

## L'ALCOL IN ITALIA E NELLE REGIONI: analisi e proposte per la prevenzione

Emanuele Scafato, Direttore Osservatorio Nazionale Alcol (ONA)-CNESPS, ISS, Roma

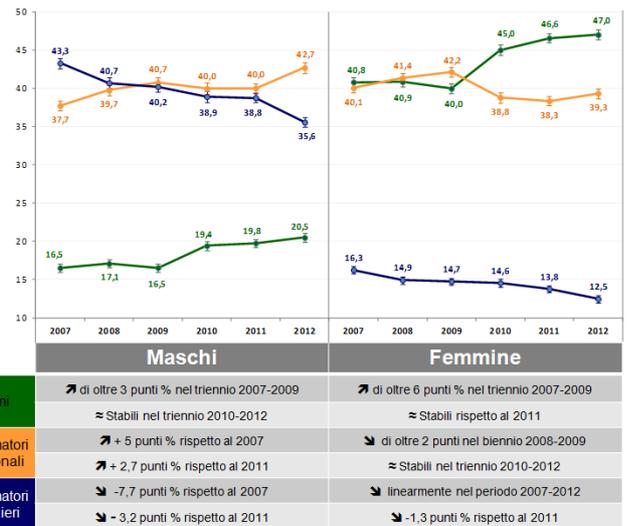
### TENDENZE

Il consumo di alcol rappresenta un importante problema di salute pubblica, responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti e del 4,6 % degli anni di vita persi a causa di disabilità (DALYs) attribuibili all'alcol.

Nel corso degli anni i modelli del bere hanno mostrato in Italia tendenze estremamente variabili nei due sessi; tra i maschi, un progressivo incremento nel numero di astemi ha condotto nel 2012 un italiano su cinque (20,5%) a scegliere di non bere alcolici, una scelta condivisa da una donna su due (47%) soprattutto grazie ad un forte incremento delle astemie registrato dal 2009 al 2012.

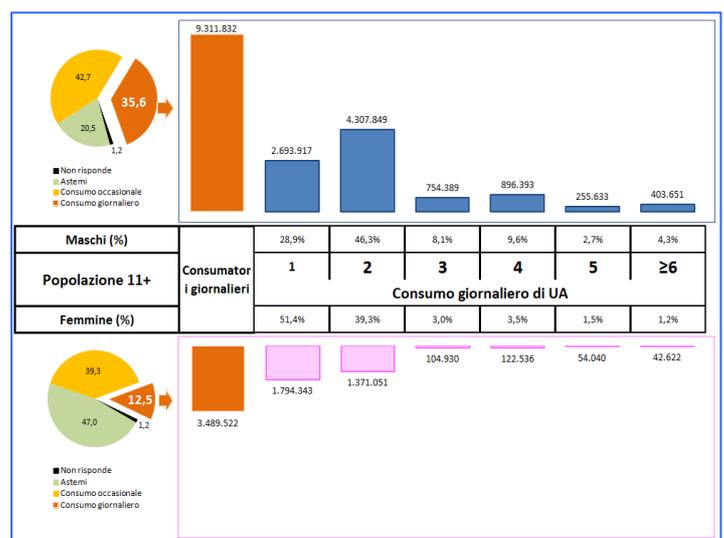
Tra i maschi si sono progressivamente ridotti i consumatori giornalieri (oggi lo sono poco più di 3 consumatori su 10) a favore di quelli occasionali (4 su 10) che sono divenuti prevalenti rispetto alla modalità del bere.

Tra le donne si sono progressivamente ridotte sia le consumatrici giornaliere e mantenute mediamente stabili quelle occasionali. Le tendenze osservate hanno sicuramente contribuito a perseguire la riduzione dei consumi pro-capite ma verosimilmente non in maniera prevalente e, soprattutto, non in maniera tale da redistribuire il rischio alcol-correlato che per la quota prevalente è consumato per definizione (principio di Pareto) da quanti, pur pochi, che ne consumano in maniera eccessiva, rischiosa o dannosa.



