

Il Programma nazionale Guadagnare Salute e il contrasto all'abuso di alcol

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Alice Matone

Osservatorio Nazionale Alcol, WHO Collaborating Center ITA-79 for Research on Alcohol and Alcohol-related Problems, Centro nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

SUMMARY

The National Program Guadagnare Salute and the fight against alcohol abuse

Introduction

Alcohol consumption has a causal impact on more than 200 conditions (diseases and injuries) and causes almost one million deaths every year in the WHO European Region alone. In addition to having devastating impacts on communities, alcohol is one of the main causes of lost productivity and increase of health and social costs, and impairs the ability to management of addiction treatment services. In this respect, the activities of the National Program Guadagnare Salute have been developed through appropriate policy interventions, identified and promoted by the National Alcohol and Health Plan (NAHP) and by the National and Regional Prevention Plans in the field of alcohol prevention.

Materials and methods

The Italian National Center for Disease, Prevention and Control has funded several projects and Central Actions in support of the Regions, in order to assess and evaluate the achievement of universal and selective prevention aims, through dedicated monitoring systems: among these, the SISMA (Alcohol Monitoring System), the formal surveillance of the National Observatory on Alcohol of the Istituto Superiore di Sanità as for the Prime Ministerial Decree of 03/03/2017 "Identification of surveillance systems and records of mortality, cancer and other pathologies" and the SISTIMAL and SIAS-SISTIMAL projects such as "Indicator Systems for Monitoring Alcohol-related Impact".

Results

The analysis of the indicators used by the national alcohol consumption monitoring system, from 2007 to 2019, shows that trends are not sufficiently aligned with the strategic objectives set by international bodies for the reduction of the harmful use of alcohol and areas of interventions made explicit by National Program Guadagnare Salute that need more attention/specific actions.

Discussion and conclusions

A merit analysis can be considered appropriate in verifying the results achieved and the gaps that still exist for the areas of intervention of the National Program Guadagnare Salute in light of the 10 objectives and 8 strategic areas defined by the NAHP and what is annually reported in the Report of the Minister of Health to Parliament on the interventions carried out under the frame of the law 30.3.2001 n. 125 on alcohol and alcohol related problems.

Key words: alcohol consumption; monitoring; prevention; public health; lifestyles

emanuele.scafato@iss.it

Introduzione

Il consumo di alcol ha un impatto causale per più di 200 condizioni (7 tipi di cancro, lesioni, malattie cardiovascolari, disfunzioni metaboliche, ecc.) e, nella sola Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), provoca circa un milione di morti ogni anno, pari a circa 2.500 decessi quotidiani (1).

L'alcol è, inoltre, tra le cause principali della perdita di produttività, dell'aumento dei costi sanitari e sociali e pregiudica la capacità di gestione dei servizi sanitari (1).

Relativamente al contrasto ai danni da alcol, la peculiarità del Programma nazionale Guadagnare Salute (GS) è stata quella di agire in maniera integrata e coordinata sul "contrasto all'abuso di alcol", privilegiando azioni tese a informare, educare, assistere, stimolare la responsabilità individuale, l'empowerment della persona, protagonista e responsabile della propria salute e delle proprie

scelte come risorsa e investimento reale, valutabile nel medio e lungo periodo, con la riduzione del peso delle condizioni alcol-correlate sul sistema sanitario e sulla società e, a breve termine, con il miglioramento della qualità della vita dei singoli (2).

Per quanto riguarda il contrasto all'abuso, al consumo dannoso di alcol, le strategie e gli interventi previsti dal Programma GS sono stati:

1. ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro e lungo le principali arterie stradali;
2. favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche;
3. informare correttamente i consumatori;
4. evitare gli incidenti stradali alcol-correlati;
5. rafforzare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria nella medicina di base;
6. trovare alleanze con il mondo del lavoro;
7. proteggere i minori dal danno alcol-correlato;
8. formare gli operatori.

La cornice normativa di riferimento per le azioni di prevenzione relative all'abuso di alcol è rappresentata dalla Legge quadro nazionale sull'alcol (125/2001) (3), dal Piano Nazionale Alcol e Salute (2007) (4), dai Piani Nazionali della Prevenzione, dai Piani Regionali di Prevenzione (5-7) e da piani strategici internazionali (8, 9) di contrasto al consumo dannoso di alcol.

Significativi, nell'ambito di azioni volte a prevenire l'abuso di alcol, una serie di progetti europei che sono stati attivati nel periodo preso in esame, 2007-2020 (10-20) (**Materiale Aggiuntivo**).

È importante rammentare che la valutazione degli interventi in materia di alcol e problemi alcol-correlati in Italia sono a norma di legge e riportati annualmente dal Ministro della Salute in Parlamento ai sensi della Legge 125/2001 (Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30 marzo 2001, n. 125 in materia di alcol e problemi alcol correlati). Le relazioni al Parlamento del Ministro della Salute sintetizzano ogni anno trend, attività svolte e analizzano le principali criticità. Per la stesura di tale Relazione, il Ministero della Salute si avvale di un gruppo di lavoro, in cui l'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Centro OMS per la ricerca sull'alcol, contribuisce a predisporre, attraverso SISMA (Sistema di Monitoraggio Alcol), la statistica SDE (statistiche derivate o rielaborazioni) 00136 richiesta anche dal Piano Statistico Nazionale Istat; il contributo dell'ONA-ISS prevede, inoltre, la partecipazione a stesura, revisione e lettura critica della suddetta Relazione (21).

