulle autostrade nelle ore notturne sostituendola con un divieto di vendita di tutte le bevande alcoliche.**
- 6) **Necessità di attuazione di programmi di promozione della salute riguardante l'alcol e i problemi alcolcorrelati nei contesti scolastici.**
- 7) **Indispensabilità di attuazione di programmi specifici di prevenzione, di identificazione precoce di abuso alcolico e di intervento breve per tutti i luoghi di lavoro e necessità di un consolidamento dei controlli** per tutte le categorie a maggior rischio indicate dalle normative vigenti.
- 8) **Incremento delle iniziative di informazione e sensibilizzazione su alcol e giovani, alcol e donna, alcol e gravidanza. Azioni da considerarsi prioritarie e da proporre in maniera sistematica attraverso progetti costanti e di medio-lungo termine.**
- 9) **Dato il contributo "essenziale" delle associazioni di volontariato basate sul mutuo-aiuto, è opportuno sollecitare l'individuazione delle modalità atte a garantire sia a livello nazionale (per le associazioni di coordinamento) sia a livello regionale e locale, il necessario sostegno alla loro attività ordinaria.**
- 10) **Assicurare finanziamenti costanti e adeguati alla ricerca (come richiamato dal comma e.) della 125/2001) e alla formazione e aggiornamento del personale che si occupa di problemi alcolcorrelati.**
- 11) **Garantire un programma di formazione e l'integrazione di attività specifiche riguardanti l'identificazione precoce e l'intervento breve secondo lo standard europeo Oms e Ue (Phepa, Primary Health care European Project on Alcohol) nei setting di medicina generale e in quelli socio-sanitari di prevenzione e assistenza.**





“Gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l’aggancio precoce dei giovani vulnerabili”

“L. 125/01. L’integrazione del lavoro tra Servizi per le Dipendenze/Alcologie e le CML in tema di guida. Stato dell’arte e prospettive future.”

“La Formazione”

“Le Reti Curanti”





2022. DISUGUAGLIANZE : SSN non garantisce assistenza uniforme

Corte dei Conti: Ssn non in grado di garantire su tutto il territorio nazionale assistenza uniforme

29 Ottobre 2021

I servizi sanitari hanno un impatto rilevante sulle risorse pubbliche e sul bilancio regionale con un'incidenza della spesa sanitaria pari a circa l'80% di quella complessiva per la quasi totalità delle Regioni e un considerevole peso sulla determinazione del valore pro capite. Eppure, nonostante il percorso di graduale avvicinamento ai livelli essenziali, **il sistema sanitario non è in grado di garantire su tutto il territorio nazionale un'assistenza uniforme, per quantità e qualità.**



L'introduzione dei livelli essenziali delle prestazioni ed il finanziamento delle funzioni sulla base dei fabbisogni e dei costi standard), costituiscono ancora oggi un obiettivo inattuato, con esiti negativi per l'attivazione di meccanismi virtuosi nell'ambito della responsabilità impositiva delle Regioni e per la conseguente ridotta responsabilizzazione delle autonomie territoriali".



1991-2022 MAIN WHO & EU ALCOHOL POLICY





**25 by 25
TAKING
ACTION**

World Health Organization

TOGETHER WE CAN PREVENT AND CONTROL THE WORLD'S MOST COMMON DISEASES

The challenge is unprecedented -- a 25% reduction by 2025 in premature deaths from noncommunicable diseases.

What we know

More than 14 million people between the ages of 30 and 70 die each year from noncommunicable diseases (NCDs). Eighty-five per cent live in developing countries.

- Implementing simple interventions that reduce NCD risk factors will decrease premature deaths by half to two-thirds.
- Health systems that respond to the needs of people with NCDs can reduce mortality by another third to half.

How we are responding

The WHO, together with partners, is spearheading a strategy and has developed institutional building blocks to:

- Engage with leaders to influence policies.
- Strengthen health systems.
- Modify unhealthy behaviors.
- Encourage research.
- Track trends.
- Monitor progress toward preventing and controlling NCDs.

WHO Global NCD Action Plan

A road map with policy options to be implemented from 2013 to 2020 focusing on four modifiable risk behaviors that are linked to four preventable noncommunicable diseases.

RISK FACTORS	DISEASES
Tobacco use	Chronic respiratory diseases
Unhealthy diet	Chronic respiratory diseases
Physical inactivity	Chronic respiratory diseases
Harmful use of alcohol	Chronic respiratory diseases

Cardiovascular Diseases Cancers Diabetes



NCD BEST BUYS

EVIDENCE-BASED COST-EFFECTIVE PUBLIC HEALTH INTERVENTIONS TO PREVENT AND CONTROL NCDs

REDUCE HARMFUL USE OF ALCOHOL

- Increase excise taxes on alcoholic beverages.
- Ban or restrict alcohol advertising.
- Restrict the physical availability of retail alcohol.
- Enact and enforce drink-driving laws.
- Provide psychosocial intervention for persons with hazardous and harmful alcohol use.

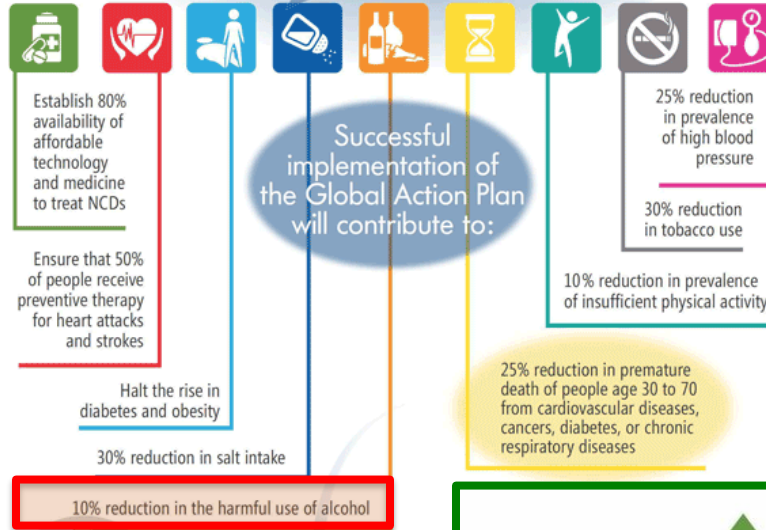
TOGETHER LET'S BEAT NCDs

Pan American Health Organization World Health Organization

E. Scafato 2021



Nine Targets for 2025



BY YEAR 2025

10 % REDUCTION
IN THE HARMFUL
USE OF ALCOHOL

Immediate actions for Member States in 2013-2014

Action Area

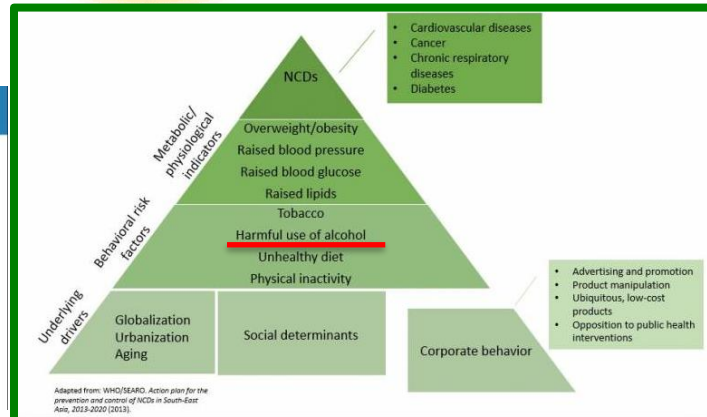
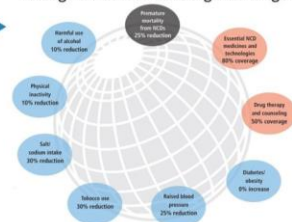
Governance

Risk factors

Health systems

Surveillance

1. Set national targets for 2025 in 2013, taking into account the 9 global targets





2017: aggiornamento delle scelte *cost-effective* per le ALCOHOL POLICY



Technical Annex (Version dated 12 April 2017)

Updated Appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan 2013-2020

What is Appendix 3?

Provided at the request of Member States, Appendix 3 is a menu of policy options and cost-effective interventions for prevention and control of major noncommunicable diseases. The purpose is to assist Member States in implementing, as appropriate, for national context, (without prejudice to the sovereign rights of nations to determine taxation among other policies), actions to achieve the nine voluntary global targets for NCD prevention and control through the six objectives of the NCD Global Action Plan 2013-2020. The list of interventions is not exhaustive but is intended to provide information and guidance on effectiveness and cost-effectiveness of population-based and individual interventions based on current evidence, and to act as the basis for future work to develop and expand the evidence base.





2017: aggiornamento delle scelte *cost-effective* per le ALCOHOL POLICY

Update of the list of cost-effective and effective measures on alcohol for the Global NCD Action Plan

(endorsed by the World Health Assembly in 2017)

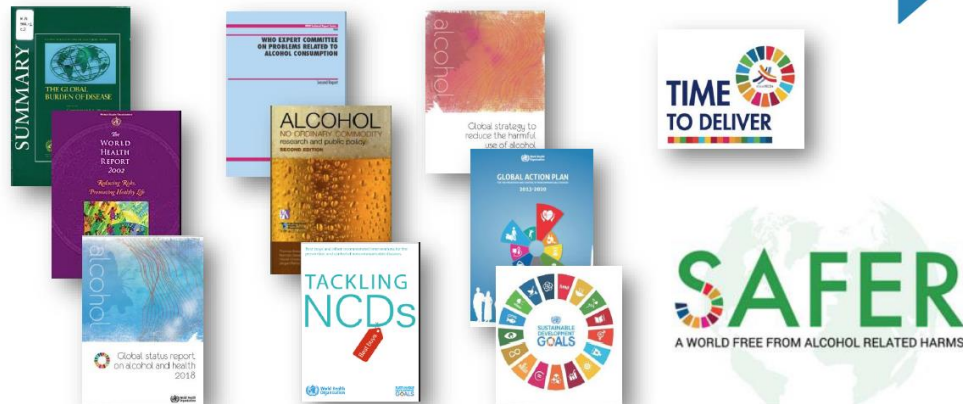
-
- **Increase excise taxes on alcoholic beverages**
 - **Enact and enforce bans or comprehensive restrictions on exposure to alcohol advertising (across multiple types of media)**
 - **Enact and enforce restrictions on the physical availability of retailed alcohol (via reduced density of retail outlets and reduced hours of sale)**
 - **Enact and enforce drink-driving laws and blood alcohol concentration limits via sobriety checkpoints**
 - **Provide brief psychosocial intervention for persons with hazardous and harmful alcohol use.**
 - Carry out regular reviews of prices in relation to level of inflation and income
 - Establish minimum prices for alcohol where applicable
 - Enact and enforce an appropriate minimum age for purchase or consumption of alcoholic beverages
 - Restrict or ban promotions of alcoholic beverages in connection with sponsorships and activities targeting young people
 - Provide prevention, treatment and care for alcohol use disorders and comorbid conditions in health and social services
 - Provide consumer information about, and label, alcoholic beverages to indicate, the harm related to alcohol.
-



ATTIVARE LA PREVENZIONE : SAFER



The problem The solutions The decisions The actions



SAFER
A WORLD FREE FROM ALCOHOL RELATED HARMS





Ogni 10 secondi una persona muore per cause legate all'alcol. L'OMS, in collaborazione con partner internazionali, ha lanciato l'iniziativa SAFER nel 2018. "SAFER" è l'acronimo per i 5 interventi più convenienti per ridurre i danni correlati all'alcol.

WHO INITIATIVE



IMPLEMENT



MONITOR

PROTECT

Disponibilità di alcolici

Bere guidando o una guida non sobria

Brevi interventi e cure

Pubblicità di alcolici

Politiche di prezzo

Informazioni su SAFER

Rafforzare le restrizioni sulla disponibilità di alcolici

L'attuazione e l'applicazione di restrizioni sulla disponibilità commerciale o pubblica di alcol attraverso leggi, politiche e programmi sono modi importanti per ridurre il consumo dannoso di alcol. Tali strategie forniscono misure essenziali per prevenire un facile accesso all'alcol da parte dei giovani e di altri gruppi vulnerabili e ad alto rischio.

Anticipare e applicare contromisure per la guida in stato di ebbrezza

Gli utenti della strada che sono alterati dall'alcol hanno un rischio significativamente maggiore di essere coinvolti in un incidente. L'attuazione e l'applicazione di leggi severe sulla guida in stato di ebbrezza e limiti di concentrazione di bassi livelli di alcol nel sangue tramite checkpoint di sobrietà e test casuali del respiro contribuiranno a invertire la tendenza.

Facilitare l'accesso allo screening, agli interventi brevi e al trattamento

Gli operatori sanitari hanno un ruolo importante nell'aiutare le persone a ridurre o smettere di bere per ridurre i rischi per la salute e i servizi sanitari devono fornire interventi efficaci per coloro che hanno bisogno di aiuto e le loro famiglie.

Applicare divieti o restrizioni complete sulla pubblicità, la sponsorizzazione e la promozione di alcolici

Divieti e restrizioni complete sulla pubblicità, la sponsorizzazione e la promozione di alcolici sono misure efficaci e convenienti. L'adozione e l'applicazione di divieti o restrizioni globali sull'esposizione ad essi nel mondo digitale porterà benefici per la salute pubblica e aiuterà a proteggere i bambini, gli adolescenti e gli astemi dalla pressione per iniziare a consumare alcol.

Aumentare i prezzi degli alcolici attraverso le accise e le politiche dei prezzi

La tassazione dell'alcol e le politiche sui prezzi sono tra le misure di controllo dell'alcol più efficaci e convenienti. Un aumento delle accise sulle bevande alcoliche è una misura comprovata per ridurre il consumo dannoso di alcol e fornisce entrate ai governi per compensare i costi economici del consumo dannoso di alcol.

Osservatorio Nazionale Alcol – WHO CC ITA-79 – Istituto Superiore di Sanità





INDICAZIONI RECENTI DALLE POLITICHE INTERNAZIONALI SULL'ALCOL (2020-2021)

- 1. Consultazioni con gli Stati Membri**
- 2. Revisioni di documenti strategici e programmatici** di misure di contrasto al consumo dannoso di alcol e ai danni alcol-correlati (in particolare **l'etichettatura, il prezzo di vendita e tassazione, il marketing delle bevande alcoliche**)
- 1. Aggiornamenti e sensibilizzazioni** su tematiche alcol-correlate (Webinar)





Il nuovo Piano d'Azione (2022-2030) sullo sviluppo della Strategia globale per ridurre l'uso dannoso di alcol

Development of an action plan (2022-2030) to effectively implement the WHO Global strategy to reduce the harmful use of alcohol



Marzo 2021:
Regional technical consultation

Agosto 2021:
Web-based consultation (First draft)

This document contains 254 submissions received in a web-based consultation on a working document for development of an action plan (2022-2030) to effectively implement the WHO Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.

RECEIVED SUBMISSIONS
FROM A WEB-BASED
CONSULTATION ON THE
WORKING DOUCMENT

Third WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours (FADAB)

Accelerating public health actions and addressing new challenges during the pandemic

22-25 June 2021

Web-based from
Geneva, Switzerland



"Built upon the success of the first and second WHO Forums on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours held in 2017 and 2019 in Geneva, the Third Forum is envisaged to boost international activities led or implemented by WHO in reducing the health and social burden associated with substance use and addictive behaviours."

Against the background of the evolving COVID-19 pandemic, we need to accelerate public health actions through enhanced international collaboration and partnerships. There is no other way to advance achievement of the relevant SDG 2030 targets, including SDG target 3.5 that calls for strengthening prevention and treatment of substance use and substance use disorders."

Dr Ran Minghui
Assistant Director-General,
Division of Universal Health Coverage/Communicable and Noncommunicable Diseases,
World Health Organization



The Third WHO global Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours (FADAB)



Conferenza Nazionale Alcol

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Department/Unit: OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL - WHO CC ITA 79

Country/Location: Italy

URL: www.iss.it

Submission

The proposal is aimed at renewing the overall approach (areas, targets and key components) followed by the previous strategy one (2010) integrating the results from last consultations with the lessons learned, new goals and objectives and other actions merged during the last 10 years. However, whereas the ongoing Global Strategy gained mainly by the long experience of the European Alcohol Action Plan and the overall framework set by a longstanding and consolidated exercise based on the full involvement of EU MS counterparts supporting a much more practical adoption of measures that are currently part of the National Strategies in charge for the next years, this new draft document looks like unbalanced by the new entries (such as SAFER) not providing a comfortable idea of the continuity on what still needs to be done.

This is evident since the beginning of the draft with a discontinuity between the introduction and the articulation of the global strategy needing a much more systematic approach.

MS are committed in the objectives of the NCDs and SDGs action plans that should be a consistent part of the new global strategy but mentioned almost in the introduction and poorly recalled in the rest of the document and in the action areas.

Compared to the previous edition and the main source of inspiration (the European action plan), the document is less performing and probably in need for an in depth rearrangement to create a necessary, much more visible continuity with the previous strategies.

The choice of proposing new action areas (or modifying existing ones), which are now part of the "culture" acquired and introduced by policy and decision-makers and mainly used to inspire and consolidate the different national strategies and prevention plans, introduces a strong criticality for adherence/compliance to multi-year strategies already in progress at the national level and already projected at least for the next 3 years (being all the strategies ending in 2020 and therefore prolonged due to a late or missing availability of new ones at EU as well as International level).