### CONSUMO DANNOSO E ALCOLDIPENDENZA

Sebbene l'Italia abbia ridotto significativamente i consumi, attestandosi a **6,10 litri di alcol puro annuali pro-capite**, tale riduzione non appare essere stata conseguita dai consumatori definibili "heavy drinkers", bevitori pesanti, quelli in pratica che interpretano il bere secondo una modalità di **consumo dannoso di alcol** definito dall'OMS come una modalità di consumo che causa un danno alla salute attribuibile a un **consumo giornaliero e persistente di oltre 40g di alcol per le donne e di oltre 60g per gli uomini**. Dei circa **8 milioni di consumatori a rischio** di età superiore agli 11 anni identificati annualmente da ISTAT e ISS è possibile ricostruire i **livelli crescenti di consumo che in un continuum di esposizione che parte da zero giungono a determinare livelli crescenti di rischio e, in caso di persistenza di esposizione, al danno agli organi**.



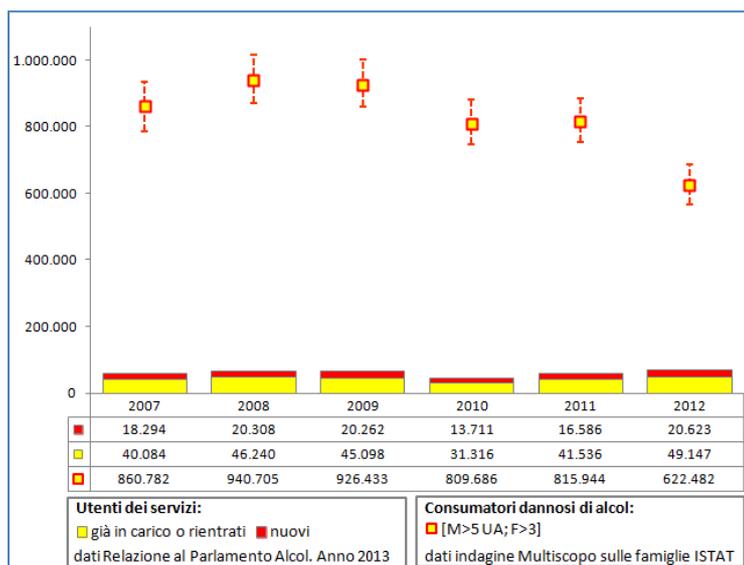
In Italia nel 2012 i **consumatori giornalieri di sesso maschile superiori a 5 bicchieri di bevande alcoliche** (1 bicchiere equivale in media a 12 grammi di alcol) sono stati circa **400.000**. Oltre **220.000** sono le **consumatrici giornalieri "dannose"** di oltre 3 bicchieri di bevande alcoliche (**324.000** se si considera il cut-off a 3 bicchieri pari a 36 grammi circa).

E' di conseguenza possibile stimare in almeno 620.000 – 720.000 gli individui di età superiore a 11 anni che secondo l'OMS non sono solo "a rischio" ma che, in funzione dei danni registrabili clinicamente, si pongono in stretta contiguità con un profilo suggestivo di dipendenza da alcol in atto e comunque di verosimile pertinenza specialistica e dei servizi di alcologia.

Nella situazione italiana corrente, in presenza di un rilevato gap formativo specifico in ambito medico, appaiono quelle delle alcologie le competenze più idonee a valutare l'opportunità d'inserimento in un percorso di verifica specialistica delle PPAC incidenti (Patologie e Problematiche Alcol Correlate note a livello internazionale come AUD, Alcohol Use Disorders) e di avvio in un possibile percorso terapeutico e di riabilitazione.

E', a tale riguardo, da ricordare che il DSM V assimila in termini diagnostici l'uso dannoso di alcol e la dipendenza da alcol supportando nei fatti la valutazione posta in essere dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS di una più vasta platea da ricomprendere nelle attività dei servizi. Nel 2012 le persone che si sono rivolte ai servizi di alcologia sono state 69.770; nel corso degli ultimi 6 anni non si sono registrati (ad eccezione del 2010) cambiamenti sostanziali rispetto alla tipologia di accesso degli utenti (nuovo utente o utente già in carico o rientrato).