La Legge quadro sull'alcol è la principale normativa nazionale di riferimento delle strategie e ipotesi di intervento per quanto riguarda l'alcol, a cui il Programma GS ha allineato strategie e azioni; la stessa normativa ha promosso l'istituzione di una consulta multi-professionale, la Consulta Nazionale Alcol, con sede presso il Ministero della Salute, che ha operato fino al 2011.

Il conseguimento degli obiettivi di prevenzione e delle azioni nazionali ed europee di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol nella popolazione necessita della pianificazione di strategie e di una programmazione sociosanitaria.

In quest'ottica risulta di fondamentale importanza, per la definizione delle attività da intraprendere in una prospettiva di sanità pubblica, l'analisi dell'impatto del monitoraggio alcol-correlato in Italia, nell'intervallo di tempo tra il 2007 e il 2019, quale strumento di supporto alla verifica e alla valutazione del raggiungimento dei suddetti obiettivi.

Materiali e metodi

Per le attività previste da GS, il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie-Ccm del Ministero della Salute ha approvato progetti e azioni centrali a sostegno delle Regioni per la verifica e la valutazione del conseguimento degli obiettivi di prevenzione universale e selettiva, attraverso sistemi di monitoraggio dedicati; tra questi, il sistema di monitoraggio SISMA, la sorveglianza formale trasferita, attraverso il DPCM 3 marzo 2017 "Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie" (3, 4, 22), alle competenze dell'ONA-ISS, i progetti SISTIMAL e SIAS-SISTIMAL quali "sistemi di indicatori per il monitoraggio dell'impatto alcol correlato", garanti dei meccanismi d'interfaccia con l'OMS e la Commissione Europea, oltre che base per la Relazione annuale al Parlamento.

Per il monitoraggio del consumo di alcol e degli outcome di salute, l'ONA-ISS utilizza indicatori originali e specifici, costruiti e validati attraverso l'applicazione delle norme del Piano Statistico Nazionale che permette di andare oltre la semplice registrazione del consumo medio pro capite di alcol, producendo dettagliati flussi informativi nazionali e regionali.

Attraverso il sistema di monitoraggio SISMA è possibile misurare le abitudini di consumo delle bevande alcoliche e le quantità consumate per la popolazione di età superiore a 11 anni (Indicatori Gruppo 1), il consumo medio pro capite (Indicatori Gruppo 2), il carico di mortalità legato al consumo di alcol per la popolazione di età superiore a 15 anni (Indicatori Gruppo 3) e i servizi preposti alla presa in carico dei soggetti alcolodipendenti (Indicatori Gruppo 4) (23).

Il monitoraggio alcol-correlato SISMA consente, inoltre, di stimare l'entità e il trend del consumo rischioso di alcol, e cioè, secondo la definizione dell'OMS, un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un rischio per la salute nel caso di persistenza di tali abitudini, in cui si annida il bacino di utenza di potenziali nuovi utenti in carico ai centri e servizi di alcologia.

Oltre al monitoraggio, l'ONA-ISS, in collaborazione con l'OMS, ha sviluppato e reso disponibile un sistema di valutazione periodico (*policy in action*) sull'implementazione delle politiche sull'alcol attraverso 10 indicatori compositi relativi alle 10 aree di azione dell'European Alcohol Action Plan (EAAP) per valutare la misura in cui l'Italia abbia adottato gli standard raccomandati dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS per la realizzazione di una *alcohol policy* nazionale (24).

La fonte di dati utilizzata per gli indicatori del sistema SISMA volti a misurare le abitudini di consumo delle bevande alcoliche e le quantità consumate dalla popolazione di età superiore a 11 anni è l'Indagine Multiscopo Istat, i cui dati vengono rielaborati dall'ONA-ISS attraverso l'utilizzo di indicatori *ad hoc* (23, 25).

Per gli indicatori compositi, relativi alle 10 aree di azione dell'EAAP, le fonti principali sono quelle dell'European Information System on Alcohol and Health (EISAH) e dell'European Regional Information System on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders (RSUD) (24).

Risultati

Dal 2007 al 2020 la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche di sesso maschile in Italia ha subito delle oscillazioni, stabilizzandosi nel corso degli ultimi anni, mentre, nelle femmine, dopo una iniziale diminuzione, si è assistito ad un lieve e progressivo aumento. Complessivamente, nel 2019, ultimo anno disponibile, il 66,8% degli italiani di 11 anni e più (pari a oltre 36 milioni di persone) ha consumato bevande alcoliche con un aumento del 2,2% rispetto al 65,4% del 2017 (Figura 1). In particolare, si evidenzia come il trend delle prevalenze di consumatori è in crescita a partire dal 2014 per entrambi i generi, ma in modo più spiccato per le femmine, le più suscettibili ai danni provocati dall'alcol (Figura 1).

Il 20,6% dei consumatori, ovvero 11 milioni e 232 mila persone, beve quotidianamente: il 31,1% dei maschi e il 10,9% delle femmine (dati non mostrati). Dal 2007 al 2019 sono aumentati,

soprattutto nelle femmine, i consumatori fuori pasto: dell'8,5% nei maschi e del 44,8% nelle femmine (Figura 2).

La prevalenza dei consumatori in modalità *binge drinking*, cioè più di 6 unità alcoliche in un'unica occasione (26, 27), è diminuita rispetto al 2007 nei maschi e pressoché stabile nelle femmine. Nel 2019, i *binge drinker* maschi hanno raggiunto il 10,8% e le femmine il 3,5% (Figura 3).

Dopo un'iniziale riduzione dei consumatori a rischio registrata tra il 2007 e 2012, la prevalenza è rimasta pressoché stabile fino al 2018 (circa 8,7 milioni) ed è diminuita nel corso dell'ultimo anno nei maschi; non si rilevano variazioni significative nelle femmine (Figura 4).