The overall draft is still too abstract and lacking in providing all the elements /explicit information easing the full involvement for actors and stakeholders to identify themselves in the role (and mandate) to which the global strategy should refer to; the missed reference to the ten strategic areas of the ongoing Global Strategy does not facilitate a still requested and hopefully increasing engagement into the recommended 10 target areas for policy measures and interventions which should continue to represent the core areas of activity that should have been subject to additions and changes to be integrated according to the need analysis and lessons learnt.

As a matter of facts not all the Member States starts from the same level of implementation and there is a concrete possibility that many of them may considered much more relevant to focus on areas in



OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL

which, as an example, the best buys are not the best fitting with their own capacity to ideally deal with national priority. This will generate frustration in being not "eligible" for the new areas where they should be committed in implementing the "classical" areas, actions and targets presenting, by the way, a still huge need for public health response as still not reaching an adequate level of policy response and targets. States that have not yet activated actions in the individual areas of the current global strategy have to be supported, while other nations would be much more keen to benefit from reviewing, adjusting and strengthening the ongoing initiatives both introducing new actions for the new areas and continuing as well to refer to their existing national strategies/plans.

The actions currently included in the proposal as statements should be transformed into concrete objectives to be achieved within the existing areas of action widening their added value.

The 4 "key components" of the previous global strategy, in the new proposal are 6 "action areas" with the introduction of:

- the "action area 1: implementation of high-impact strategies and interventions" for SAFER options and
- the "action area 3: partnership, dialogue and coordination" to underline the role of country focal points and WHO national counterparts as facilitators of country cooperation, knowledge transfer and capacity building.

However, there is no homogeneity in the description of the 6 areas: the new action area 1 on the SAFER initiative is more detailed compared to the other areas and there are overlapping with some SAFER options and interventions included in other action areas while no adequate space is given for interventions not included in the SAFER initiative.

Furthermore, being not a guarantee that the SAFER initiative (as in the action area 1) is implemented, the SAFER policy options and interventions should be adequately included in the other action areas (currently is not in the draft) but it is not, for example the access to the brief intervention that is no longer mentioned anywhere in the document, even if the word "treatment" is included 29 times. If "treatment" includes "brief intervention" needs to be clarified also because during MS consultations in Prague an area TREATMENT was judged as an explicit needed area and several indicators were discussed).

Thus, SAFER, as it stands, compress all the existing targets that are well identified in the ongoing global strategy and influence a sort of underscoring in terms of priority of all the activities included in SAFER, namely a strategy in the strategy, a concrete possibility that could even represents a sort of internal competitor with the other areas.

Introducing the action area 1, as a matter of fact a toolkit that has been transformed into an area or a target as a whole, gives the impression to introduce a confusion with the rest of the proposal not

supported by same level of detailed support but "only" with a sort of series of principles whose implementation is not completed with concrete steps, actions to ease the activation on the new strategic areas.

That's to say that it should be considered the opportunity to continue to combine the overall approach given by the previous key components and all the target areas that needs, also in case will list the current 6 action areas, to be presented into a different "logical" order, with the action area 1 aimed at implementation as the last one.

Multi-sectoral policies beyond the health sector are mentioned many times but not described (and when described, not comprehensive) and not linked to the additional relevant strategic documents.

The proposed actions for economic operators in the proposal looks like not pushing for a suasion facilitating "the appropriate engagement of civil society and economic operators": misunderstanding needs to be avoided stressing in the introduction that their activities must be aligned with, to be coherent with, in support of...in collaboration with the initiatives coordinated at country level. It must be reinforced the principle and message that prevention is a public health interest, a mission and mandate only for competent authorities, organizations, institutions who are legitimated into a role that industry cannot play.

Policy responses is mentioned many times in the proposal (with some overlapping) but not the health service response (and social) that could have more space as a relevant part of the solution but also of the problem.

If not included as targets of the proposal, some indicators actually used by MS will be missed and, as an example, if not included in the annex 1 (for example for drink driving measures) there will be no specific monitoring on sensitive areas; this makes really hard the continuity of current and future national strategies.

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/volume-ii-received-submission-to-the-working-document.pdf?sfvrsn=e32bae87_14

Development of an action plan (2022-2030) to effectively implement the WHO Global strategy to reduce the harmful use of alcohol



This document contains 254 submissions received in a web-based consultation via a working document for development of an action plan (2022-2030) to effectively implement the WHO Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.

RECEIVED SUBMISSIONS
FROM A WEB-BASED
CONSULTATION ON THE
WORKING DOCUMENT



Ministero della Salute



Conferenza
Nazionale
Alcol

2021-2022: TAG-ADE expert group, Executive Board OMS e Draft Action Plan implementing GLOBAL strategy on alcohol(2022-2030)



World Health
Organization

INTEGRATED REPORT FROM THE MEETINGS (VIRTUAL) OF THE WHO
TECHNICAL ADVISORY GROUP ON ALCOHOL AND DRUG EPIDEMIOLOGY
(TAG-ADE)

DATES: 14-15 JANUARY 2021 & 16 JUNE 2021

ALCOHOL, DRUGS AND ADDICTIVE BEHAVIOURS UNIT (ADA)
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH AND SUBSTANCE USE (MSD)



Global alcohol action plan 2022-2030
to strengthen implementation of the
Global Strategy to Reduce the Harmful
Use of Alcohol



TECHNICAL EXPERT MEETING ON THE WORKING
DOCUMENT FOR ALCOHOL ACTION PLAN (2022-2030)
AND ON THE HARMFUL USE OF ALCOHOL RELATED
TO CROSS-BORDER ALCOHOL MARKETING,
ADVERTISING AND PROMOTIONAL ACTIVITIES

10-12 June 2020
Web-based



World Health
Organization



Ministero della Salute



**Political declaration of the third high-level meeting
of the General Assembly on the prevention and
control of non-communicable diseases**

EB150/7 Add.1

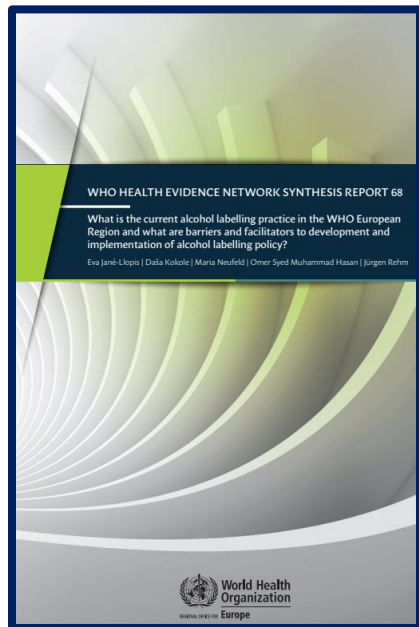
Appendix¹

**DRAFT ACTION PLAN (2022–2030) TO EFFECTIVELY IMPLEMENT
THE GLOBAL STRATEGY TO REDUCE THE HARMFUL USE
OF ALCOHOL AS A PUBLIC HEALTH PRIORITY**

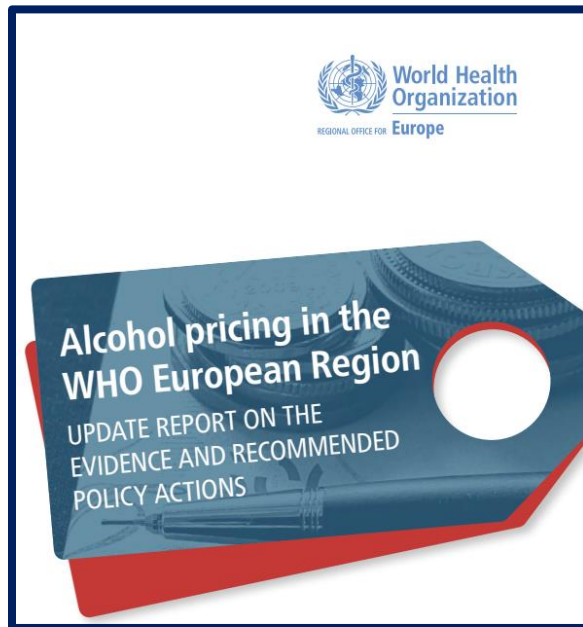




a) L'etichettatura delle
bevande alcoliche



b) Il prezzo di vendita, la tassazione
delle bevande alcoliche

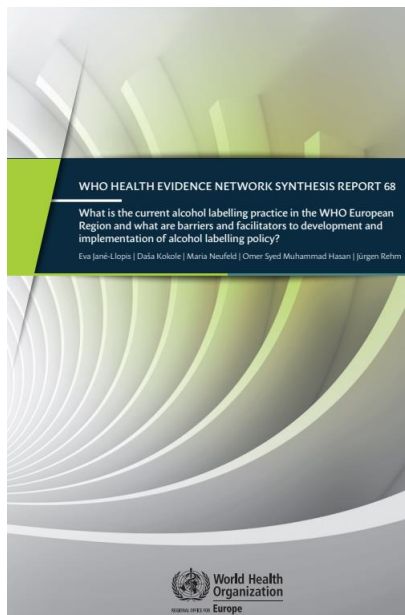


c) Il marketing delle bevande
alcoliche (incluso il digitale)





Etichettatura delle Bevande Alcoliche Raccomandazioni per i decisori politici



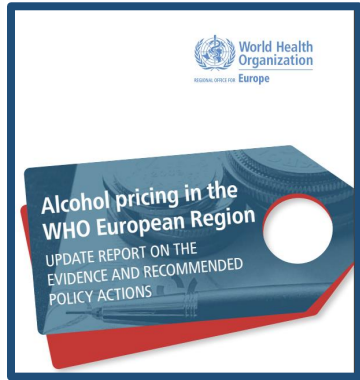
- ✓ Inclusione dei valori nutrizionali e degli ingredienti in etichetta
- ✓ Inclusione dei danni alcol-correlati in generale e per gruppi/situazioni specifiche (alcol e gravidanza, alcol e minori, alcol e guida)
- ✓ Inclusione di raccomandazioni sulle linee guida per un consumo a basso rischio (laddove disponibili)
- ✓ Fornitura di indicazioni su come presentare le informazioni in etichetta (dimensioni e caratteri, posizione in confezione, messaggi rotanti, messaggi chiari)
- ✓ Sostegno all'implementazione delle normative e meccanismi di controllo con valutazione dell'impatto delle politiche di etichettatura
- ✓ Prendere una posizione sulla possibilità o meno che i messaggi siano autoregolamentati dall'industria e garantire la diffusione di messaggi efficaci
- ✓ Investimento nella ricerca dell'etichettatura per identificare la forma e il contenuto del messaggio più efficace (fotografie, pittogrammi, messaggi scritti, ecc.....)





b) Prezzo di vendita e tassazione delle bevande alcoliche 1/2

- ✓ E' la misura politica di contrasto al consumo dannoso di alcol e ai danni alcol-correlati più “evidence-based”
- ✓ **L'adeguamento delle politiche sul prezzo di vendita e tassazione è una delle “best buys” dell'OMS** *(le migliori azioni che i decisori politici dovrebbero sostenere per ridurre il consumo dannoso di alcol)* **insieme alla riduzione della disponibilità fisica delle bevande alcoliche sul mercato e al rafforzamento dei controlli sul marketing dell'alcol**
- ✓ **Adeguate politiche di prezzo di vendita possono contribuire a ridurre il consumo di alcol e i relativi rischi per la salute e a favorire l'economia dei Paesi attraverso risparmi in salute (e dei relativi costi) nel breve, medio e lungo termine**
- ✓ **Le misure di regolamentazione del prezzo di vendita nei Paesi della Regione europea dell'OMS, anche se esistenti, non sono spesso implementate**
- ✓ **La tassazione degli alcolici** è il meccanismo principale attraverso il quale i governi influenzano i prezzi di queste bevande (tassazione rispetto al contenuto e alla gradazione alcolica della bevanda)

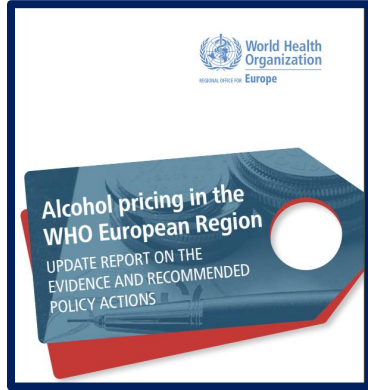


<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332129/9789289054898-eng.pdf>





b) Prezzo di vendita e tassazione delle bevande alcoliche 2/2



<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332129/9789289054898-eng.pdf>

- **Le aliquote fiscali dovrebbero essere le stesse per tutte le bevande** (birra, vino, superalcolici) per non incoraggiare il consumo di una bevanda rispetto ad un'altra
- **L'aumento delle aliquote fiscali sui prodotti più economici è una delle opzioni efficaci** (soprattutto per i contesti in cui sono presenti disuguaglianze sanitarie legate al consumo di alcol) come lo è la **maggiore tassazione per i prodotti ad alta gradazione alcolica e i prodotti a basso costo di produzione**
- **La tassazione può essere collegata al tasso d'inflazione**; in alternativa o in parallelo può essere promosso un **“Prezzo Minimo Unitario” (Minimum Unit Price)** come in Scozia (adottato solo in 8 paesi europei nonostante le evidenze di efficacia)

In Italy, investing EUR 1.7 per person per year in the enhanced policy package to tackle harmful alcohol use will:

- prevent 1.7 million non-communicable diseases and injuries by 2050;
- save EUR 187.8 million per year in health costs;
- increase employment and productivity by the equivalent of 17.4 thousand full-time workers per year.

For every EUR 1 invested in the policy package, EUR 16 are returned in benefits, not considering any impact on the alcohol industry.



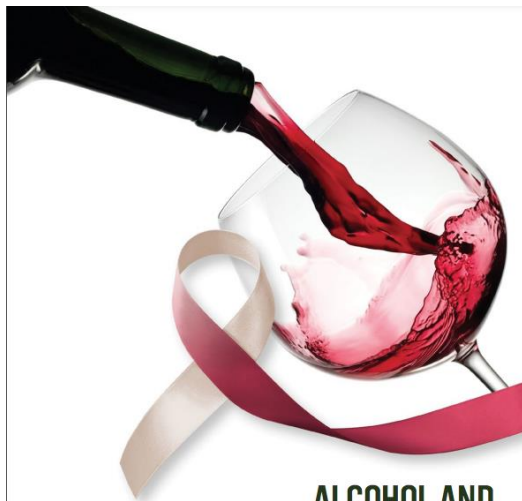
Discover the OECD SPheP-NCND data explorer and the model's documentation at <http://oecdpublichealthexplorer.org/>
Find the full OECD report Preventing Harmful Alcohol Use at oe.cd/alcohol2021

Dire che le politiche atte a ridurre il consumo di alcol danneggiano l'economia e portano alla perdita di posti di lavoro è infondato (il consumo di alcol ha noti effetti negativi sulla produttività economica)





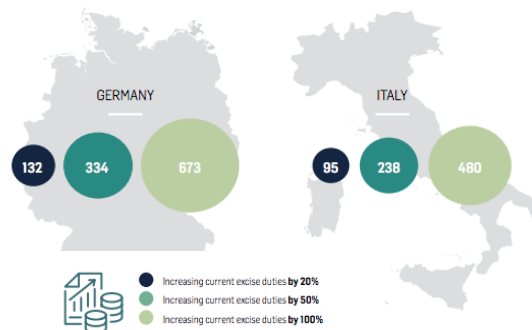
Effetto della tassazione sulla riduzione di nuovi casi di cancro in ITALIA



ALCOHOL AND CANCER IN THE WHO EUROPEAN REGION AN APPEAL FOR BETTER PREVENTION



Fig. 5. Number of new cancer cases that could have been prevented in 2018 by increasing alcohol excise tax in four European countries



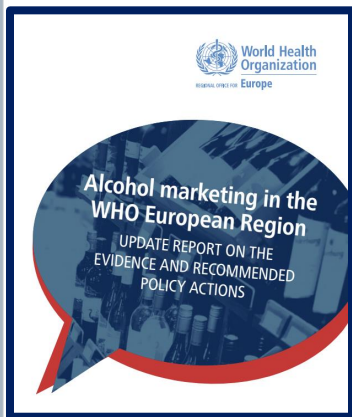
Reducing alcohol affordability and consumption by increasing excise duties

Increasing excise duties on alcohol is the most widely used instrument of pricing. A recent modelling study on four countries in the WHO European Region, representing different drinking patterns and levels, highlighted the effectiveness of excise taxation in decreasing alcohol-attributable cancers.²⁰ Depending on the increase in excise duties, a sizeable number of cancer cases could be prevented in the selected countries (Fig. 5). This example shows that there are ways to substantially reduce the cancer burden in the WHO European Region, with potentially thousands of cancer cases that could be prevented if higher excise taxes were introduced. From a public health perspective, there is no reason why such measures should not be used, especially as they would increase tax revenues for the countries concerned.