Sono state oltre 620.000 nel 2012 le persone che avrebbero potuto rivolgersi ai servizi per ricevere un'assistenza e/o trattamento a causa dei problemi causati da un consumo dannoso di alcol suggestivo per alcoldipendenza o comunque per arrestare la progressione del danno e prevenire le complicanze. Sono stati "solo" 20.623 i nuovi alcolodipendenti che si sono affiancati ai 49.147 alcolisti già in carico ai servizi del SSN, una quota che lascia supporre uno squilibrio tra utenti osservati e utenti attesi sulla base dello status di consumatore dannoso.



Ogni anno una quota non inferiore a 5.000 nuovi utenti incrementa costantemente il numero di alcolodipendenti totali in carico ai servizi che dai 21.409 del 1996 ha visto più che triplicato a 69.770 (+ 48.361 dal 1996) gli utenti con problemi legati all'alcol che fa ricorso alle strutture del SSN che sono passate, nello stesso periodo, da 280 a 454 (+62 % circa). E' da segnalare che nel corso degli ultimi anni il personale impiegato per servizio di alcologia è rimasto pressoché invariato pur in presenza di un aumento della domanda e quindi del numero di utenti per unità di personale sanitario presente nei servizi stessi determinando un incremento del carico di lavoro da circa 10 a circa 16 utenti per unità di personale, rapporto che sollecita attenta valutazione e analisi dei bisogni.

E' da colmare, quindi, alla luce dei dati, il divario esistente tra alcolisti attesi e alcolisti in carico ai servizi, da ampliare l'identificazione del sommerso e l'emersione degli Alcohol Use Disorders come categoria univoca di riferimento per il trattamento multidisciplinare delle PPAC rilevabili a carico di un'elevata quota di persone di cui è nota, ma non ancora intercettata dal SSN la necessità di accesso e di ricorso alle prestazioni destinate al recupero dell'alcoldipendenza e, comunque, da seguire per consentire l'arresto della progressione del danno e la prevenzione delle complicanze. E' verosimile che da ciò possa porsi la necessità di un adeguamento dell'offerta assistenziale e di trattamento attualmente erogabili dai servizi di alcologia.

Parallelamente è indispensabile sollecitare iniziative e programmi d'Identificazione Precoce ed Intervento Breve (IPIB) volti a rimuovere da un lato lo stigma sociale e sanitario e contemporaneamente ad attirare gli alcolisti non ancora intercettati da sistemi di identificazione del rischio alcol-correlato nella popolazione e che necessitano migliore formalizzazione di intervento e coordinamento (*case management*). Tra queste iniziative, sono da privilegiare iniziative di comunicazione dedicata, come ad esempio la campagna sostenuta dalle cinque principali società scientifiche di settore tra cui la SIA, Società Italiana di Alcologia, che hanno realizzato l'iniziativa [www.unfinalemigliore.it](http://www.unfinalemigliore.it).