Ulteriore dato è quello relativo ai consumatori che hanno già un danno d'organo in funzione di elevate quantità di alcol consumate (> 40 g/die femmine, > 60 g/die maschi). Complessivamente, in entrambi i generi, la prevalenza dei consumatori dannosi nella popolazione italiana adulta sopra i 18 anni diminuisce fino al 2012, si stabilizza tra il 2012 e il 2018. Nel 2019 la prevalenza di consumatori dannosi è stata dell'1,80% tra gli uomini e dello 0,94% tra le donne, pari a circa 670.000 persone. Rispetto all'anno precedente sono aumentati i consumatori dannosi, passando da 1,46% a 1,80% (Figura 5), soprattutto nella popolazione anziana (+22,7%), che rappresenta la fascia dove si registra la maggior concentrazione di consumatori dannosi (dato non mostrato).

L'analisi a livello regionale evidenzia alcune criticità relative all'anno 2019. Sia per gli uomini che per le donne, la prevalenza dei consumatori a rischio è stata più elevata in Valle d'Aosta (M = 36,6%, F = 13,7%), Provincia Autonoma (PA)

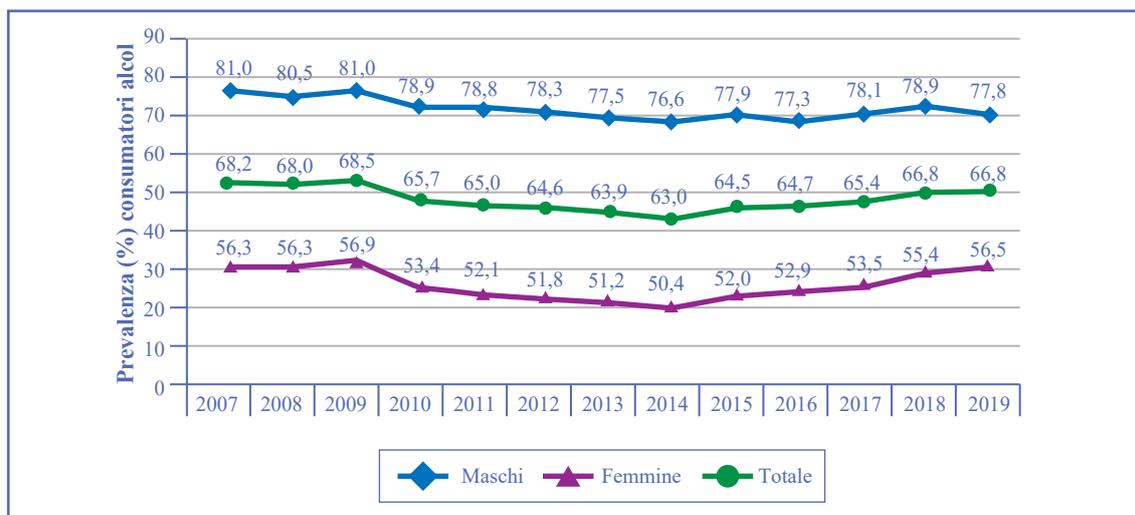


Figura 1 - Prevalenza (%) consumatori di bevande alcoliche per genere. Italia, 2007-2019

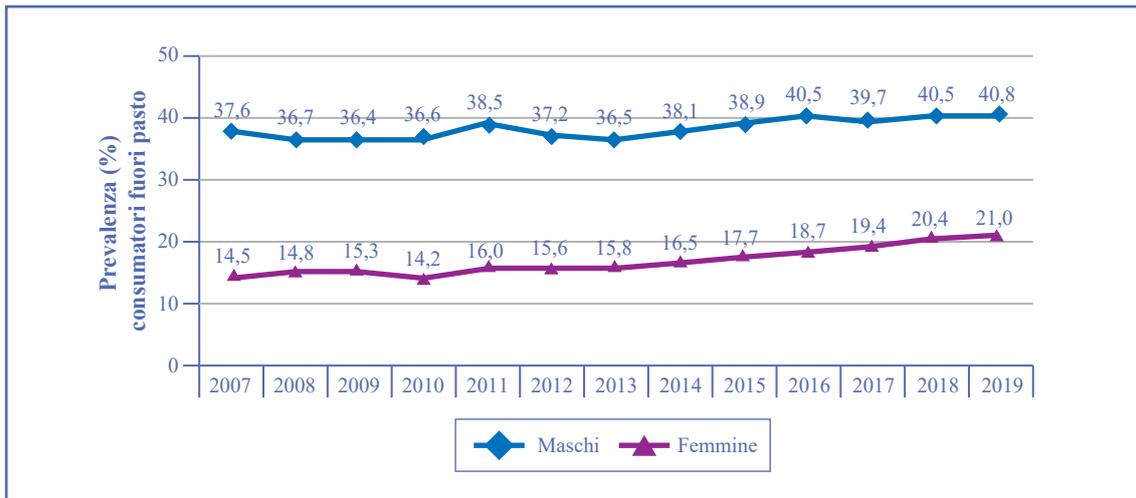


Figura 2 - Prevalenza (%) consumatori lontano dai pasti per genere. Italia, 2007-2019