The recently published update report on the evidence and recommended policy actions on alcohol pricing in the WHO European Region provides key policy recommendations to be considered for successful implementation of alcohol taxation.²⁰ These recommendations include inflation-indexed taxation, uniform tax rates across all products except for high-strength alcohol, and consideration of a special regulation for unrecorded alcohol alongside pricing policies. As a complement to taxation, minimum pricing has proved to be an effective approach to reduce alcohol-attributable harm.



c) Il marketing delle Bevande Alcoliche



<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336178/WHO-EURO-2020-1266-41016-55678-eng.pdf?sequence=1&isAllow-ed=y>

- **La pubblicità delle bevande alcoliche** si sta adattando alle nuove realtà più velocemente di quanto evolvano le norme e i regolamenti.
- L'industria sta sfruttando le opportunità offerte dalle **piattaforme digitali** per vendere i propri prodotti in un mercato ampiamente non regolamentato.
- **L'esposizione alla pubblicità di alcolici è strettamente correlata con l'iniziazione precoce al consumo, il consumo rischioso e il consumo episodico eccessivo (binge drinking).**
- Sebbene la maggior parte dei Paesi della Regione europea dell'OMS abbia qualche forma di regolamentazione del marketing, **pochi Paesi hanno divieti normativi per limitare la commercializzazione delle bevande alcoliche applicati ai canali tradizionali di marketing** (televisione, radio, stampa).
- **La pubblicità online dell'alcol ed il ruolo assunto dai social network è di gran lunga l'area meno regolamentata**, sebbene sia evidente il considerevole passaggio dai canali tradizionali al panorama digitale.
- **Le nuove sfide sono il marketing digitale e l'impegno politico per affrontarlo ampliando ed aggiornando la legislazione.** Meno del 25% degli Stati membri della Regione europea hanno divieti del marketing digitale, ancora meno quelli che applicano le restrizioni, nonostante sia noto che queste sono tra le misure più efficaci per ridurre il consumo di alcol e i danni alcol-correlati





Conferenza
Nazionale
Alcol

WHO webinar series (Less alcohol Unit), 2021

- ✓ Coinvolgere esperti mondiali del settore
- ✓ Sensibilizzazione / aggiornare sull'alcol e sulle problematiche alcol-correlate
- ✓ Identificare le aree che necessitano di ulteriori ricerche;
- ✓ Elucidare l'attuazione della strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol e il suo piano d'azione



Less Alcohol webinar series

Unrecorded alcohol: what the evidence tell us?

Friday, 2 July, 2021 - 14:00 - 15:30 CET



Less alcohol webinar series

Digital marketing of alcoholic beverages: what has changed?

Thursday, 09 December, 2021 - 12:00-13:30 CET



Less alcohol webinar series

Protecting alcohol control policies from vested interests

Friday, 3 September, 2021 - 14:00-16:00 CET

Simultaneous interpretation in Russian and Spanish

About

Translating public health evidence into policy changes is not a linear process due to concurrent priorities and conflicting agendas. Evidence shows that protecting policy development from vested interests is essential to decrease the burden of diseases. This webinar reflects on the governance tools that countries can apply to protect and promote health and well-being when developing alcohol control policies. The target audience is policymakers, government representatives, civil society groups, media and researchers.

Opening

Naoko Yamamoto

Assistant Director-General, Healthier Population Division, World Health Organization

Rüdiger Krech

Director, Department of Health Promotion, World Health Organization

Anselm Hennis

Director, Noncommunicable Diseases and Mental Health, Pan American Health Organization

Speakers

Emanuele Scafato

Director, National Observatory on Alcohol, Italian National Institute of Health, Italy

Audleah Mker Diedericks

Secretary General, Southern African Alcohol Policy Alliance, South Africa

Sheila Gilheany

Chief Executive Officer, Alcohol Action Ireland, Ireland

Adriana Blanco Marquiza

Head of Secretariat of the WHO Framework Convention on Tobacco Control, World Health Organization

Belinda Townsend

Deputy Director, Menzies Centre for Health Governance, Australian National University

David H. Jernigan

Professor, Department of Health Law, Policy and Management, Boston University School of Public Health

Jeff Collin

Professor, Global Health Policy Unit, University of Edinburgh and SPECTRUM research consortium

Nelson Maani

Assistant Professor, Faculty of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine

Moderators

Maristela Monteiro

Senior Advisor, Noncommunicable Diseases and Mental Health, Pan American Health Organization

Maik Dünnebier

Director of Strategy and Advocacy, Movendi International

Contact us: Lessalcohol@who.int

It is co-organised by the Italian National Institute of Health, Movendi International, the Organization, the Department of Health Promotion at the World Health Organization headquarters



World Health
Organization

PAHO
Pan American
Health Organization

[Click here
to register](#)

Less alcohol webinar series

Health warnings labels of alcoholic beverages: opportunities for informed and healthier choices

Thursday, 7 October, 2021 - 13:30-15:00 CET

Simultaneous interpretation in Russian and Spanish



World Health
Organization

[Click here
to register](#)

About

Health warnings on alcoholic beverages labels increase consumers' awareness of the risks associated with drinking, but the evidence is less robust regarding their impact on reducing consumption or changing individual behaviours. Current labelling practices across countries are not standardised. The inconsistencies in displaying information, the scale of interventions, assessment methodologies, among other factors, have resulted in diversified practices and outcomes. This event seeks to take stock of recent evidence regarding the use of health warnings labels and the conditions for their effectiveness, illustrate innovative country initiatives and discuss the possible role of consumer associations and civil society to hold interested parties to account.

Opening

Naoko Yamamoto

Assistant Director-General, Healthier Population Division, World Health Organization

Rüdiger Krech

Director, Department of Health Promotion, World Health Organization

Juan Tello

Head, Less Alcohol Unit, Department of Health Promotion, World Health Organization

Speakers

Daša Kokole

Researcher, Maastricht University, The Netherlands

Paula O'Brien

Associate Professor, Melbourne Law School, University of Melbourne, Australia

Maria Neufeld

Consultant, World Health Organization European Office for Prevention and Control of Noncommunicable Diseases

Ogochukwu Odeigah

Lecturer, Department of Psychology, Christland University, Nigeria

Emanuele Scafato

Director, National Observatory on Alcohol, Italian National Institute of Health, Italy

Norman Giesbrecht

Emeritus Scientist, Institute for Mental Health Policy Research, Centre for Addiction and Mental Health, Adjunct Professor, Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada



World Health
Organization



PAHO
Pan American
Health Organization



World Health
Organization
Europe

Less alcohol webinar series

Population-wide interventions for reducing alcohol consumption: what is the per capita consumption indicator telling us?

Tuesday, 19 November, 2021 - 16:00-18:30 CET

[CLICK HERE
TO REGISTER](#)

Addressing alcohol consumption and socioeconomic inequalities: how a health promotion approach can help

Webinar

Friday, 4 June 2021, 14:00 - 15:30 CET

[Click here to register](#)



World Health
Organization



Conferenza
Nazionale
Alcol

Parlamento Europeo

Adozione del Piano Europeo di Lotta contro il Cancro

14 Febbraio 2022



- ✓ Il cancro è la **principale causa di decessi alcol-attribuibili** (29%) seguito da cirrosi epatica (20%), malattie cardiovascolari (19%) e traumi (18%) **(2016)**
- ✓ La CE aumenterà il sostegno agli Stati membri affinché attuino interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol, in linea con gli obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite: il conseguimento della **riduzione di almeno il 10 % del consumo dannoso di alcol entro il 2025**
- ✓ La Commissione riesaminerà la **legislazione dell'UE sulla tassazione dell'alcol e sugli acquisti transfrontalieri di prodotti alcolici** da parte di privati
- ✓ Per ridurre l'esposizione dei giovani alla promozione commerciale di alcol, la CE controllerà l'attuazione della direttiva relativa ai servizi di media audiovisivi sulle **comunicazioni commerciali delle bevande alcoliche, anche su piattaforme online** e incoraggerà iniziative di auto e coregolamentazione
- ✓ La Commissione proporrà l'**obbligo di indicare l'elenco degli ingredienti e la dichiarazione nutrizionale sulle etichette delle bevande alcoliche** entro la fine del 2022, e le **avvertenze sanitarie** entro la fine del 2023
- ✓ Sarà fornito sostegno agli Stati membri affinché realizzino **interventi brevi sull'alcol basati sull'evidenza in PHC, nei luoghi di lavoro e presso i servizi sociali**



Ministero della Salute



15. Accoglie con favore l'obiettivo della Commissione di conseguire una riduzione di almeno il 10 % nel consumo dannoso di alcol entro il 2025;

- incoraggia la Commissione e gli Stati membri a promuovere azioni per ridurre e prevenire i danni alcol-correlati nel quadro di una strategia riveduta dell'UE sull'alcol, inclusa **una strategia europea di consumo zero di alcol per i minori, accompagnata, ove opportuno, da proposte legislative.....**
- sostiene la fornitura di una migliore informazione ai consumatori attraverso il miglioramento dell'etichettatura delle bevande alcoliche per includere informazioni di consumo moderato e responsabile e **introducendo l'indicazione obbligatoria dell'elenco degli ingredienti e informazioni nutrizionali**
- **chiede alla Commissione di intraprendere azioni specifiche contro il consumo pesante e rischioso di alcolici;**
- considera importante **proteggere i minori dalla comunicazione commerciale sul consumo di alcol**, così come dal posizionamento di prodotti **e la sponsorizzazione di marchi di alcolici**, anche nell'ambiente digitale, in quanto la **pubblicità non deve essere rivolta specificamente ai minori e non deve incoraggiare il consumo di alcol;**
- **chiede il divieto di pubblicità e sponsorizzazione di alcolici a eventi sportivi quando a tali eventi partecipano prevalentemente minori;**
- chiede uno stretto monitoraggio dell'attuazione della direttiva riveduta sui servizi di media audiovisivi (Audiovisual Media Service Directive);
- **chiede che la proposta legge sui servizi digitali (Digital Services Act) rafforzi la capacità degli Stati membri di sostenere e far rispettare la legislazione che cerca di proteggere i minori e altre gruppi di popolazione vulnerabili dalla comunicazione commerciale per le bevande alcoliche;**
- incoraggia lo stanziamento di fondi pubblici per **campagne di sensibilizzazione nazionali ed europee; supporta la revisione programmata della normativa UE sulla tassazione dell'alcol** e quella sugli acquisti transfrontalieri di alcolici da parte di privati **e una revisione delle politiche sui prezzi degli alcolici, includendo il considerare un aumento delle tasse sulle bevande alcoliche;**

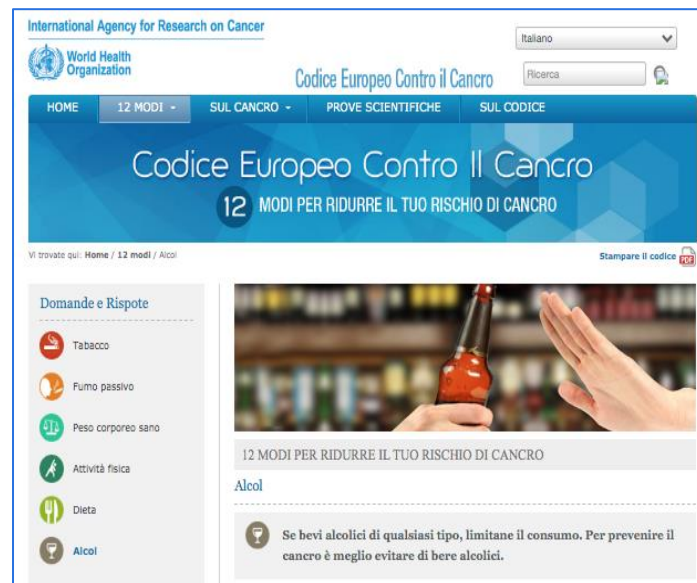
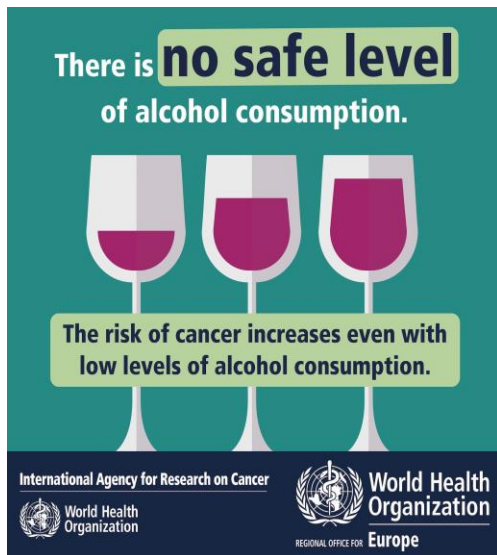




Conferenza
Nazionale
Alcol

NESSUN LIVELLO DI CONSUMO E' SICURO PER LA SALUTE

Per prevenire il cancro è meglio EVITARE di bere alcolici



recalls the study referred to by WHO¹ which recognises that the safest level of alcohol consumption is none when it comes to cancer prevention, and stresses the need to take this into account when devising and implementing cancer prevention policy²;



Ministero della Salute



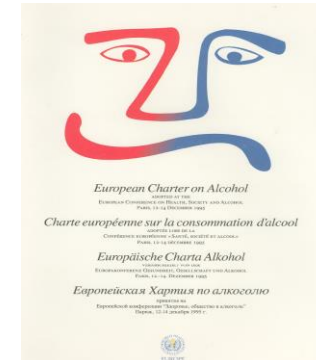
L'ALCOHOL POLICY IN ITALIA

Come si è profilato l'intervento di salute pubblica e
come si sono sviluppate nel corso degli anni le alcohol policy
rispetto agli obiettivi e alle politiche europee ed internazionali
sulla prevenzione dei disturbi di alcol ?



The Frame Law on Alcohol (nr 125/2001)

All over Europe, the 2001 n. 125 Italian law represented a unique example of implementation and full endorsement of the WHO European Alcohol Action Plan and of the European Charter on Alcohol main principles reported in the Italian frame Law at the art. 2 as the aims of the law.



Nr. 125/2001 Italian Frame Law on Alcohol

CHARTER ENDORSEMENT IN ITALY

FROM PRINCIPLES TO RIGHTS

All people have the right to a family, community and working life protected from accidents, violence and other negative consequences of alcohol consumption.

All people have the right to valid impartial information and education, starting early in life, on the consequences of alcohol consumption on health, the family and society.

All children and adolescents have the right to grow up in an environment protected from the negative consequences of alcohol consumption and, to the extent possible, from the promotion of alcoholic beverages.

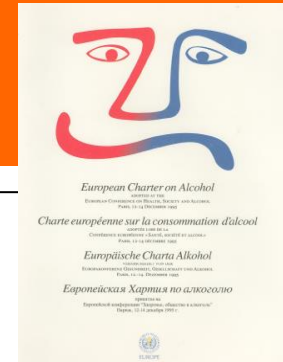
All people with hazardous or harmful alcohol consumption and members of their families have the right to accessible treatment and care.

All people who do not wish to consume alcohol, or who cannot do so for health or other reasons, have the right to be safeguarded from pressures to drink and be supported in their non-drinking behaviour.

Art. 2. (Finalita')

La presente legge:

- a) **tutela il diritto delle persone**, ed in particolare dei bambini e degli adolescenti, ad una vita familiare, sociale e lavorativa protetta dalle conseguenze legate all'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- b) **favorisce l'accesso** delle persone che abusano di bevande alcoliche e superalcoliche e dei loro familiari a trattamenti sanitari ed assistenziali adeguati;
- c) **favorisce l'informazione e l'educazione** sulle conseguenze derivanti dal consumo e dall'abuso di bevande alcoliche e superalcoliche;
- d) **promuove la ricerca e garantisce adeguati livelli di formazione** e di aggiornamento del personale che si occupa dei problemi alcolcorrelati;
- e) **favorisce le organizzazioni del privato sociale** senza scopo di lucro e le associazioni di automutuo aiuto finalizzate a prevenire o a ridurre i problemi alcolcorrelati.



ITALIA 2000-2009 : lo sviluppo virtuoso delle politiche nazionali guidate dalla Legge 125/2001, dalla EU Strategy e dai Piani Europei dell'OMS

Box 1: Development of the alcohol policy framework in Italy in the years 2000 ⁹	
Legislative framework till 2000 • Provision of treatment and rehabilitation services. • BAC limit for driving, use of RBT. • Licensing for production and sale. • Age limit for serving alcohol (16 years). • Restrictions on advertising.	Framework law on alcohol and alcohol-related problems 125/2001 • Adequate availability of prevention, treatment and rehabilitation services. • Alcohol was prohibited in most work places. • BAC limit for driving was reduced, sale of alcohol along highways was restricted. • Yearly budget: education and prevention EUR 1 million, monitoring and research EUR 0,5 million each. • National Committee on Alcohol. • Yearly progress report to Parliament. • Yearly national Alcohol Prevention Day organised in April since 2001.
The 3rd National Health Plan 2006–2008 • Endorsed by agreement between the State and the Regions in 2007. • Aims: to promote healthy life styles and prevent chronic illnesses. • Addresses nutrition, physical exercise, smoking, alcohol. Developments 2007–2008 • Sale of alcohol in discos prohibited after 02:00 by law in 2007. • State-Region agreement in 2007 on mandatory BAC and drugs control for public transport and for work involving high risk for community safety. • 1st National Conference on Alcohol, organised by the Ministry of Health & the National Committee in October 2008.	The 1st National Alcohol and Health Plan 2007–2009 Part of the National Health Plan.Objectives: • Increased awareness of alcohol-related risks. • Reduced high risk consumption. • Reduced share of consumers among under 18s. • Reduced risk of alcohol-related problems in the family, workplace, and drinking environments. • Reduced alcohol-related violence, child abuse and family problems. • Accessible and effective treatment to at risk consumers and persons with alcohol dependency. • Dissemination of methods for early identification of persons at risk, increasing ability of problem drinkers to control their behaviour. • Protecting from pressures to drink children, young people and those who choose to abstain.