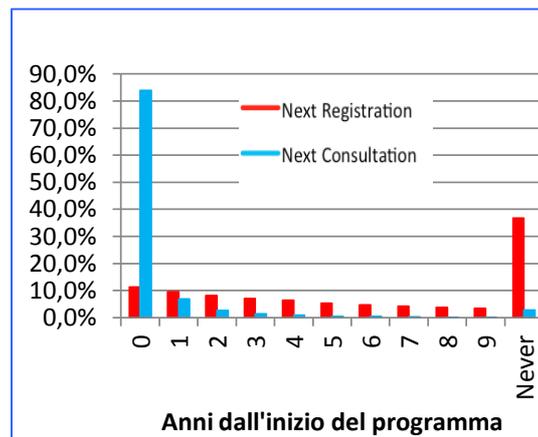
## I.P.I.B. COME RISORSA. COSTI ED EFFICACIA DELL'INTERVENTO

In numerose nazioni i problemi alcol-correlati prevedono l'integrazione di programmi di **Identificazione Precoce ed Intervento Breve (IPIB)** nei contesti di assistenza sanitaria primaria. L'efficacia di questi programmi nell'assistenza primaria è ormai dimostrata a livello internazionale ed anche in Italia una collaborazione tra l'ISS, il Cefomed della Regione Friuli Venezia Giulia, il Cergas della Bocconi e l'Università di Sheffield, ha realizzato un'analisi su costo efficacia degli interventi possibili a livello governativo sulle politiche e gli interventi da attuare dai *policy-makers* per migliorare le capacità di sistema nel contrastare l'impatto alcol-correlato nella popolazione. Lo studio ha adattato il modello inglese al contesto italiano, attraverso l'utilizzo di dati nazionali di mortalità, morbilità, ricoveri e di dati relativi alle dinamiche

derivanti da esperienze in ambito di erogazione delle prestazioni connesse all'assistenza primaria.

Sono stati valutati diversi scenari e possibilità di intervento proponibili nel SSN con importanti implicazioni per la programmazione della prevenzione efficace.

Lo Scenario A (in rosso) ipotizza che lo screening sia effettuato alla **prima registrazione** di un nuovo paziente con un medico. Tale approccio dimostra di realizzare una distribuzione d'intervento piuttosto uniforme sui 10 anni, con un picco dell'11% della popolazione screenata il primo anno. Alla fine del decimo anno si stima che il 63% della popolazione sia stato screenato. Il 37% non risulterà ancora sottoposta a screening. Secondo tale ipotizzata prassi, **il 58% dei consumatori a rischio sarà adeguatamente identificato** e sottoposto a intervento breve da parte del Medico di Medicina Generale (MMG).

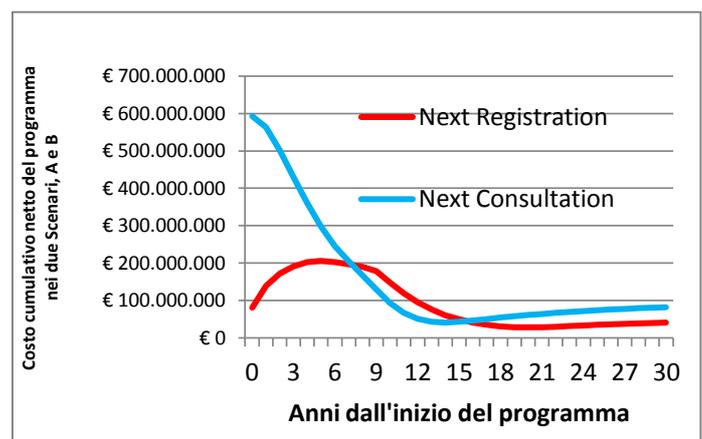


Lo scenario B (in celeste) ipotizza invece che lo screening sia stato effettuato dal MMG alla **visita successiva** di un suo paziente. Il programma dimostra di conseguire una copertura maggiore, con l'84% della popolazione screenata il primo anno; solo il 3% non risulta esaminata entro il decimo anno. Seguendo quest'approccio preventivo, **il 96% dei bevitori a rischio sarà correttamente identificato e riceve l'intervento**.

I Costi e i vantaggi espressi dagli indicatori sono facilmente riassumibili.

### Modelling e STIMA dei Costi netti cumulativi nei due programmi di screening

	REGISTRAZIONE	VISITA SUCC.
<b>PAZIENTI SCREENATI entro il 10° ANNO</b>	<b>63 %</b>	<b>96 %</b>
<b>COSTO (milioni €)</b>	<b>411</b>	<b>687</b>
<b>RISPARMI SSN (milioni €)</b>	<b>370</b>	<b>605</b>
<b>RIDUZ. RICOVERI</b>	<b>91.737</b>	<b>153.676</b>
<b>RIDUZ. DECESSI</b>	<b>7.193</b>	<b>12.432</b>
<b>Guadagno QALY</b>	<b>75.200</b>	<b>139.200</b>
<b>RICE (€/QALY)</b>	<b>500</b>	<b>590</b>