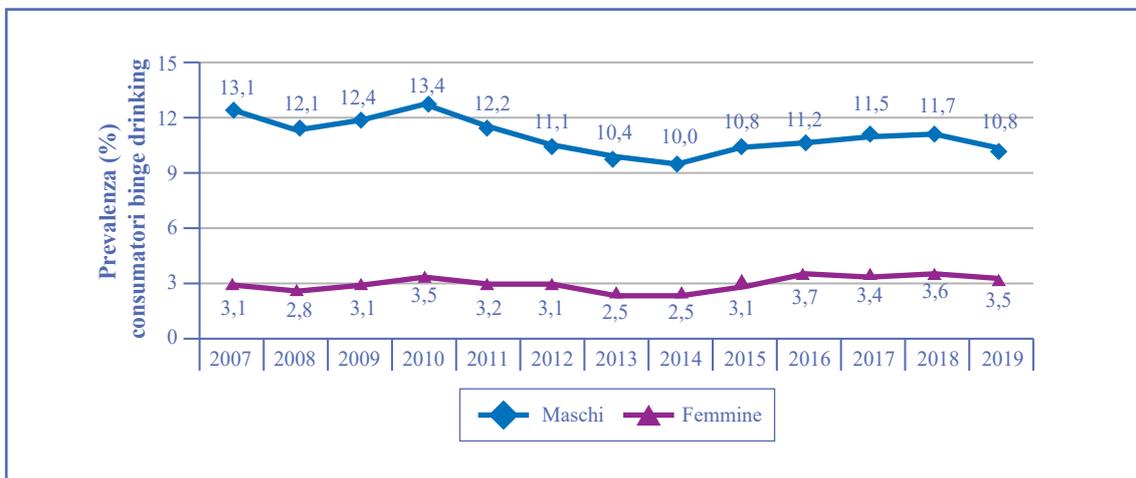


Figura 3 - Prevalenza (%) consumatori *binge drinking* per genere. Italia, 2007-2019

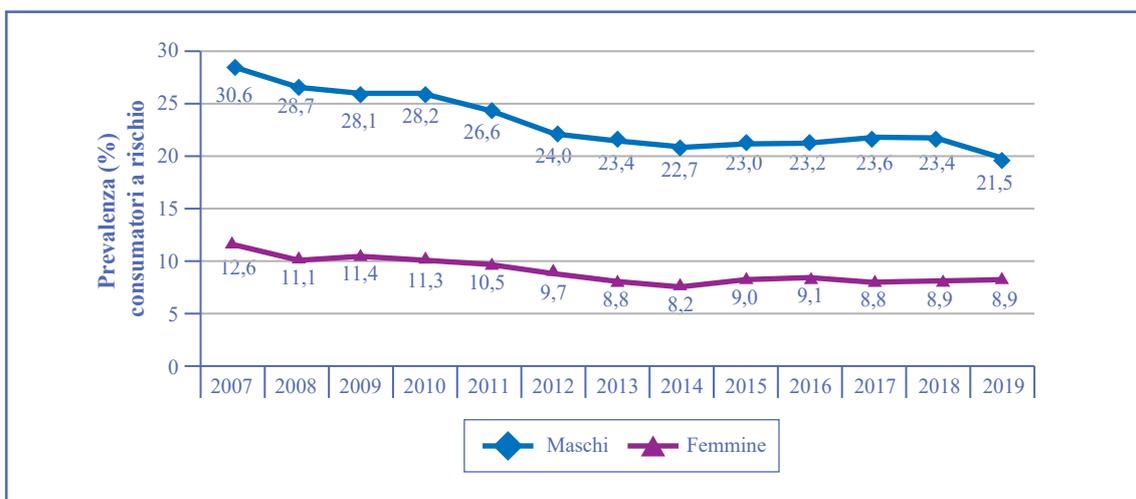


Figura 4 - Prevalenza (%) consumatori a rischio per genere. Italia, 2007-2019

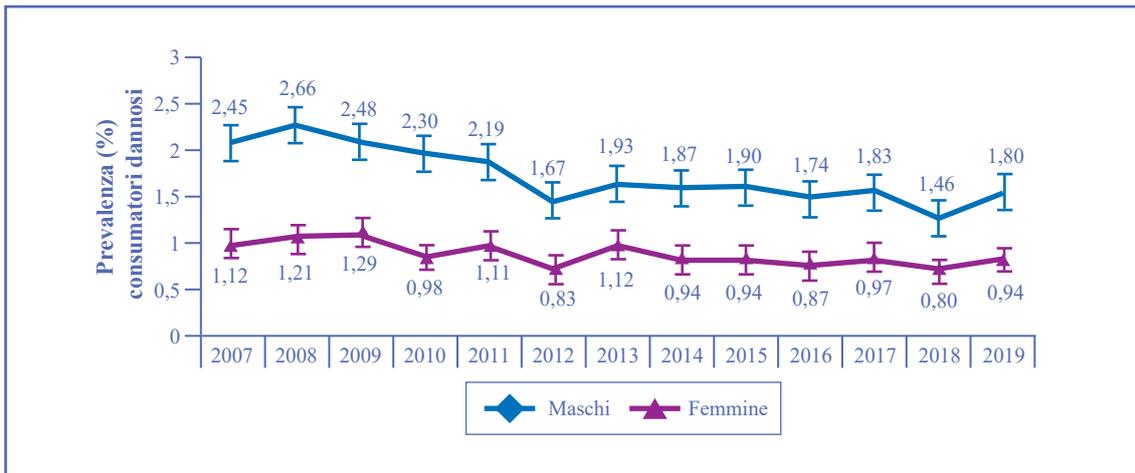


Figura 5 - Prevalenza (%) dannosi per genere. Italia, 2007-2019

di Bolzano (M = 29,6%; F = 13,9%) e Piemonte (M = 24,1%; F = 11,0%); la prevalenza è stata superiore alla media nazionale per il solo genere maschile anche nella PA di Trento (28,5%), Sardegna (28,0%), Friuli Venezia Giulia (26,7%), Molise (25,9%), Basilicata (24,7%) ed Emilia-Romagna (25,4%), mentre per il solo genere femminile in Liguria (13,1%), Toscana (11,5%) e Piemonte (11,0%). Valori inferiori alla media italiana si registrano

invece per entrambi i generi in Campania (M = 14,7%; F = 5,9%) e Sicilia (M = 15,8%; F = 5,4%), oltre a Calabria (6,5%) e Lazio (7,2%) per le sole donne (Figura 6).