Conferenza Nazionale Alcol

ITALIA e EU 2010-2015 : il monitoraggio internazionale e ISS rivelano scarso allineamento con la Global Strategy OMS , con l'European Alcohol Action Plan 2012-2020 e con l'EU Action Plan sui giovani e il binge drinking



IMPLEMENTAZIONI AZIONI : VALUTAZIONE 2016



- Scarsa attivazione e risposta dei servizi sanitari
- Scarso controllo disponibilità e prezzi
- Scarso contrasto all'intossicazione

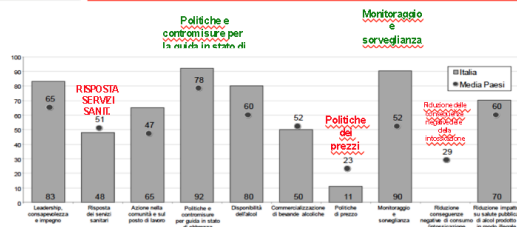
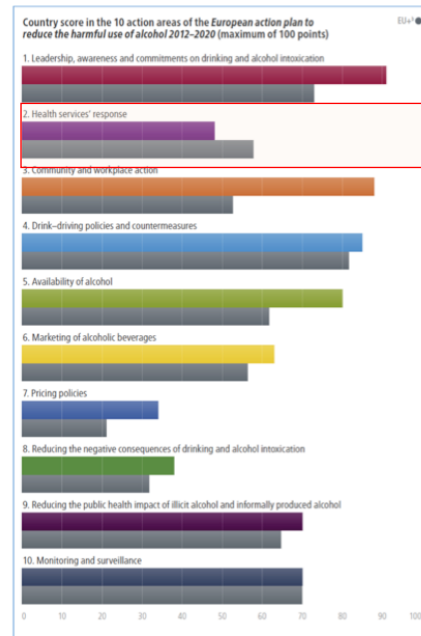


Figura 1. Punteggi ottenuti dall'Italia sull'implementazione delle politiche alcolologiche. Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati nel rapporto dell'Ufficio Regionale Europeo della WHO (10).

IMPLEMENTAZIONI AZIONI : VALUTAZIONE 2018

Dalla rielaborazione delle indagini avviate tra il 2017 e il 2018 emerge una nuova *performance* dell'Italia in cui l'area 2, quella relativa alla risposta dei servizi sanitari, continua a rimanere al di sotto della media europea e in forte ritardo applicativo rispetto alle altre aree oggetto di politiche e azioni sui consumi, in aumento oramai da tre anni, dei consumatori a rischio, specie tra i giovani, indicatori, questi, da prender in considerazione anche per il monitoraggio previsto delle azioni legate alla salute orientate al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (*Development Sustainable Goals - SDGs*) che per l'Italia sono ridurre a) del 10 % i consumi pro-capite di alcol, b) i consumatori a rischio e c) la mortalità alcol-correlata registrata in aumento.





Alcol: Obiettivo entro il 2025 -10% Consumo dannoso



NCD global monitoring framework: alcohol-related targets and indicators

One target:

- At least 10% relative reduction in the harmful use of alcohol, as appropriate, within the national context.

Indicators:

- Total (recorded and unrecorded) alcohol per capita (15+ years old) consumption within a calendar year in litres of pure alcohol, as appropriate, within the national context
- Age-standardized prevalence of heavy episodic drinking among adolescents and adults, as appropriate, within the national context
- Alcohol-related morbidity and mortality among adolescents and adults, as appropriate, within the national context.



World Health
Organization

E. Scafato 2022



Conferenza Nazionale Alcol



ALCOL in ITALIA - Anno 2020

Consumatori (11+)	36 milioni [M=77,2% - F=56,2%] 11,1 milioni [M = 8,1 - F = 3]
Quotidiani (18+)	
Consumatori a rischio (11+)	8,6 milioni [M = 6,0 - F = 2,6]
Consumatori a rischio (11-25)	1.600.000
Consumatori a rischio (11-17)	750.000
Consumatori a rischio (18-20)	350.000
Consumatori a rischio (21-25)	500.000
Consumatori a rischio (65+)	2.600.000
Consumatori a rischio (65-74)	1.400.000
Consumatori a rischio (75-84)	900.000
Consumatori a rischio (85+)	300.000
Eccedenti le linee guida su base quotidiana (11+)	5,5 milioni [M = 3,7 - F = 1,8]
Binge drinkers (11+)	4,1 milioni [M = 3 - F = 1,1]
Binge drinkers (11-25)	930.000
Binge drinkers (11-17)	120.000
Binge drinkers (18-20)	320.000
Binge drinkers (21-25)	490.000
Consumatori dannosi (18+)	830.000 [M = 555.000 - F = 275.000]
Alcol dipendenti	64.527 in carico
Dimissioni ospedaliere per (PAA)	43.445 [M = 33.616 - F = 9.828]
Accessi in PS per Patologie Alcol Attribuibili (PAA)	29.362 [M = 20.731 - F = 8.631]



ITALIA: consumo pro-capite (1980 – 2019)

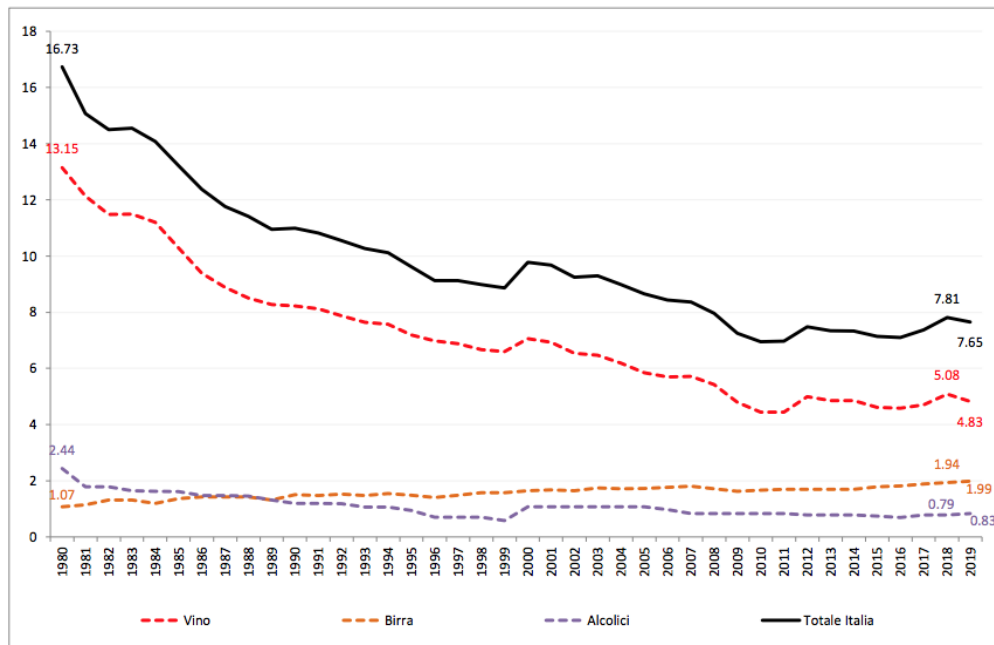


Figura I.2 Consumo registrato di alcol in litri di alcol puro pro-capite totale e per tipologia di bevanda. Italia. Anno 1980-2019

Fonte: Elaborazioni ONA-ISS e WHO CC Research on Alcohol su dati pubblicati

Nel 2010 interruzione della riduzione del consumo pro-capite di alcol.

↑ 2010-2012
↔ plateau sino al
2016
↑ 2016-2018
↓ 2019

Trend prevalentemente sostenuto dal vino





Conferenza
Nazionale
Alcol

ITALIA: consumo pro-capite 7,65 lt/anno

11.6 lt/anno tra i soli consumatori

Alcohol, drinkers only per capita (15+)consumption in litres of pure alcohol

FILTERS

Year

Latest

Sex

Both sexes



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.



World Health
Organization

© WHO 2022. All rights reserved.



Ministero della Salute



ITALIA: riduzione consumo pro-capite 2018-2019 Chi ha ridotto ?

Ann Ist Super Sanità 2022 | Vol. 58, No. 1: 6-15

DOI: 10.4415/ANN_22_01_02

Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak

Alice Matone, Silvia Ghirini, Claudia Gandin and Emanuele Scafato for the the European Study Group on Alcohol Use and COVID-19

Osservatorio Nazionale Alcol, WHO Collaborating Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol-related problems, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

Abstract

Introduction. The COVID-19 pandemic came along with several health and social unprecedented emergencies, among which handling people with substance use disorder issues.

Methods. In this work, data from a cross-sectional online survey conducted among more than 40,000 adults in 21 European countries during the spring of 2020 are analyzed. The survey recorded participants drinking habits during the year preceding the survey and the changes in alcohol consumption during lockdown. The analyses focused on alcohol consumers' type, investigating on the behavioral change in people who already had a problematic alcohol consumption attitude.

Key words

- alcohol consumption
- COVID-19
- Europe
- hazardous drinking





Conferenza Nazionale Alcol

ALCOHOL CONSUMPTION AND COVID-19 IN EUROPE

Table 2

Change in alcohol consumption quantity and frequency during lockdown. The table shows, for each country, the number and percentage of hazardous or low-risk consumers who increased or decreased alcohol consumption and frequency. Bonferroni adjusted p-value refers to the output of the logistic regression model, where significance ($p < 0.05$) indicates that change in alcohol consumption (quantity or frequency) depends on the consumer type (hazardous or low risk), after correction for sex and age and multiple testing. In the columns indicating the percentages of increase in alcohol consumption (quantity and frequency), the highlighted cells indicate whether consumers that increased consumption are more than half

Country	Consumer type	Change in alcohol consumption quantity				Change in alcohol consumption frequency			
		Increase n %	Decrease n %	Bonferroni adjusted p-value**	Increase n %	Decrease n %	Bonferroni adjusted p-value		
Albania	Hazardous	8 40.00%	12 60.00%	P=0.4329	9 42.86%	12 57.14%	P=0.0067		
	Low-risk	13 19.12%	55 80.88%		10 13.33%	65 86.67%			
Czechia	Hazardous	174 45.31%	210 54.69%	P<.001	262 54.58%	218 45.42%	P<.001		
	Low-risk	46 23.12%	153 76.88%		123 39.81%	186 60.19%			
Denmark	Hazardous	306 34.19%	589 65.81%	P=0.0017	500 41.32%	710 58.68%	P<.001		
	Low-risk	73 33.33%	146 66.67%		159 44.41%	199 55.59%			
Finland	Hazardous	319 33.76%	626 66.24%	P<.001	469 41.14%	671 58.86%	P<.001		
	Low-risk	40 9.71%	372 90.29%		121 18.11%	547 81.89%			
France	Hazardous	52 52.00%	48 48.00%	P=0.0053	61 56.48%	47 43.52%	P=1		
	Low-risk	15 30.00%	35 70.00%		37 49.33%	38 50.67%			
Germany	Hazardous	266 57.95%	193 42.05%	P<.001	351 65.12%	188 34.88%	P<.001		
	Low-risk	83 36.89%	142 63.11%		137 42.41%	186 57.59%			
Greece	Hazardous	66 53.66%	57 46.34%	P<.001	74 52.86%	66 47.14%	P<.001		
	Low-risk	28 22.05%	99 77.95%		39 22.94%	131 77.06%			
Hungary	Hazardous	27 42.86%	36 57.14%	P=0.0207	42 51.85%	39 48.15%	P<.001		
	Low-risk	9 20.93%	34 79.07%		25 35.21%	46 64.79%			
Iceland	Hazardous	34 44.16%	43 55.84%	P=1	56 55.45%	45 44.55%	P=0.001		
	Low-risk	11 13.41%	71 86.59%		27 22.13%	95 77.87%			
Ireland	Hazardous	96 45.71%	114 54.29%	P=0.0608	148 61.41%	93 38.59%	P=0.0024		
	Low-risk	35 43.21%	46 56.79%		67 60.91%	43 39.09%			
Italy	Hazardous	79 63.20%	46 36.80%	P<.001	91 66.42%	46 33.58%	P<.001		
	Low-risk	57 28.36%	144 71.64%		76 34.08%	147 65.92%			
Norway	Hazardous	1,551 36.94%	2,648 63.06%	P<.001	2,679 51.92%	2,481 48.08%	P<.001		
	Low-risk	357 17.98%	1,629 82.02%		905 29.86%	2,126 70.14%			
Poland	Hazardous	169 48.84%	177 51.16%	P<.001	269 61.84%	166 38.16%	P<.001		
	Low-risk	38 25.85%	109 74.15%		93 40.97%	134 59.03%			
Portugal	Hazardous	62 65.26%	33 34.74%	P<.001	66 64.08%	37 35.92%	P<.001		
	Low-risk	42 35.00%	78 65.00%		63 41.18%	90 58.82%			
Russia	Hazardous	60 53.57%	52 46.43%	P<.001	109 68.55%	50 31.45%	P<.001		
	Low-risk	30 23.81%	96 76.19%		71 37.57%	118 62.43%			
Slovakia	Hazardous	36 37.89%	59 62.11%	P=1	53 44.17%	67 55.83%	P=1		
	Low-risk	14 21.54%	51 78.46%		22 24.44%	68 75.56%			
Slovenia	Hazardous	42 54.55%	35 45.45%	P=0.0531	56 54.37%	47 45.63%	P=1		
	Low-risk	25 24.51%	77 75.49%		45 37.19%	76 62.81%			
Spain	Hazardous	405 45.30%	489 54.70%	P<.001	486 52.03%	448 47.97%	P<.001		
	Low-risk	267 31.08%	592 68.92%		330 35.07%	611 64.93%			
Sweden	Hazardous	36 39.13%	56 60.87%	P<.001	63 51.64%	59 48.36%	P<.001		
	Low-risk	9 7.96%	104 92.04%		22 14.86%	126 85.14%			
United Kingdom	Hazardous	287 57.40%	213 42.60%	P=1	390 69.03%	175 30.97%	P=1		
	Low-risk	46 54.76%	38 45.24%		75 61.98%	46 38.02%			
Ukraine	Hazardous	34 47.22%	38 52.78%	P<.001	57 57.00%	43 43.00%	P=1		
	Low-risk	15 16.48%	76 83.52%		57 41.91%	79 58.09%			



Ministero della Salute

Confronto tra consumatori low-risk e rischiosi.

In pandemia in ITALIA il 63 %
dei consumatori rischiosi ha
dichiarato dichiarato di aver
ulteriormente aumentato le
quantità e il 66 % la
frequenza. Al contrario il 71 %
dei consumatori low-risk ha
dichiarato di aver diminuito le
quantità consumate, il 65 % la
frequenza.

La riduzione complessiva dei
consumi è stata sostenuta da
chi non era a rischio.



La riduzione complessiva dei consumi pro-capite è stata sostenuta da chi non era a rischio . I consumatori a rischio sono diventati a maggior rischio

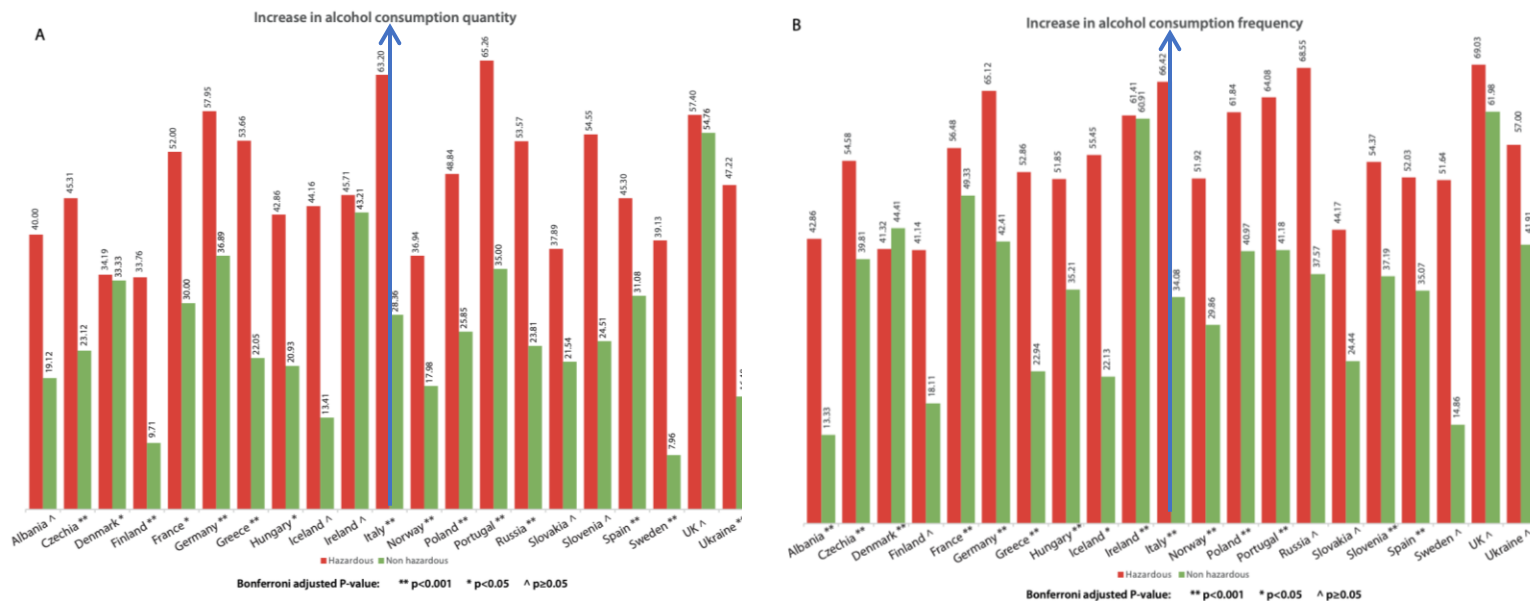


Figure 2
Increase in alcohol consumption quantity (A) and frequency (B) for hazardous and low-risk consumers.





Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak

Alice Matone, Silvia Ghirini, Claudia Gandin and Emanuele Scafato for the the European Study Group on Alcohol Use and COVID-19

Osservatorio Nazionale Alcol, WHO Collaborating Centre for Health Promotion and Research on Alcohol and Alcohol-related problems, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

Abstract

Introduction. The COVID-19 pandemic came along with several health and social unprecedented emergencies, among which handling people with substance use disorder issues.

Methods. In this work, data from a cross-sectional online survey conducted among more than 40,000 adults in 21 European countries during the spring of 2020 are analyzed. The survey recorded participants drinking habits during the year preceding the survey and the changes in alcohol consumption during lockdown. The analyses focused on alcohol consumers' type, investigating on the behavioral change in people who already had a problematic alcohol consumption attitude.

Results and conclusion. The results show how subjects with risky or hazardous use of alcohol increased both drinking quantity and frequency in most European countries, underlining the urge to establish regulations on online and home delivered alcoholic beverages availability and reinforcing and restructuring health care services.

Nonetheless the overall decrease in the frequency and volume of alcohol consumption – as detected by the survey – the increase in the frequency of hazardous drinkers, those who were already in a need-for-treatment situation, represents the most relevant and neglected result to be reported, whereas the decrease of drinkers not at risk, represents an empty prize.





ITALIA: Tassi std per sesso della mortalità totalmente causata dall'alcol (2007 – 2018)

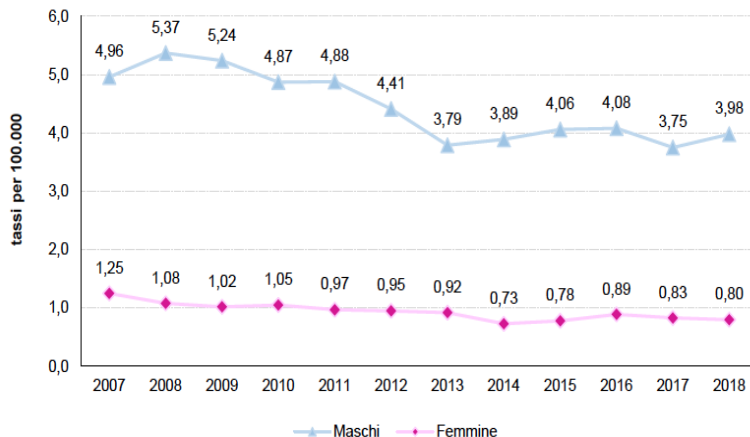


Figura 18. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007-2018
Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell' "Indagine sulle cause di morte" e della "Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile"

Il mancato raggiungimento dell'obiettivo di riduzione del consumo pro-capite ha conseguenze sulla mancata riduzione di mortalità causata dall'alcol.

Sostanziale plateau da 5 anni, anche più prolungato tra le donne. Si registra un *lag time* triennale più evidente tra gli uomini rispetto all'arresto di riduzione del trend del consumo pro-capite nel 2010.





ITALIA 2020 – 10.100 casi di CANCRO attribuibili all'alcol : Maschi 6.900, Femmine 10.100 (3,4 % e 1,4 % di tutti i cancri)

Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study

Harriet Rumgay, Kevin Shield, Hadrien Charvat, Pietro Ferrari, Bundit Sormpaisarn, Isidore Obot, Farhad Islami, Valery E P Lemmens, Jürgen Rehm, Isabelle Soerjomataram

Summary

Background Alcohol use is causally linked to multiple cancers. We present global, regional, and national estimates of alcohol-attributable cancer burden in 2020 to inform alcohol policy and cancer control across different settings globally.

THE LANCET
Oncology

Supplementary appendix

This appendix formed part of the original submission and has been peer reviewed. We post it as supplied by the authors.

Supplement to: Rumgay H, Shield K, Charvat H, et al. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *Lancet Oncol* 2021; published online July 13. [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(21\)00279-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(21)00279-5).

Appendix table 4. Number of alcohol-attributable cancer cases, population attributable fraction, and age-standardised incidence rate of alcohol-attributable cases in 2020, by country and sex. Number of cases suppressed if less than five.

Continent	Region	Human Development Index	Country	Males			Females			Total		
				Alcohol-attributable cases	PAF	ASIR per 100,000	Alcohol-attributable cases	PAF	ASIR per 100,000	Alcohol-attributable cases	PAF	ASIR per 100,000
Europe	Southern Europe	Very high HDI	Italy	6 900	3.4%	10.6	3 200	1.8%	4.9	10 100	2.6%	7.6
				(4 100 to 9 200)	(2.1% to 4.6%)	(6.4 to 14.3)	(1 900 to 4 700)	(1.0% to 2.6%)	(2.5 to 7.8)	(6 000 to 14 000)	(1.6% to 3.6%)	(4.4 to 10.8)





Conferenza
Nazionale
Alcol

L'ALCOL è un ostacolo per il raggiungimento degli obiettivi di sviluppo e di salute sostenibile



Alcohol consumption has been established as a major risk factor for infectious diseases, including HIV/AIDS and tuberculosis



Alcohol frequently increases inequalities between and within countries

Individuals and families affected by alcohol use disorders are more vulnerable to poverty and food insecurity



Alcohol is closely associated with violence, including intimate partner violence, domestic abuse and sexual assault

In general, lower socioeconomic groups experience higher levels of alcohol-attributable harm than wealthier groups with the same level of alcohol consumption



Factsheet - Sustainable Development Goals: health targets

Alcohol consumption and sustainable development

TARGET 8-2



DIVERSIFY, INNOVATE AND UPGRADE FOR ECONOMIC PRODUCTIVITY

Achieve higher levels of economic productivity

Alcohol is an obstacle to socioeconomic productivity in the WHO European Region, an effect worsened by higher levels and longer duration of alcohol consumption. The World Economic Forum has identified chronic disease as one of the leading threats to global economic growth, and alcohol is a risk factor for multiple NCDs including cancers and cardiovascular disease (44).

L'alcol influisce negativamente su 14 dei 17 SDGs e su un totale di 54 obiettivi dell'AGENDA 2030 per lo Sviluppo Sostenibile della Nazioni Unite

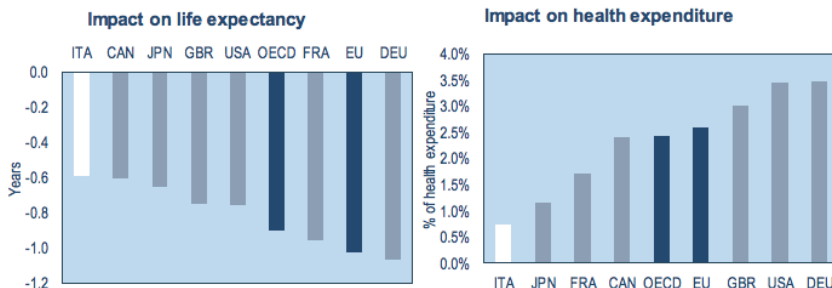


Ministero della Salute



1 bicchiere e mezzo al giorno impatta sulla speranza di vita sottraendo 0,6 anni di vita determinando costi pari allo 0,7 % del PIL da coprire con un incremento di 27 EURO di tasse a persona. Investire 1 euro in prevenzione basata sul modello SAFER produce 16 euro, investire 1,7 euro “salva” 197 milioni /anno e genera 17.400 posti di lavoro /anno (OECD)

Life expectancy is **0.6 years lower** over the next 30 years, due to diseases and injuries caused by drinking more than 1 drink per day for women and 1½ drinks per day for men, on average in the whole population, according to OECD simulations.



Based on current consumption patterns in Italy, OECD simulations estimate that diseases and injuries caused by drinking above 1-1½ drinks per day lead to treatment costs equal to **0.7% of health expenditure** and a reduction in the workforce productivity. Consequently, Italy's GDP is estimated to be **0.7% lower** on average between now and 2050, excluding any impact on the alcohol industry. Due to a lower GDP, and to maintain a constant public debt-to-GDP ratio, Italy has to raise additional revenues equivalent to an increase in tax of **EUR 27** per person per year.

OECD analyses looked at enhanced policy package to tackle harmful alcohol use. The package contains many of the policy priorities for Italy, including:

- Strengthening sobriety checkpoints to counter drink-driving
- Complete ban on alcohol advertising to children via traditional and new media, sponsorships, branding and point-of-sale displays
- Alcohol taxation
- Strengthening screening and counselling in primary care
- Strengthening regulation on alcohol advertising, sponsorships, branding and point-of-sale displays
- Minimum unit pricing targeting cheap alcohol

In Italy, investing EUR 1.7 per person per year in the enhanced policy package to tackle harmful alcohol use will:

- prevent **1.7 million non-communicable diseases and injuries** by 2050;
- save **EUR 197.6 million** per year in health costs;
- increase employment and productivity by the equivalent of **17.4 thousand full-time workers** per year.

For every **EUR 1 invested** in the policy package, **EUR 16** are returned in benefits, not considering any impact on the alcohol industry.



BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Discover the OECD SPheP-NCD data explorer and the model's documentation at <http://oecdpublichealthexplorer.org/>

Find the full OECD report *Preventing Harmful Alcohol Use* at oe.cd/alcohol2021





ALCOHOL OBSTACLE TO DEVELOPMENT
How Alcohol Affects the Sustainable Development Goals

Prioritising action on alcohol for health and development

Despite the existence of cost effective interventions to reduce harmful use of alcohol, many countries are not giving it the attention it deserves,

All'industria non dovrebbe essere consentito di influenzare le politiche di salute pubblica

Regional consultations with Member States on the implementation of the WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol since its endorsement, and the way forward



Implementation of the Global strategy at global, regional and national levels

Prague, Czech Republic, 30 September, and 1st October 2019



World Health
Organization



Ministero della Salute

KEY MESSAGES

- Harmful use of alcohol is among the leading risk factors for the global burden of disease
- Cost effective strategies to reduce the harmful use of alcohol exist and should be more widely used, with an equity focus
- Global and regional policy frameworks and guidance can help countries to develop national and local alcohol policies and programmes
- The alcohol industry should not be allowed to influence public health policy
- Civil society can advocate for action and hold policy makers and government agencies to account



Sustainable Development Goals

Obiettivo: Riduzione del consumo medio pro-capite

- 3.5.2. Harmful use of alcohol, defined according to the national context as alcohol per capita consumption (aged 15 years and older) within a calendar year in litres of pure alcohol

The following, as proposed by the Joint Monitoring Framework, will support measuring progress in the WHO European Region.

Joint Monitoring Framework Indicator

C. 1.1.c. Total per capita alcohol consumption among people aged 15+ years within a calendar year (Health 2020)

Alcol: Obiettivo entro il 2025 -10% Consumo dannoso



NCD global monitoring framework: alcohol-related targets and indicators

One target:

- At least 10% relative reduction in the harmful use of alcohol, as appropriate, within the national context.

Indicators:

- Total (recorded and unrecorded) alcohol per capita (15+ years old) consumption within a calendar year in litres of pure alcohol, as appropriate, within the national context
- Age-standardized prevalence of heavy episodic drinking among adolescents and adults, as appropriate, within the national context
- Alcohol-related morbidity and mortality among adolescents and adults, as appropriate, within the national context.



World Health
Organization





Convergenza EU sui Best-BUYS OMS

European Parliament

2019-2024



TEXTS ADOPTED

P9_TA(2022)0038

Strengthening Europe in the fight against cancer

European Parliament resolution of 16 February 2022 on strengthening Europe in the fight against cancer – towards a comprehensive and coordinated strategy (2020/2267(INI))

Box 2. WHO's "best buys" for policy options to reduce the harmful use of alcohol

Appendix 3 of the *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases* contains the following most cost-effective and feasible policy recommendations (56).

Best buys

- ☞ Increase excise taxes on alcoholic beverages
- ☞ Enact and enforce bans or comprehensive restrictions on exposure to alcohol advertising (across multiple types of media)
- ☞ Enact and enforce restrictions on the physical availability of retail alcohol (via reduced hours of sale)

Effective interventions

- ☞ Enact and enforce drink-driving laws and blood alcohol limits via sobriety checkpoints
- ☞ Provide brief interventions for persons with hazardous and harmful alcohol use

Other evidence-informed recommendations

- ☞ Carry out regular reviews of alcohol prices in relation to level of inflation and income
- ☞ Establish minimum prices for alcohol where applicable
- ☞ Enact and enforce an appropriate minimum age for purchase or consumption of alcoholic beverages and reduce density of retail outlets
- ☞ Restrict or ban promotions of alcoholic beverages in connection with sponsorships and activities targeting young people
- ☞ Provide prevention, treatment and care for alcohol use disorders and comorbid conditions in health and social services
- ☞ Provide consumer information about, and label, alcoholic beverages to indicate, the harm related to alcohol





NCDs– Global Strategy on Alcohol – Sustainable Goals 2013- 2025



Ridurre consumo pro-capite



Ridurre consumo dannoso



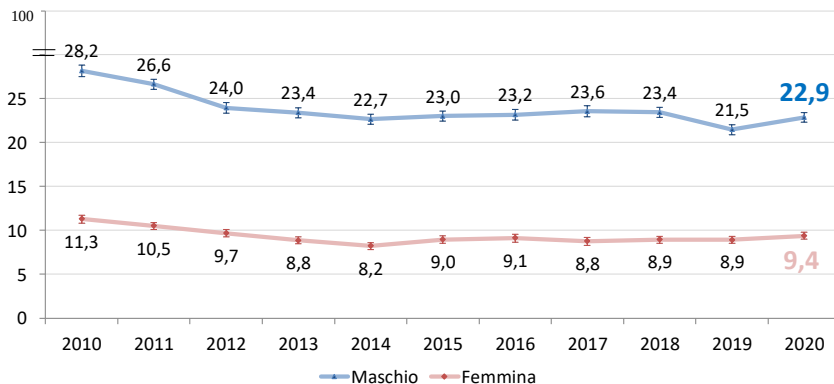
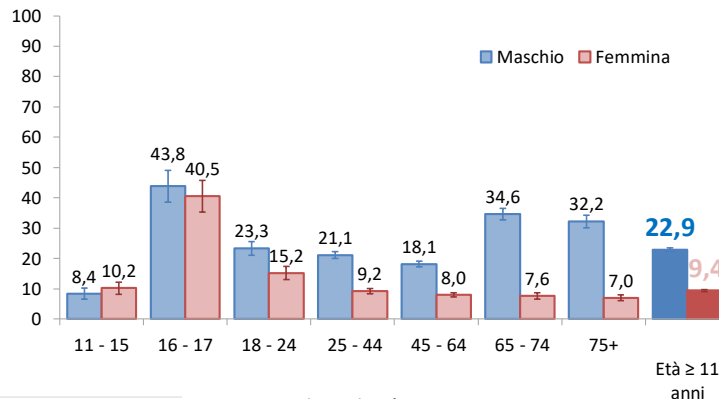
Ridurre binge drinking

Ridurre mortalità e morbidità



8,6 milioni di consumatori a rischio. Anno 2020

La fascia di popolazione
più a rischio per
entrambi i generi
è **16-17enni (760mila)**
seguita dagli anziani
ultra 65enni (2,6 milioni)