Programma A) **Uno screening effettuato nel corso di una successiva registrazione dal MMG costa 411 milioni di euro, porta in 30 anni a una riduzione stimata di 91.737 ricoveri ospedalieri, con una riduzione di 7.193 morti alcol-correlate (prevalentemente maschi) ed un risparmio netto per il SSN di 370 milioni di €.** L'impatto complessivo genera un guadagno di 75.200 QALY (incremento della speranza in anni di vita ponderato per la qualità di salute, in sostanza buona salute) e un RICE di 550€/QALY (quanto costa ottenere l'incremento unitario della speranza di vita ponderata per la qualità della salute espressa in QALY), valore definibile *cost-neutral* e verosimilmente implementabile senza remore di natura economica tenuti in debito i benefici ottenibili.

Poiché una proporzione prevalente di benefici per la salute si registra tra gli uomini (il 69% dei QALYs), attuare l'IPIB negli uomini condurrebbe ad un approccio economico di sicuro vantaggio per loro.

Diverso è invece per le donne per le quali un programma di IPIB si stima possa portare ad un ICER di 3100 euro/QALY che è comunque ben al di sotto della soglia costo-efficacia di 25.000-40.000 euro/QALY raccomandabile dagli studi economici correnti in ITALIA per questo tipo di interventi. I risultati dell'analisi che hanno esplorato l'impatto degli strumenti di screening hanno mostrato che l'utilizzo dell'AUDIT C è il più efficace nel produrre il maggior beneficio netto sui pazienti identificati dal programma di prevenzione.

Programma B) **Uno screening effettuato nel corso di una successiva visita dal MMG B costa 687 milioni di euro, porta in 30 anni ad una riduzione dei ricoveri stimata in 153.676, con 12.432 decessi alcol-correlati evitati ed un risparmio per il SSN di 605 milioni di euro.** L'impatto complessivo genera **un guadagno di 139.200 QALY e un RICE di 590€/QALY.** Il programma ha un impatto maggiore per la Salute Pubblica per via della maggiore copertura immediata sulla popolazione e per il più rilevante guadagno in termini di QALYs; pur tuttavia il programma risulta caratterizzato da alti costi da affrontare quasi tutti nel corso del primo anno con guadagni da registrare, evidentemente, solo nel lungo periodo.

**I costi sostenuti confrontati con i risparmi conseguiti per il SSN dimostrano un impatto oggettivamente ragguardevole, soprattutto se osservato alla luce dell'analisi dei costi complessivi che l'alcol causa in Italia e che si esprimono su una scala di miliardi di euro (1,3 % del PIL secondo le stime OMS) e non di milioni di euro come l'investimento in prevenzione proposto comporterebbe.**

**L'Osservatorio Nazionale Alcol ha svolto in Istituto Superiore di Sanità e sollecitato nel corso degli anni l'attuazione di corsi IPIB di cui oggi più che mai è indispensabile garantire attuazione quali azioni centrali per il SSN. L'evidenza scientifica prodotta sollecita come indispensabile e urgente in ITALIA l'adozione programmata di prassi di IPIB che comportano un vantaggio tangibile e consistente rispetto allo *status quo*; identificazione precoce, intervento breve e l'uso dell'AUDIT C rappresentano gli strumenti e le pratiche da integrare nella pratica quotidiana nei contesti di medicina generale e di assistenza sanitaria primaria per i quali è da assicurare informazione e formazione specifica oggi reperibile in meno di un terzo dei MMG.**

**Attività d'identificazione del rischio e d'intervento breve da garantire attraverso risorse da investire *oltre che nei contesti sanitari di assistenza primaria anche in quelli di emergenza, nei servizi sociali e nei luoghi di lavoro* integrando le buone prassi europee come strumenti di equità, accessibilità e sostenibilità del SSN.**