Ogni anno, in occasione dell'Alcohol Prevention Day che si svolge in ISS, vengono presentati i dati del monitoraggio, gli "interventi in materia d'informazione e comunicazione" condotti in collaborazione tra Ministero della Salute e ISS e

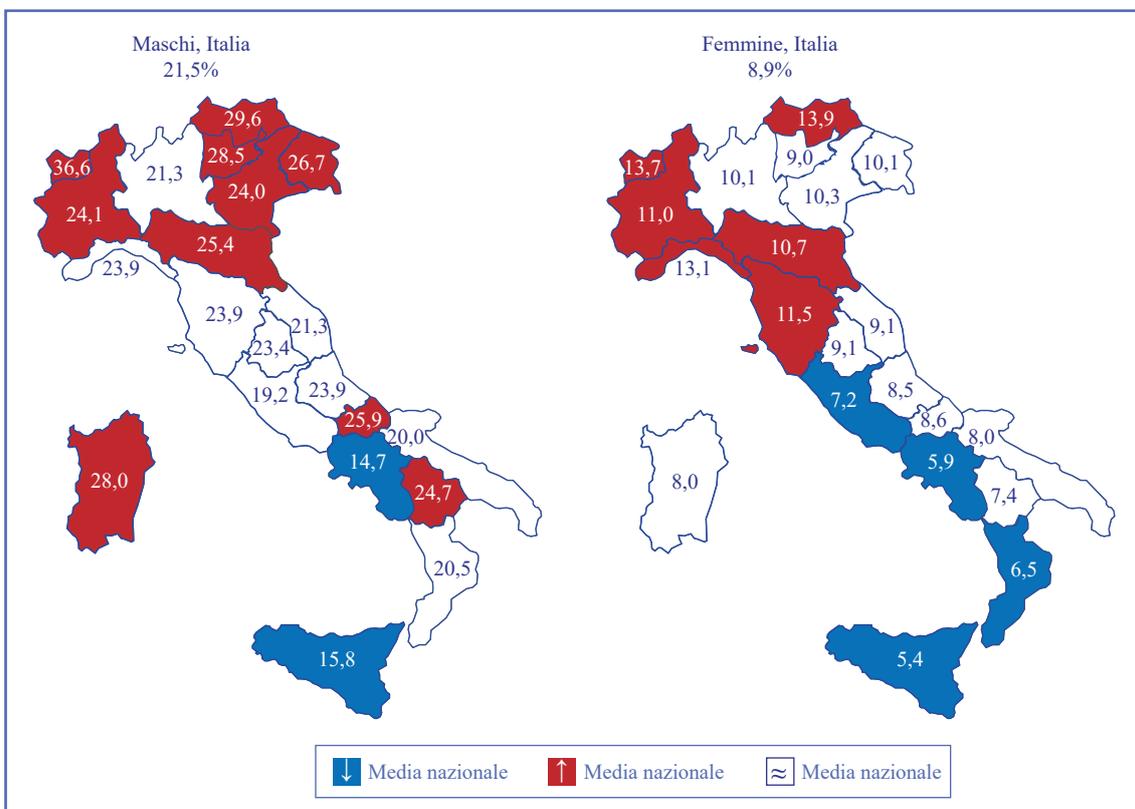


Figura 6 - Prevalenza (%) consumatori a rischio per genere e Regione. Italia, 2019

gli outcome relativi al contributo nazionale agli obiettivi conseguiti attraverso la partecipazione alle politiche internazionali.

Per quanto riguarda i 10 indicatori compositi, la **Figura 7** ne illustra i punteggi relativi al 2016, come stima dell'eshaustività delle strategie messe in atto per contrastare il consumo dannoso dell'alcol. Il confronto tra i dati italiani e quelli europei mostra il livello di implementazione delle diverse azioni sottese dalle aree dell'EAAP (24, 28).

Discussione e conclusioni

L'aumento della quota dei consumatori dannosi di alcol, quindi con danno d'organo già in atto, di cui meno del 10% intercettato da servizi alcolologici e di questi meno di un terzo con una qualunque forma di intervento/trattamento, erogato, tra l'altro in modo estremamente disomogeneo tra Regioni, insieme all'impatto in termini di ricoveri e accessi al Pronto Soccorso per condizioni o eventi attribuibili all'alcol, delinea una situazione di sostanziale insufficienza funzionale e operativa. Tale situazione è resa ancora più fragile

dagli esiti del lockdown che ha determinato un incremento delle disuguaglianze di salute tra i consumatori dannosi o rischiosi di alcol che, in funzione della mancanza d'identificazione e d'intervento a causa della insufficiente disponibilità delle strutture territoriali, sono stati marginalizzati e stigmatizzati in una dimensione di scarsa disponibilità di accesso a servizi e prestazioni, urgenti ma differiti, e nella stragrande maggioranza dei contesti sanitari, ancora da erogare (26).

Nonostante le iniziative, le strategie, le indicazioni per azioni prioritarie individuate dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS e le numerose progettualità finanziate dalla Commissione Europea che hanno reso disponibili strumenti, buone pratiche e linee guida, gli Stati Membri dell'Unione Europea, Italia inclusa, hanno continuato a risentire di livelli significativi di danni attribuibili all'alcol (29).