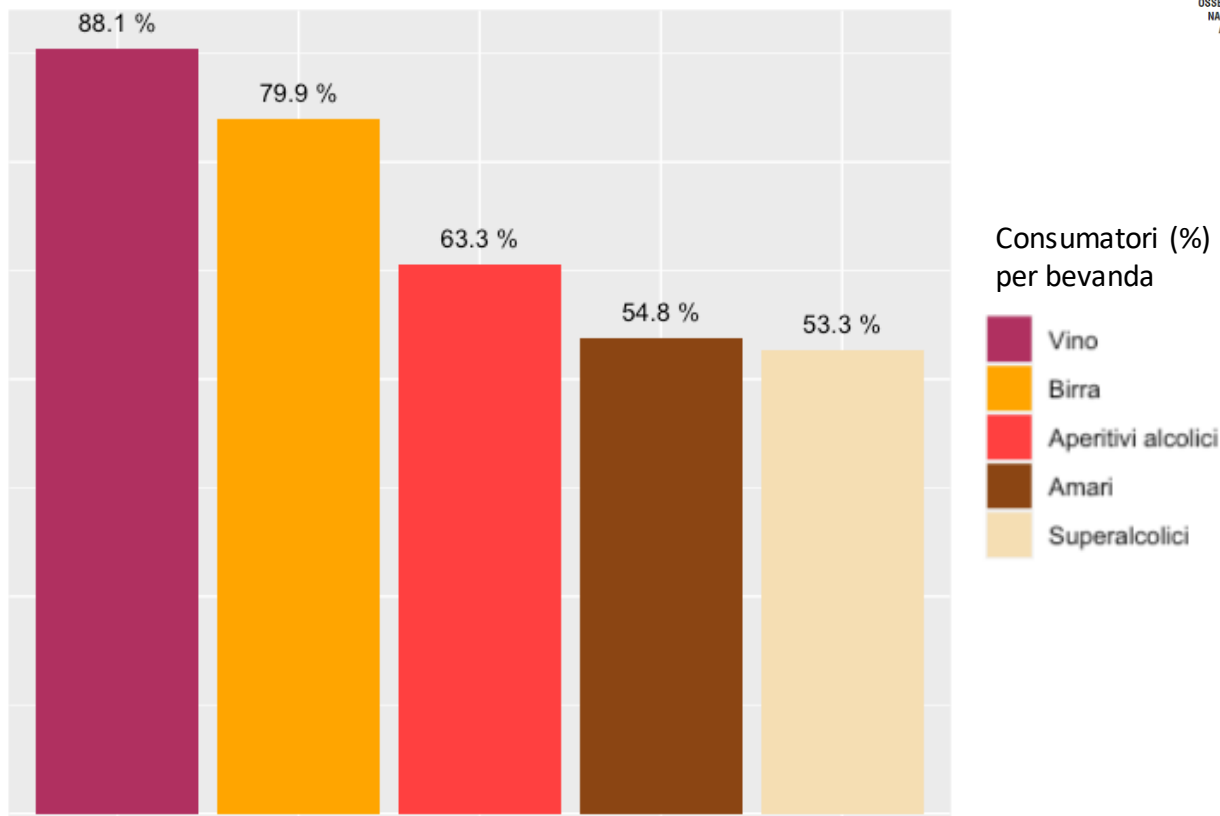
A fronte della diminuzione
registrata negli ultimi 10
anni, nel 2020 la
prevalenza è aumentata:
Maschi +6,6%
Femmine +5,3%

Fonte: SISMA, Sistema Monitoraggio Alcol (DPCM 3/3/17) Osservatorio Naz. Alcol – Istituto Superiore di Sanità su dati Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie



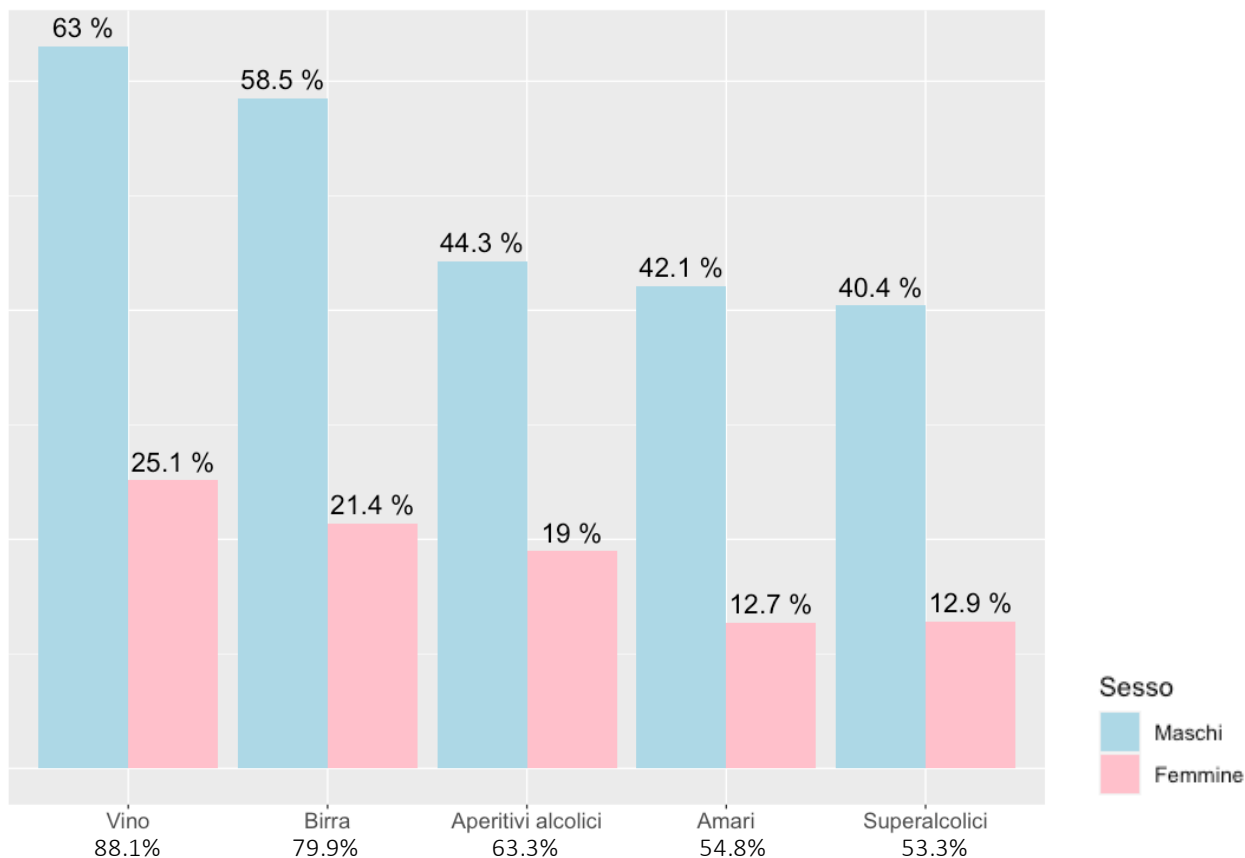


La bevanda di riferimento dei consumatori a rischio



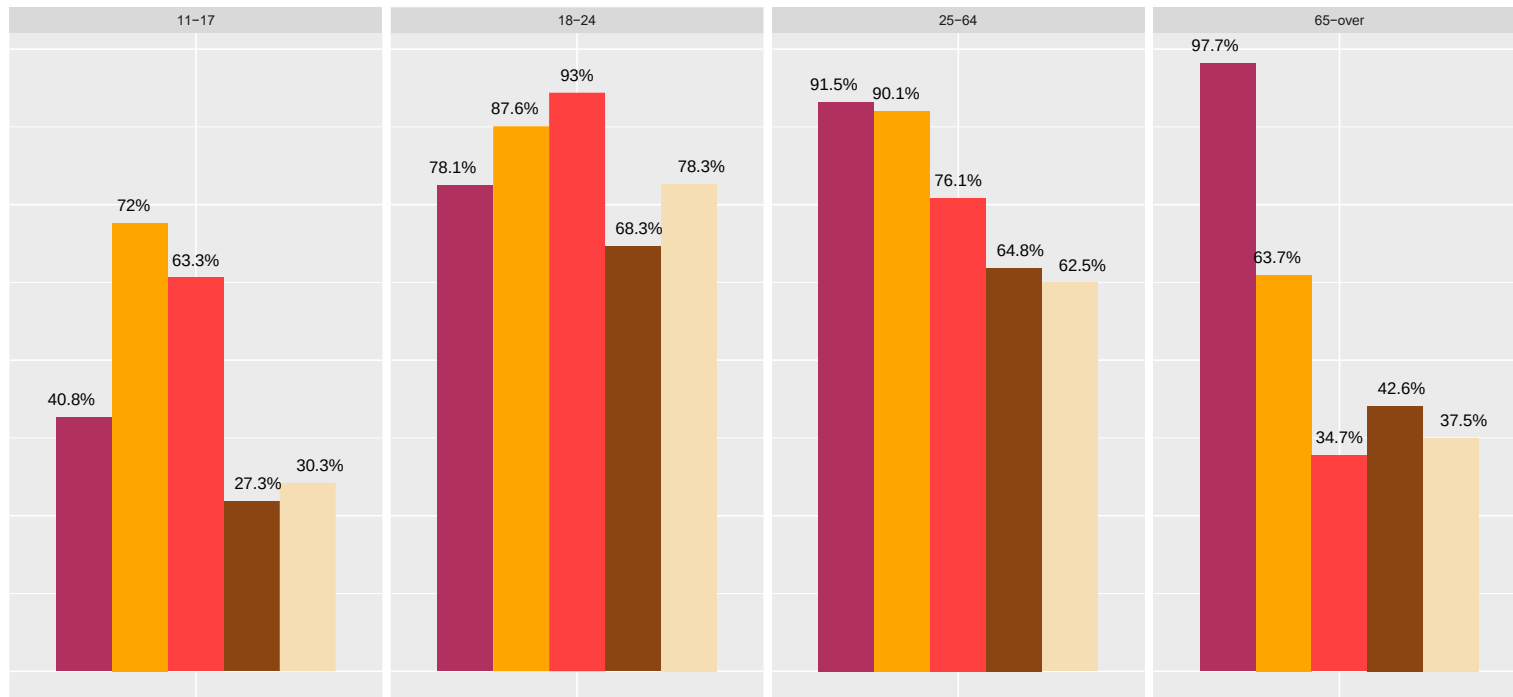


Cosa bevono i consumatori a rischio





Bevande di riferimento dei **consumatori a rischio** per classi d'età



Consumatori (%) per bevanda

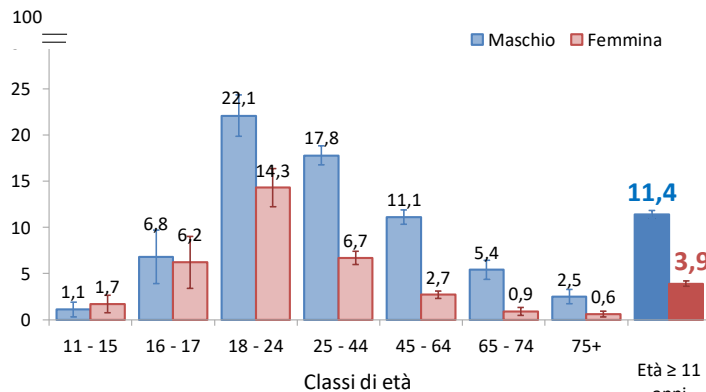
- Vino
- Birra
- Aperitivi alcolici
- Amari
- Superalcolici

Fasce d'età, percentuale calcolata sulle singole fasce



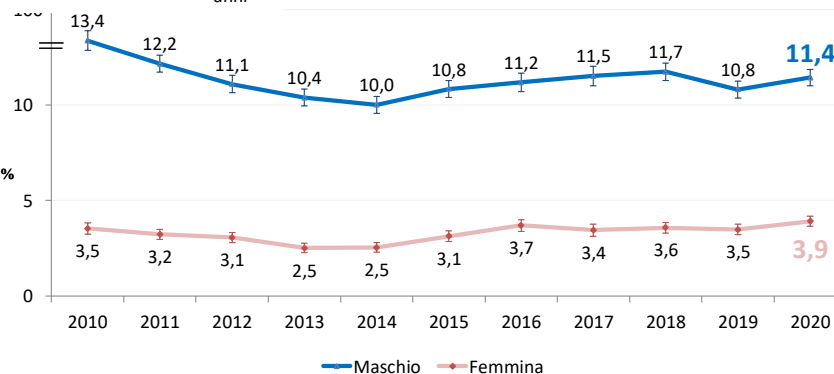


4,1 milioni di *binge drinkers*. Anno 2020



La prevalenza di *binge drinkers* aumenta nell'adolescenza, raggiunge i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,1%; F=14,3%) e poi diminuisce nelle età più anziane.

Tra il 2010 e il 2014 la prevalenza è diminuita per entrambi i generi, mentre è aumentata dal 2014 al 2020, con un incremento nell'ultimo anno pari al 7,3% (M+F)

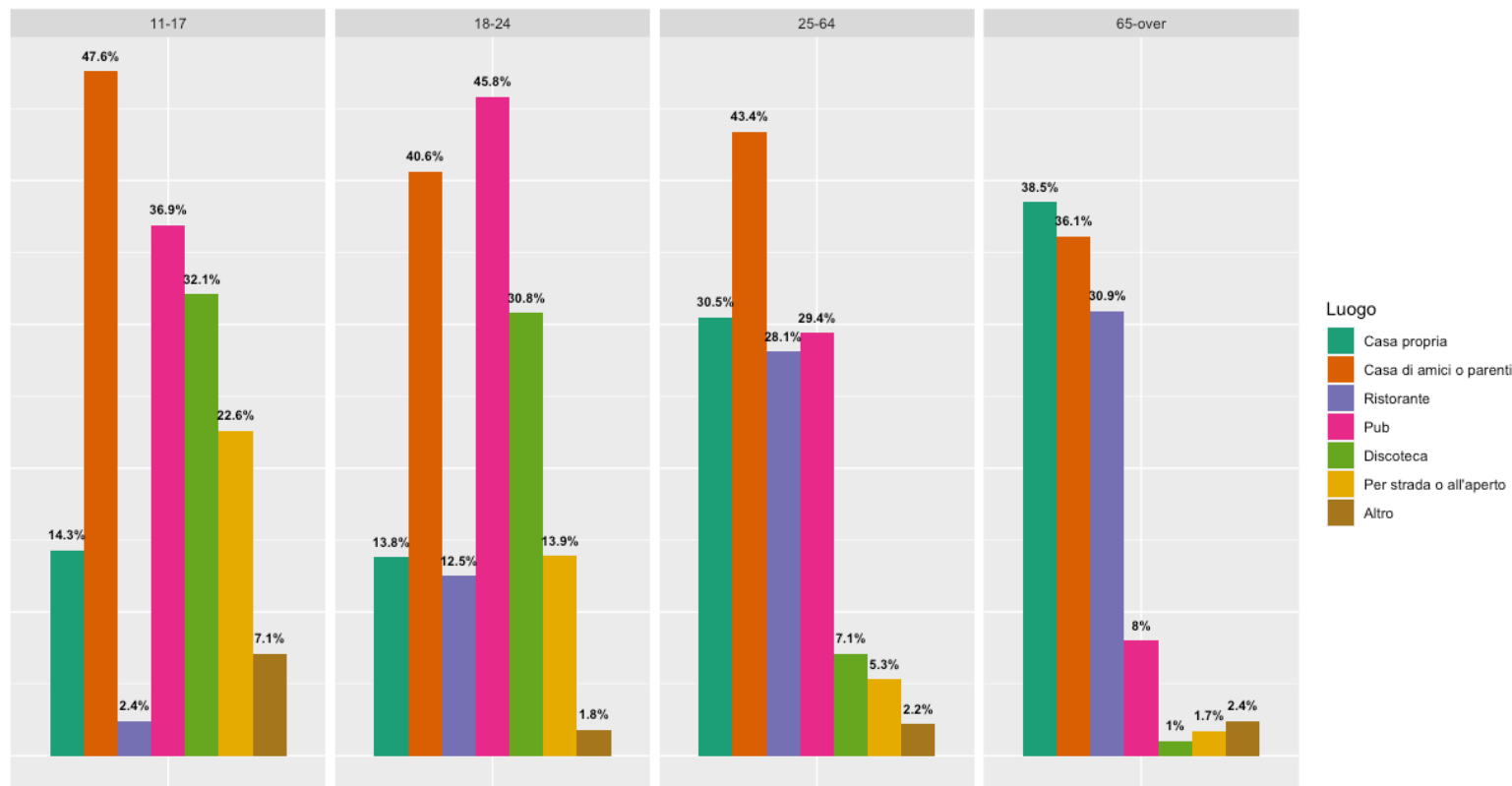


Fonte: SISMA, Sistema Monitoraggio Alcol (DPCM 3/3/17) Osservatorio Naz. Alcol – Istituto Superiore di Sanità su dati Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie





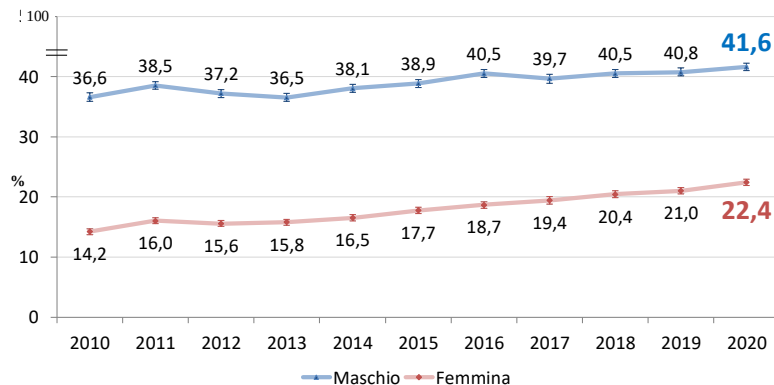
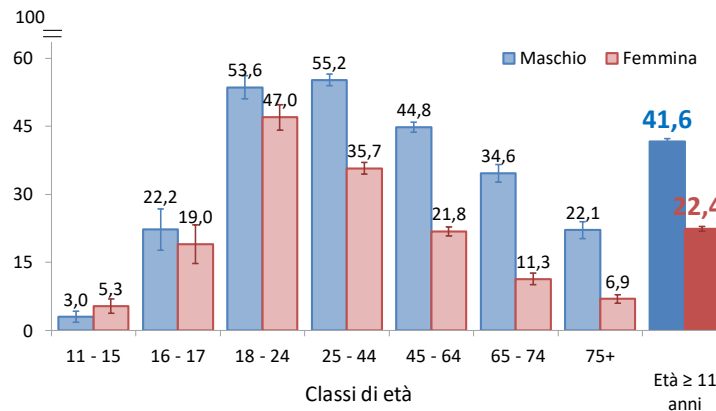
Dove bevono i binge drinkers nel 2020?