In estrema sintesi, nel corso degli anni non è risultato adeguatamente colmato il divario netto tra obiettivi indicati dal Programma GS e

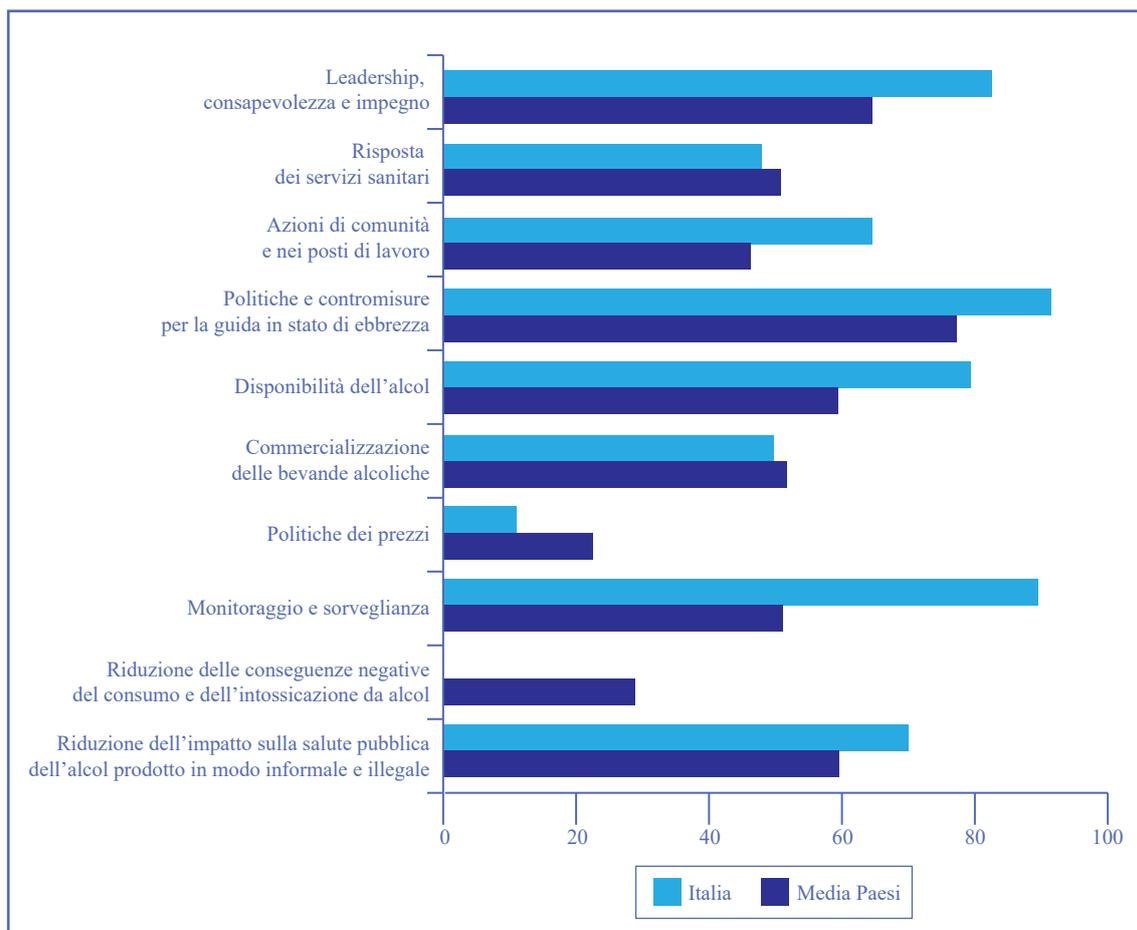


Figura 7 - Punteggi (medie) dei dieci indicatori compositi dell'EAAP per l'Italia e l'Europa (2016)

misure di contrasto e di prevenzione messe in atto, nonché regolamenti e normative adottati a supporto dell'implementazione delle strategie e delle azioni europee di accompagnamento. A tal riguardo, in funzione di un'evidente disapplicazione di ottime norme di riferimento, si ribadisce l'importanza di determinare la rigorosità del livello di applicazione da parte delle autorità competenti e degli stessi governi nazionali delle buone pratiche raccomandate nel Piano d'azione europeo, ricomprese nelle azioni adottate attraverso i documenti programmatici nazionali (8, 9, 30).

L'analisi dell'andamento degli indicatori utilizzati dal sistema di monitoraggio del consumo di alcol nazionale, dal 2007 al 2019, mostra tendenze non sufficientemente allineate agli obiettivi strategici prefissati dagli organismi internazionali per la riduzione del consumo dannoso di alcol. Infatti, l'evidenza di uno zoccolo duro di sostanziale invarianza sino al periodo pre pandemico e la risalita verso livelli di maggior rischio nella popolazione (29), sono emblematici del richiamo espresso dall'ISS e dallo stesso Ministro della Salute all'adozione di correttivi che, a oggi, non risultano essere ricompresi nelle strategie di prevenzione nazionale e regionali o non adeguatamente implementati; ciò viene invece richiesto da una indispensabile politica sull'alcol, maggiormente incisiva e più aderente alle dimensioni del rischio e del danno che sono peggiorate ulteriormente nell'era post lockdown (30).

Se, da un lato, l'impatto alcol-correlato ha visto negli anni un impegno governativo nella produzione di norme, come quelle relative all'alcol alla guida, all'età minima legale, alla regolamentazione di somministrazione e vendita, dall'altro numerosi ambiti d'intervento sono risultati privi di attenzioni specifiche e di azioni pur espressamente esplicitate da GS.

In Italia, nel corso degli ultimi anni si è assistito a un peggioramento del profilo epidemiologico e d'impatto dell'alcol nei target di popolazione più a rischio, ancor prima dell'inizio della pandemia da COVID-19, e confermato dagli indicatori compositi e cioè dalla valutazione dell'implementazione delle azioni nelle aree dell'EAAP che suggerisce di rinnovare l'impegno in particolari aree (31). A tale riguardo, nel 2016 sono stati evidenziati gli scostamenti delle medie dell'Italia nelle aree dell'EAAP rispetto alle medie europee, attraverso l'applicazione dello *scoring system* delle alcohol policy adottato, ufficialmente dall'OMS, dopo una fase pilota.

Come già illustrato, in Italia sono almeno 4 le aree d'azione che richiedono interventi prioritari:

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

Dalla rielaborazione delle indagini avviate tra il 2017 e il 2018 emerge una nuova e più lusinghiera performance dell'Italia, in cui molti gap sono in via di recupero rispetto alla precedente rilevazione e ai punteggi iniziali. L'eccezione è tuttavia per l'area 2 dell'EAAP, quella cioè relativa alla risposta dei servizi sanitari, che continua a rimanere al di sotto della media europea e in forte ritardo applicativo rispetto alle altre aree oggetto di politiche e azioni; queste ultime, tuttavia, non hanno potuto (né avrebbero potuto per il breve lasso di tempo intercorso) migliorare il profilo dell'impatto epidemiologico sui consumi, in aumento oramai da anni, dei consumatori a rischio, specie tra i giovani.

Tutti gli indicatori sono da prendere in considerazione anche per il monitoraggio previsto delle azioni legate alla salute orientate al raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (Development Sustainable Goals - SDG) che per l'Italia sono mirati alla riduzione del 10% dei consumi pro capite di alcol, alla riduzione dei consumatori a rischio e della mortalità alcol-correlata registrata in aumento. Ogni giorno nei Paesi UE circa 800 persone muoiono per cause attribuibili all'alcol.

In Italia le stime indicano in 17.000 i decessi annuali evitabili causati dall'alcol, in media 50 persone al giorno. Ciò richiede altri sforzi per ridurre il consumo di alcol e gli episodi d'intossicazione

che sono spesso la causa dei frequenti episodi di decessi rilevati a causa della guida sotto l'influenza dell'alcol.

Ogni Paese europeo può ridurre i danni attribuibili all'alcol e muoversi verso il raggiungimento degli SDG, implementando una serie di misure di comprovata politica sull'alcol per cui sono disponibili prove di efficacia con esperienza accumulata a livello europeo e nazionale.

Affrontare il consumo dannoso di alcol rimane una priorità di salute pubblica per Unione Europea e il raggiungimento degli obiettivi previsti dall'Agenda 2030 delle Nazioni Unite richiede un'analisi di quanto fatto a oggi per il raggiungimento dei suddetti obiettivi. Tale analisi ha dimostrato che sono necessari ulteriori investimenti in selezionate aree sensibili di azione:

- la risposta dei servizi sanitari, attraverso il potenziamento dell'attuazione degli screening e degli interventi brevi nell'assistenza primaria;
- le azioni e gli interventi in contesti di vita comune (ad esempio, la scuola) e nei luoghi di lavoro. Tali azioni e interventi dovranno affrontare non solo il rischio e il conseguente danno del bevitore, ma anche il danno a terzi, attraverso programmi articolati rivolti all'incremento di consapevolezza, evitando modelli privi di efficacia come quello del "bere responsabile" rivolto a minori e giovani. È necessario un cambiamento del comportamento collettivo e della cultura del bere che riduca le conseguenze negative dell'intossicazione da alcol, il contrasto alle fake news e ai falsi miti, elementi chiave da considerare per garantire scelte informate dei consumatori;
- le politiche dei prezzi adeguate al contesto sociale, culturale ed economico sembrano essere la misura politica più urgente, ma meno considerata: i Paesi europei hanno ottenuto il punteggio più basso nel monitoraggio di questa area d'azione, raggiungendo solo 17 punti su 100 (mediana e media), e l'Italia tra questi;
- i progressi nell'attuazione delle politiche dovrebbero essere supportati da sistemi di controllo e guidati dall'interesse della salute pubblica, proteggendo da interferenze industriali e interessi commerciali. Un forte richiamo alle problematiche inerenti il marketing, la pubblicità e le sponsorizzazioni connota l'ambito in cui appare inderogabile intervenire, come peraltro sancito dall'art. 2 della Legge 125/2001.

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

Sebbene il progetto originale di *scoring* delle politiche sull'alcol dell'OMS si focalizzi sui Paesi della Regione Europea, gli indicatori compositi EAAP si riflettono in maniera indiretta anche alle realtà delle Regioni italiane, come indicato dalle azioni centrali SISTIMAL, che dovrebbero comunque considerare la portata della valutazione d'implementazione delle politiche ispirate al perseguimento degli obiettivi sull'alcol del Piano Nazionale della Prevenzione, al quale i Piani Regionali di Prevenzione s'ispirano, e avviare una riflessione su ciò che è stato conseguito e su come valorizzare tale risultato.

Citare come segue:

Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Il Programma nazionale Guadagnare Salute e il contrasto all'abuso di alcol. *Boll Epidemiol Naz* 2021;2(4):29-38.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Finanziamenti: SISTIMAL, Ccm 2016.

Authorship: tutti gli autori hanno contribuito in modo significativo alla realizzazione di questo studio nella forma sottomessa.