16 milioni di consumatori fuori pasto. Anno 2020

La prevalenza aumenta dagli 11-15enni fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 18-44 anni; oltre tali età le percentuali diminuiscono nuovamente



La prevalenza dei consumatori di vino o alcolici lontano dai pasti è aumentata per entrambi i generi, in particolare, rispetto alla precedente rilevazione: +2,2% per i maschi +6,6% per le femmine

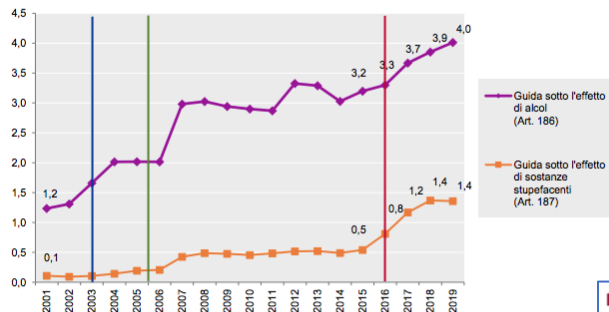
Fonte: SISMA, Sistema Monitoraggio Alcol (DPCM 3/3/17) Osservatorio Naz. Alcol – Istituto Superiore di Sanità su dati Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie





ITALIA: incidenti stradali sotto l'influenza dell'alcol (2001-2019; Indagine conoscitiva dip. pat. Giovani ISTAT 2021)

Figura 1 - Percentuale di incidente stradale per guida sotto effetto di alcol e di sostanze stupefacenti sul totale degli incidenti con soli due veicoli coinvolti per anno (a) - Anni 2001-2019



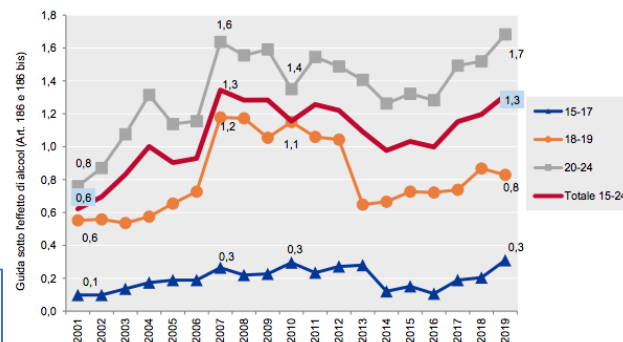
Fonte: Istat, Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone

(a) Sono incluse tutte le circostanze per stato psico-fisico alterato registrate per i primi due veicoli coinvolti; per ogni veicolo possono essere indicate fino a tre tipologie di circostanze.

Note: linea blu (2003: Introduzione della patente a punti); linea verde (2005: Introduzione del Tutor sulle autostrade a partire dal 23 dicembre 2005); linea rossa (2016: Legge sull'omicidio stradale - Legge 41 del 23 marzo 2016)



Figura 2a - Percentuale di incidenti stradali per guida sotto effetto di alcol sul totale degli incidenti con soli due veicoli coinvolti per anno - Conducenti di 15-24 anni (a) - Anni 2001-2019



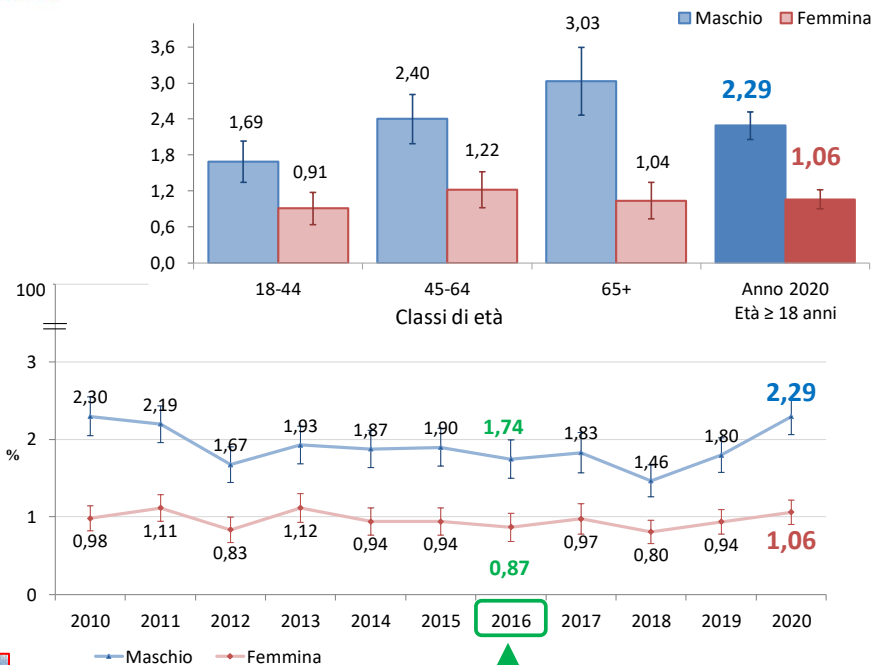
Fonte: Istat, Rilevazione degli incidenti stradali con lesioni a persone

(a) Sono incluse tutte le circostanze per stato psico-fisico alterato registrate per i primi due veicoli coinvolti; per ogni veicolo possono essere indicate fino a tre tipologie di circostanze.

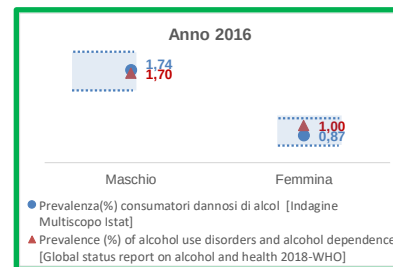




830.000 consumatori dannosi. Anno 2020



Nell'anno del lockdown per la pandemia da COVID-19 la prevalenza dei consumatori dannosi è aumentata del 27,6% nei maschi



Prevalence of alcohol use disorders and alcohol dependence (%), 2015*

	Alcohol use disorders**	Alcohol dependence
Males	1.7	0.8
Females	1.0	0.5
Both sexes	1.3	0.6
WHO European Region	8.8	3.7

* 12-month prevalence estimates (15+). ** Including alcohol dependence and harmful use of alcohol.

La prevalenza dei consumatori dannosi stimati dall'ONA-ISS è approssimabile alla prevalenza dell'AUD stimata dalla WHO

Fonte: SISMA, Sistema Monitoraggio Alcol (DPCM 3/3/17) Osservatorio Naz. Alcol – Istituto Superiore di Sanità su dati Indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie





64.527 alcoldipendenti. Anno 2020

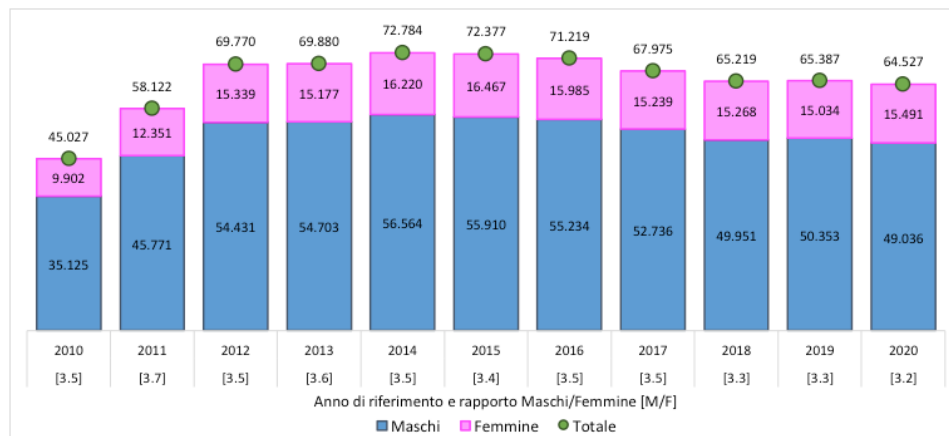


Figura 1. Numero di utenti per sesso in carico ai servizi (2010-2020)

Fonte: Elaborazione SISMA a cura ISS e Ministero della Salute sui dati trasmessi dai Servizi di Alcolologia, 2020

Considerato il **forte aumento (+24%)** dei consumatori dannosi di bevande alcoliche dai 670.000 del 2019 agli **830.000 del 2020**, e tenuto conto della necessità di gestione clinica di un Disturbo da Uso di Alcol (DUA) di pazienti da riferire ai servizi territoriali per le dipendenze, è rilevabile che il **92,2 %** di coloro già “in necessità di trattamento” non è stato intercettato, identificato e non è stato inserito in nessun percorso di disassuefazione e riabilitazione. Allo stato attuale, pur a distanza dal lockdown, meno di un paziente su dieci affetti da Disturbo da Uso di Alcol riceve o è supportato da alcun tipo di adeguato intervento clinico, farmacologico, bio-psico-sociale e soggetto a progressione del danno e complicanze che incrementano il rischio di disabilità, comorbidità, mortalità .





Obiettivo di Salute Sostenibile

RAFFORZARE prevenzione e trattamento delle sostanze d'abuso a
dell'uso dannoso di alcol

"Substance abuse" in Sustainable Development Goals 2030

SDG 2015: 17 goals (1 health), 169 targets (13 health) adopted at the United Nations
Sustainable Development Summit 2015 25 – 27 September 2015

- 3.5.1 Coverage of treatment interventions (pharmacological, psychosocial and rehabilitation and aftercare services) for substance use disorders
- 3.5.2 Harmful use of alcohol, defined according to the national context as alcohol per capita consumption (aged 15 years and older) within a calendar year in litres of pure alcohol

Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages

**3.5 Strengthen the prevention and treatment of substance abuse,
including narcotic drug abuse and harmful use of alcohol**





CHE FARE ?

**OCCORRE AGIRE SUI DIVERSI LIVELLI DI RISCHIO,
SUI DIVERSI TARGET DI ETA' e DI GENERE ATTRAVERSO
LA PREVENZIONE UNIVERSALE & QUELLA AD ALTO RISCHIO
COLMANDO I GAP DELLA PROGRAMMAZIONE E DELLA PREVENZIONE**



Anno 2020 . Relazione al Parlamento Ministro della Salute (L.125/2001)

Rapporto Epidemiologico ISS (DPCM 7/3/2017)

SISMA Sistema Monitoraggio Alcol ISS – SDE Istat ISS PSN



La Legge 125/2001 prevedeva una serie di adempimenti, che in parte sono stati attuati ed in parte non si sono tradotti in iniziative realizzate, pur mantenendo a tutt'oggi una riconosciuta validità. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3), subentrata poco dopo la Legge 125/2001, ha, come noto, rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni e questo ha avuto ripercussioni sull'attuazione della Legge stessa. Tra le maggiori inadempienze resta ancora oggi l'assenza di norme che regolino l'identificazione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcolologia. Ciò ha comportato una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello regionale. Negli ultimi anni la tendenza delle Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di alcolologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, mentre in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi Alcolologici e i Gruppi di Lavoro per l'alcolodipendenza risultano essere inseriti nei Servizi Territoriali per le Dipendenze (Ser.D) insieme alla presa in carico di altre forme di dipendenza (tossicodipendenza, dipendenza da gioco d'azzardo ecc), spesso con personale non esclusivamente dedicato ai pazienti con problemi alcolici. In pochi altri casi invece i Servizi di alcolologia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie. Poiché sull'alcol non esistono ad oggi delle indicazioni univoche per i Servizi territoriali che si occupano di Problemi e Patologie Alcol Correlate, sarebbe auspicabile prevedere Linee di indirizzo che definiscano gli ambiti e gli interventi specialistici inerenti il Disturbo da Uso di Alcol e l'Alcolodipendenza, così come invece esistono per il Tabacco. Questa lacuna, tra l'altro, porta alcune Regioni a unificare, nel Catalogo Aziendale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, sotto la definizione di Visita Tossicologica anche quella Alcolologica. Altro aspetto critico correlato all'attuazione della legge 125/2001 riguarda la Formazione e l'aggiornamento in Alcolologia. Ad oggi non vi è una regolamentazione univoca e condivisa dalle Regioni riguardo la formazione in alcolologia tra gli insegnamenti curriculari specifici nelle facoltà universitarie, sia di medicina e chirurgia sia nelle professioni sanitarie e sociali. La legge 125/2001 aveva previsto e pertanto fu costituita la Consulta Nazionale Alcol, che fino a qualche anno fa ha lavorato in sinergia con le diverse Istituzioni coinvolte, con gli Esperti del settore e con vari *stakeholder*, producendo documenti di notevole interesse in tale ambito come ad esempio il Piano Nazionale Alcol e Salute 2007-2009. La sospensione delle attività della Consulta, in seguito alle manovre previste dalla *spending review*, ha lasciato una lacuna che ancora oggi si percepisce come un'assenza di confronto e di sinergie tra istituzioni, mondo dell'associazionismo, e *stakeholder* oltre ad esperti qualificati nel settore.

Pertanto, tenuto conto delle problematiche che ancora oggi persistono irrisolte nel campo dell'alcolologia, con particolare riguardo al settore giovanile, che è il target più esposto ai rischi e ai danni correlati all'alcol, sia di natura sanitaria che sociale, e inoltre, tenuto conto dell'esigenza di confrontarsi con le iniziative in ambito internazionale, questo Ministero intende attivare un Tavolo di lavoro sull'Alcol che possa fornire approfondimenti, valutazioni, pareri tecnici, e proposte per superare le attuali criticità.

Il Ministro della Salute
On. Roberto Speranza

GAP ESISTENTI

1. Mancata intercettazione utenti in necessità di trattamento (i Servizi erogano solo ai 62.000 utenti in carico, il 10 % degli oltre 600.00 consumatori dannosi e alcolodipendenti stimati dall'ISS)
2. Disomogeneità funzionale, organizzativa, operativa Dip. Salute Mentale - Dipendenze - Alcologie (in estinzione)
3. Personale carente (pensionamenti, personale non dedicato), servizi chiusi o assorbiti
4. Mancanza di linee guida cliniche comuni
5. Mancanza di linee d'indirizzo
6. Mancanza identificazione precoce IPiB
7. Rete curante carente
8. Prevenzione popolazione e target vulnerabili da promuovere attivamente
9. Piano Nazionale Alcol e Salute da rinnovare nel PSN e regionali insieme Consulta Nazionale Alcol/ Tavolo tecnico
10. Formazione carente MMG e specialistica



Conferenza
Nazionale
Alcol



Società Italiana di Alcolologia



OSSERVATORIO
NAZIONALE
ALCOL

SSN

SETTE PILASTRI per rinnovare i sistemi di trattamento ALCOLDIPENDENZA

- (1) telemedicina e soluzioni digitali
- (2) ospedalizzazione domiciliare
- (3) consultazione e *liason* tra servizi, tra ospedale e territorio
- (4) diagnosi precoce e intervento breve
- (5) cure centrate sulla persona
- (6) incentivazioni per migliorare la qualità di vita del paziente
- (7) cura integrata delle condizioni croniche



López-Pelayo et al. BMC Medicine (2020) 18:241 ; E. Scafato et al. ALCOLOGIA 40/2020

Osservatorio Nazionale Alcol - Istituto Superiore di Sanità



Ministero della Salute



E' indispensabile e urgente garantire:

- a) una rete curante aggiornata e modernizzata per il trattamento delle dipendenze e dei Disturbi da Uso di Alcol , idonea a garantire innovazione e un migliore accesso alle cure, facilitato ove appropriato dalla tecnologia;**
- b) la disponibilità di nuove terapie innovative e molecole efficaci su controllo del desiderio, compulsività, astinenza gestibili in assistenza domiciliare, anche monitorabili da remoto per la verifica della *compliance***
- c) sistemi più integrati tra di loro con specialisti delle dipendenze che supportano i non specialisti e viceversa;**
- d) la riduzione dello stigma sperimentato dalle persone bisognose di cure e prevenzione.**

López-Pelayo et al. BMC Medicine (2020) 18:241 ; E. Scafato et al. ALCOLOGIA 40/2020



4. CRITICITA' DEL SISTEMA

La Legge N. 125 del 30.3.2001 "Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati" ha un corpo normativo che, seppur non perfetto e ancora da attuare in molte parti, ha introdotto concetti e pratiche innovative nella gestione e nella prevenzione dei problemi alcol correlati. La modifica del Titolo V della Costituzione (Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3) subentrata poco dopo la Legge 125/2001 ha rimodulato la competenza legislativa e amministrativa tra Stato e Regioni, in alcuni ambiti ciò ha comportato una situazione di *impasse*.