Riferimenti bibliografici

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018.
2. Ministero della salute. Guadagnare Salute. Rendere facili le scelte salutari. 2007; https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_605_allegato.pdf; ultimo accesso 3/2/2022.
3. Italia. Legge 30 marzo 2001, n. 125. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 90 del 18 aprile 2001.
4. Ministero della Salute. Piano Nazionale Alcol e Salute 2007. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf; ultimo accesso 3/2/2022.
5. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1383_allegato.pdf; ultimo accesso 3/2/2022.
6. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf; ultimo accesso 3/2/2022.
7. Ministero della Salute. Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_5029_0_file.pdf; ultimo accesso 3/2/2022.

8. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010.
9. WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
10. Scafato E (Ed.). *Alcol e prevenzione nei contesti di assistenza sanitaria primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care*; 2008. <https://xdocs.net/preview/programma-di-5dc9bde958e25>; ultimo accesso 3/2/2022.
11. Scafato E, Gandin C, Patussi V, Gruppo di lavoro IPIB (Ed.). *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve. Progetto PHEPA*; 2009. https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf; ultimo accesso 3/2/2022.
12. Drummond C, Wolstenholme A, Deluca P, Davey Z, Donoghue K, Elzerbi C, Gual A, Robles N, Goos C, Strizek J, Godfrey C, Mann KF, Zois E, Hoffman S, Gmel G, Kuendig H, Scafato E, Gandin C, Reynolds J, Segura L, Colom J, Baena B, Coulton S, Kaner E. *Alcohol interventions and treatments in Europe*. In: Anderson P, Braddick, Reynolds J, Gual A (Ed.). *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*; 2013. p. 72-93.
13. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Di Pasquale L, et al. *A survey on the early identification and brief intervention for hazardous and harmful alcohol consumption in the primary health care: the European Alcohol Measures for Public Health Research Alliance (Amphora) project*. *Addict Sci Clin Pract* 2013;8(Suppl 1):A66. doi: 10.1186/1940-0640-8-S1-A66
14. Colom J, Scafato E, Segura L, Gandin C, Struzzo P. *Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective*. *Front Psychiatry* 2014;5:161. doi: 10.3389/fpsy.2014.00161
15. Anderson P, Wojnar M, Jakubczyk A, Gual A, Segura L, Sovinova H, et al. *Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners*. *Alcohol* 2014;49(5):531-9. doi: 10.1093/alcalc/agu043
16. Scafato E, Gandin C, Laurant M, Keurhorst M, Kolsek M, Gual A, et al. *The ODHIN assessment tool: a tool to describe the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption at the country and regional level*. *Addict Sci Clin Pract* 2013;8(Suppl 1):A67. doi: 10.1186/1940-0640-8-S1-A67
17. Angus C, Scafato E, Ghirini S, Torbica A, Ferre F, Struzzo P, et al. *Costeffectiveness of a programme of screening and brief interventions for alcohol in primary care in Italy*. *BMC Fam Pract* 2014;15:26. doi: 10.1186/1471-2296-15-26
18. Scafato E, Gandin C, Martire S, Ghirini S, Galluzzo L, Gruppo di Lavoro BISTAIRS. *Identificazione precoce e intervento breve nel trattamento dei disordini alcol-correlati: raccomandazioni e linee guida del progetto BISTAIRS*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016 (Rapporti ISTISAN 16/5).
19. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *Good practice principles for low risk drinking guidelines*. Joint Action RARHA; 2016. <http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>; ultimo accesso 3/2/2022.
20. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R, Scafato E per il gruppo di lavoro RARHA WP5. *Principi di buone pratiche per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: le attività della Joint Action europea RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2017 (Rapporti ISTISAN 17/2).
21. Ministero della Salute. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30.3.2001 n. 125 "legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati"*. Anno 2019. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_2984_allegato.pdf; ultimo accesso 3/2/2022.
22. Istituto Nazionale di Statistica. *Programma Statistico Nazionale 2017-2019*. <https://www.sistan.it/index.php?id=511>; ultimo accesso 3/2/2022.
23. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M, Scipione R, et al. *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*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021 (Rapporti ISTISAN 21/7).
24. World Health Organization. Regional Office for Europe. *Policy in action - A tool for measuring alcohol policy implementation*. Copenhagen: WHO; 2017.
25. Istituto Nazionale di Statistica. *SiquaL. Sistema informativo sulla qualità*. <http://siquaL.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0058000>; ultimo accesso 3/2/2022.
26. Centro di ricerca alimenti e nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018*. Roma: Centro di ricerca alimenti e nutrizione; 2020.

27. World Health Organization. The Global Health Observatory. [https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/458#:~:text=Heavy%20episodic%20drinking%20\(drinkers%20only\)%20is%20defined%20as%20the%20proportion,to%206%20standard%20alcoholic%20drinks](https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/458#:~:text=Heavy%20episodic%20drinking%20(drinkers%20only)%20is%20defined%20as%20the%20proportion,to%206%20standard%20alcoholic%20drinks;); ultimo accesso 3/2/2022.
28. World Health Organization. Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen: WHO; 2019.
29. Istituto Nazionale di Statistica. Microdati. Aspetti della vita quotidiana: file per la ricerca. <https://www.istat.it/it/archivio/129916>; ultimo accesso 3/2/2022.
30. Matone A, Ghirini S, Gandin C, Scafato E. Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *An Ist Super Sanità*; 2022 (in stampa).
31. Istituto Nazionale di Statistica. BES 2020. Il benessere equo e sostenibile in Italia. https://www.istat.it/it/files/2021/03/BES_2020.pdf; ultimo accesso 3/2/2022.