- 1) Tra le maggiori inadempienze nell'applicazione della predetta Legge Quadro resta ancora oggi l'assenza di **norme che regolino l'istituzione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcolologia**. Ciò comporta una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello nazionale e regionale. Negli ultimi anni la tendenza delle varie Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di alcolologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi specifici sull'alcol o le Equipe Alcolologiche risultano essere inseriti nei Servizi per le dipendenze (Ser.D) nei quali avviene anche la presa incarico di altri disturbi legati al consumo di sostanze e delle new addiction (gioco d'azzardo, internet, etc. ecc) e nei quali, quindi, il personale non è esclusivamente dedicato e formato per i pazienti con problemi alcolologici. In pochi altri casi invece i Servizi di alcolologia si trovano collocati in Strutture Ospedaliere o Universitarie.

Sarebbe auspicabile prevedere delle linee di indirizzo che definiscano ambiti e interventi specialistici per i Disturbi da Uso di Alcol visto che ad oggi ancora non esistono, come esistono per il Tabacco. Questa lacuna normativa, tra l'altro, porta alcune Regioni a unificare, nel Catalogo Regionale e Aziendale delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, sotto la definizione di Visita Tossicologia, anche quella Alcolologica.

CRITICITA'



Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

Allegato 1

Modelli e standard per lo sviluppo
dell'Assistenza Territoriale nel
Servizio Sanitario Nazionale





Superare la frammentazione dei Servizi Constrastare le disuguaglianze (di salute) basate sulle risorse

Tra le maggiori inadempienze resta ancora oggi l'assenza di norme che regolino l'identificazione, l'organizzazione e la funzione dei Servizi per l'Alcolologia. Ciò ha comportato una notevole frammentazione della risposta alle problematiche alcol correlate a livello regionale. Negli ultimi anni la tendenza delle Regioni è stata prevalentemente quella di collocare i Servizi di alcolologia all'interno dei Dipartimenti per le Dipendenze, mentre in alcune realtà regionali gli stessi Servizi sono collocati nei Dipartimenti di Salute Mentale. Inoltre, i Servizi Alcolologici e i Gruppi di Lavoro per l'alcol dipendenza risultano essere inseriti nei Servizi Territoriali (Ser.T)



Le reti curanti del SSN

Linee guida, formazione, e-health, cultura scientifica

1. Sviluppare **linee guida operative e di consenso comuni a tutte le Regioni**, per percorsi di **prevenzione e cura omogenei sul territorio nazionale**, **non autoreferenziali** rafforzando la rete tra Medici di famiglia, Specialisti ambulatoriali, Ospedali
2. Provvedere alla **trasformazione della formazione dei Medici di famiglia in Medici di Cure Primarie** o comunque adeguandola ai bisogni di salute attuali e all'organizzazione del territorio
3. **Incentivare l'innovazione informatica**, implementando **e-health e telemedicina a garanzia della continuità assistenziale**
4. Favorire nel SSN la ricerca epidemiologica e privilegiare la **diffusione capillare dell'informazione scientifica e divulgativa istituzionale**

López-Pelayo et al. BMC Medicine (2020) 18:241 ; E. Scafato et al. ALCOLOGIA 40/2020

Osservatorio Nazionale Alcol – Istituto Superiore di Sanità





I determinanti del rinnovamento delle reti curanti

È necessario **VALORIZZARE** e **INCENTIVARE** il terzo settore, l'associazionismo, il volontariato e i gruppi di auto e mutuo-aiuto (senza il contributo di lungo termine il SSN imploderebbe) integrandone le competenze nei percorsi delle reti curanti ai fini di ottimizzarne le prestazioni e la performance complessiva nel trattamento di tutte le condizioni patologiche comportamentali **favorendo l'abbattimento della marginalizzazione delle persone che non richiederebbero l'aiuto senza indispensabili strategie di mediazione e intercettazione.**

Osservatorio Nazionale Alcol - Istituto Superiore di Sanità





LA PREVENZIONE PUO' RIDURRE DEL 10 % il CONSUMO PRO-CAPITE ENTRO il 2025 ?

Sono da rivedere e integrare tutti i provvedimenti politici sull'alcol a livello nazionale e dell'Ue al fine di sostenere il singolo e le famiglie nell'adozione di scelte consapevoli e informate, orientando la persona verso stili e modelli di consumo che possano garantire adeguati livelli di tutela di salute e sicurezza personali e collettive e **l'adozione di energiche ed efficaci misure mirate a prevenire morbilità e mortalità causate dall'alcol attraverso la riduzione dei consumi di alcol nella popolazione** a partire da quelli da

- **azzerare tra i minori di 18 anni,**
 - **scoraggiare ritardare e ridurre drasticamente quelli tra i giovani sino ai 24 anni,**
 - **ridurre nelle modalità rischiose dannose specie tra le donne e gli anziani,**
- facendo crescere le norme e la cultura *alcohol free* con zero alcol alla guida, in gravidanza e nei luoghi di lavoro e contrastando la disinformazione e i modelli del "bere responsabile" che è dimostrato essere inefficaci.





In sintesi il PNP 2020-2025 prevede di:

1. promuovere interventi di prevenzione con piani di azione integrati
2. promuovere l'adozione di una strategia che, distinguendo tra uso, abuso e dipendenza, permetta una crescita culturale rispetto a questi fenomeni
3. consolidare e promuovere, in attuazione degli indirizzi di policy integrate per la Scuola che Promuove Salute:
4. consolidare la messa a regime, in accordo con le evidenze e con le linee guida elaborate a livello UE, di un sistema organico di programmi e interventi di Riduzione del Danno
5. potenziare la collaborazione tra i Servizi specifici

6. rafforzare in relazione all'alcol:

- la prevenzione del consumo fra i minorenni e nei soggetti a rischio, anche attraverso l'adozione di politiche volte alla regolazione dell'accesso alla sostanza;
- il coordinamento tra i diversi attori interessati per la riduzione dei rischi e dei danni alcol-correlati nei locali dove si beve;
- il coordinamento tra la Medicina Generale ed i Servizi alcolologici territoriali per una più stretta integrazione fra individuazione precoce e invio al trattamento;
- la collaborazione tra Servizi alcolologici territoriali e Servizi sociali e con le Associazioni di auto-mutuo aiuto;
- la collaborazione e l'integrazione con i Servizi psichiatrici, data l'elevata correlazione tra alcolismo e varie patologie psichiatriche.



INFORMAZIONE Ragazzi chi rischia? Dal problema alla prevenzione

L'ALCOL E' TOSSICO E DANNOSO PER IL CERVELLO

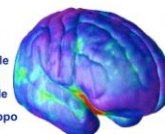
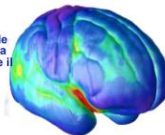
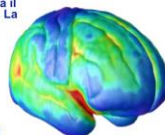


Perché l'ALCOL danneggia lo sviluppo del CERVELLO degli adolescenti

12 ANNI
Durante l'adolescenza il cervello si trasforma. La materia grigia diminuisce e le connessioni sono rimodellate.

16 ANNI
Il cervello è in fase di pieno sviluppo e si rimodellano le connessioni a prevalenza prefrontale (razionalità). In questa fase l'alcol impedisce il rimodellamento.

21 ANNI
Lo sviluppo è completato. Le connessioni sono rimodellate irreversibilmente. Il risultato finale conferisce all'adulto le sue caratteristiche di razionalità grazie alla prevalenza prefrontale. SE l'alcol non ha danneggiato lo sviluppo cerebrale.



Dai 12 ai 21 anni un ampio rimodellamento (*pruning*) conduce il cervello da una modalità di ragionamento impulsiva, emozionale ad una razionale.

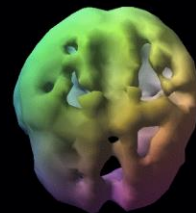
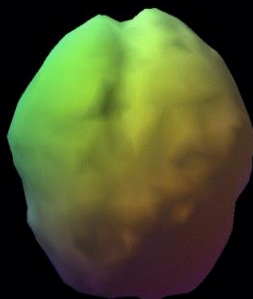
BERE ALCOL interferisce sul RIMODELLAMENTO e BLOCCA lo sviluppo RAZIONALE verso lo stato cognitivo dell'adulto.

La corteccia PREFRONTALE deputata alla RAZIONALITÀ si sviluppa nel corso della PRE-adolescenza. MA, può INVERTIRSI a causa dell'uso di ALCOL cristallizzando la persona in una modalità di comportamento IMPULSIVO, AGGRESSIVO, orientato al compimento A RISCHIO tipico dei giovanissimi.

LESS Developed
More Developed

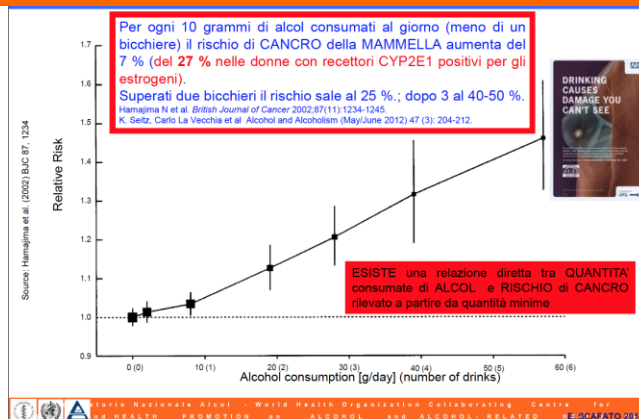


Source : modified from <http://learn.genetics.utah.edu/content/addiction/factors/>





DONNE, la nuova cultura della prevenzione : quando ?



L'alcol è responsabile del 10 % dei CANCRO della mammella in ITALIA

URGENTE INFORMARE per PREVENIRE

In Italia, prima di compiere 84 anni, una donna su 8 riceve una diagnosi di tumore al seno e una su 33 ne muore

Ogni anno muore in Italia **muoiono** per CANCRO al SENO circa **12.000 donne**

Ogni anno vengono **diagnosticati** in ITALIA **47.000 nuovi casi** di CANCRO al SENO

Oltre **500.000 donne** in Italia vivono con una diagnosi di CANCRO al SENO

Per 50.000 l'ALCOL ha rappresentato la causa prevenibile del loro CANCRO al SENO

Ogni anno 4700 nuovi casi di CANCRO al SENO sono EVITABILI

Ogni anno almeno 1200 decessi per CANCRO sono EVITABILI

a condizione che si imponga una prevenzione specifica e di genere

Roma, Circo Massimo
Giovedì 17, Venerdì 18, sabato 19, domenica 20 maggio 2018

LA STORIA DELLA RACE FOR THE CURE



ROMA 2018

LA RACE FOR THE CURE DI ROMA - EDIZIONE 2018

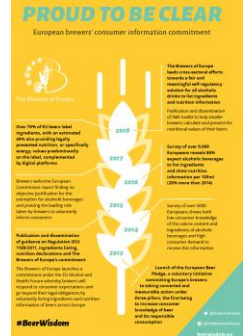
La **Race for the Cure** è la più grande manifestazione per la lotta ai tumori del seno in Italia e nel mondo. L'evento è organizzato dall'Associazione **Susan G. Komen Italia** che utilizza i fondi raccolti dal progetto per realizzare programmi di Prevenzione a sostegno delle donne.

4 giorni di eventi e iniziative gratuite per la salute, lo sport e il benessere all'interno del Villaggio allestito al Circo Massimo e la domenica, la tradizionale ed emozionante corsa di 5 km e passeggiata di 2 km nelle vie del centro città.

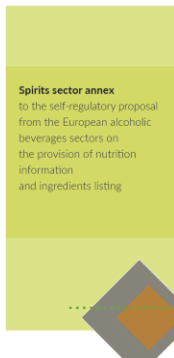
E. Scafato 2022



La prevenzione attraverso l'informazione: l'etichettatura "on-label" e "off-label"



https://ec.europa.eu/food/safety/labelling_nutrition/labelling_legislation/alcohol_en



Our Approach To 'Off-Label' Information

The labelling law explicitly acknowledges a role for technology-based information sources.³ In our rapidly evolving digital technology landscape, consumers are increasingly turning to digital and mobile sources of information.

Off-label information is the norm now in many purchases. Fifteen or so years ago, a new computer came with 2 or 3 telephone directory size instruction books. That information, and indeed the instruction manuals for many devices, is now only available on-line. Banking services, transport bookings, entertainment - all of these are now fully electronic and highly integrated into consumer behaviour. Consumers are familiar with finding information through their smartphones.



E' urgente Integrare il PNP con gli obiettivi operativi dell'Action Plan 2022-2030 dell'OMS

1. **Aumentare la copertura della popolazione, l'attuazione e l'applicazione di opzioni politiche e interventi ad alto impatto per ridurre il consumo dannoso di alcol in tutto il mondo per una migliore salute e benessere, in una prospettiva di genere e un approccio life-course**
2. **Rafforzare l'azione multisettoriale** attraverso una *governance* efficace, un impegno politico rafforzato, la *leadership*, il dialogo e il coordinamento dell'azione multisettoriale
3. **Potenziare la capacità di prevenzione e trattamento dei sistemi sanitari e di assistenza sociale per i disturbi da uso di alcol come parte integrante della copertura universale sanitaria** e allineata all'Agenda 2030 e ai suoi obiettivi sanitari
4. **Aumentare la consapevolezza sui rischi e danni alcol-correlati** sulla salute e il benessere di individui, famiglie, comunità e nazioni, sull'efficacia delle opzioni politiche sulla riduzione del consumo e dei danni
5. **Rafforzare i sistemi informativi e la ricerca per il monitoraggio del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati**, i fattori facilitanti e modificabili, la risposta politica a tutti i livelli, la diffusione e l'applicazione di informazioni per l'*advocacy* al fine di informare la politica e per lo sviluppo e valutazione degli interventi
6. **Aumentare la mobilitazione delle risorse necessarie** per un'adeguata e sostenuta azione per ridurre il consumo dannoso di alcol a tutti i livelli

EB150/7 Add.1

Appendix¹

DRAFT ACTION PLAN (2022–2030) TO EFFECTIVELY IMPLEMENT
THE GLOBAL STRATEGY TO REDUCE THE HARMFUL USE
OF ALCOHOL AS A PUBLIC HEALTH PRIORITY



Ministero della Salute



Azione multisettoriale

Lo sviluppo, l'attuazione e l'applicazione delle politiche di controllo dell'alcol a tutti i livelli richiedono un'azione multisettoriale concertata, con il **coinvolgimento del settore sanitario e di altri settori** (sociale, lavoro, dogane, agricoltura, istruzione, trasporti, sport, cultura, finanza, forze dell'ordine)

Copertura sanitaria universale

Tutti gli individui e le comunità ricevono i servizi sanitari di cui hanno bisogno per il contrasto al consumo dannoso di alcol, senza subire difficoltà finanziarie, compreso l'intero spettro dei servizi sanitari essenziali di qualità, **dalla promozione della salute alla prevenzione, trattamento, riabilitazione e cure palliative lungo tutto il corso della vita**

Approccio life-course

Riconoscere l'importanza di misure per ridurre il consumo dannoso di alcol (interventi di prevenzione e trattamento per prevenire e ridurre i danni alcol-correlati) **in tutte le fasi della vita di una persona** e per tutte le generazioni (dall'eliminazione del marketing, della pubblicità e della vendita di prodotti alcolici ai minori e dalla protezione del nascituro dall'esposizione prenatale all'alcol alla prevenzione e gestione dei danni dovuti all'uso di alcol negli anziani)

Tutela da interessi commerciali

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





Approccio basato sull'equità

Le politiche e gli interventi di salute pubblica sul consumo dannoso di alcol dovrebbero mirare **a ridurre le disuguaglianze sanitarie e proteggere tutti gli individui dai danni alcol-correlati** (al di là delle divisioni sociali, biologiche, economiche, demografiche o geografiche)

Approccio ai diritti umani

La protezione dai danni alcol-correlati e l'accesso alla prevenzione e al trattamento dell'AUD nei sistemi sanitari contribuiscono all'adempimento del **diritto al più alto livello di salute raggiungibile**; le strategie e gli interventi sul consumo dannoso di alcol dovrebbero **affrontare ed eliminare le pratiche discriminatorie** (reali e percepite) e **lo stigma** per quanto riguarda le misure preventive e i servizi sanitari e sociali per le persone con AUD

Potenziamento delle persone e delle comunità

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

EB150/7 Add.1

Appendix¹

DRAFT ACTION PLAN (2022–2030) TO EFFECTIVELY IMPLEMENT
THE GLOBAL STRATEGY TO REDUCE THE HARMFUL USE
OF ALCOHOL AS A PUBLIC HEALTH PRIORITY





Conferenza
Nazionale
Alcol



GRAZIE PER L'ATTENZIONE

emanuele.scafato@iss.it

www.epicentro.iss.it/alcol

https://www.iss.it/web/guest/-/rapporti_istisan_22_1



RAPPORTI ISTISAN 22|1

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

Epidemiologia e monitoraggio
alcol-correlato in Italia e nelle Regioni

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

Rapporto 2022

E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandini, A. Matone, M. Vichi,
il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA



Ministero della Salute

E. Scafato 2022