**In questo innovativo approccio, l'Istituto Superiore di Sanità svolge attualmente a livello europeo un ruolo guida attraverso il progetto BISTAIRS (Good practice on brief interventions to address alcohol use disorders in primary health care, workplace health services, emergency care and social services) finanziato dalla Commissione Europea, garantendo e agevolando l'identificazione delle risorse utili, basate sul miglior impatto costo-beneficio e sostenibili finanziariamente con risultati già fruibili.**

**A partire dal prossimo giugno 2014, sulla base delle esperienze raccolte nel corso delle attività sul campo nei 5 paesi Europei afferenti al progetto, l'Istituto Superiore di Sanità, attraverso l'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS, Centro OMS per la ricerca sull'alcol, coordinerà la raccolta delle esperienze attuate e preparerà le linee guida Europee per lo sviluppo delle future strategie per l'implementazione dell'Intervento Breve in Europa, compreso un piano concreto per un'ulteriore diffusione in tutta l'Unione Europea mirando alla riduzione dell'impatto alcol-correlato e all'incremento del capitale umano come risorsa per le future generazioni.**

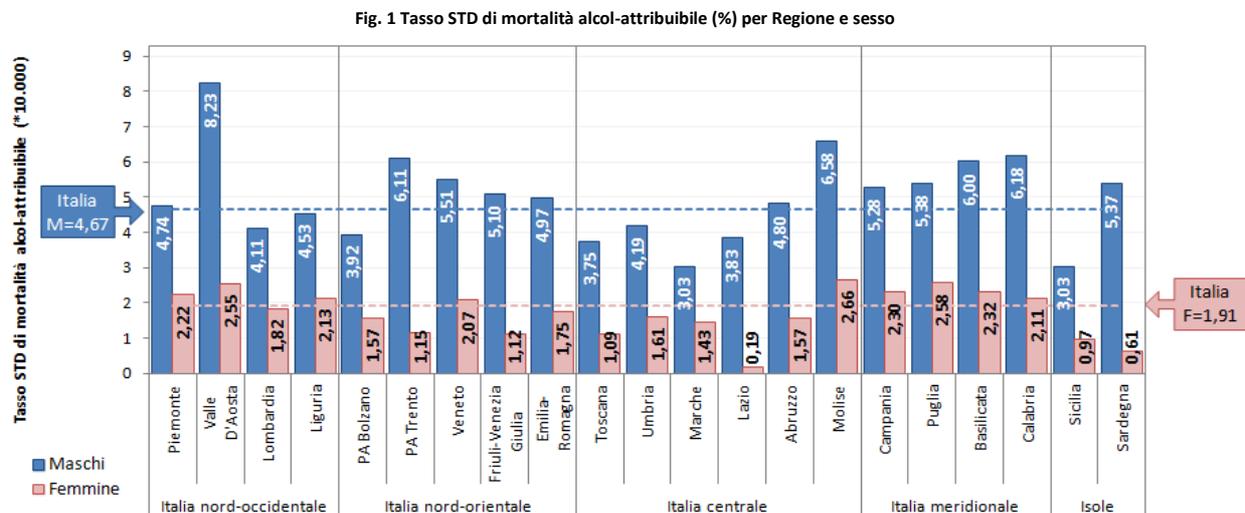
## MORTALITA'

E' soprattutto la realizzazione di un guadagno in termini di "human capital" che dovrebbe indurre a seguire con convinzione approcci atti a ridurre i livelli di rischio, di danno ma anche di mortalità alcol-attribuibile la cui stima per l'Italia è stata elaborata dall'Osservatorio Nazionale Alcol nell'ambito del progetto Ccm: "L'alcol in Italia e nelle Regioni. Valutazione epidemiologica del rischio sanitario e sociale dell'alcol in supporto al Piano Nazionale di Prevenzione e alla implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute".

I dati, **che per la prima volta sono stati elaborati con un dettaglio regionale**, mostrano che **in Italia nel 2010 complessivamente 16.829 persone, di cui 11.670 uomini e 5.159 donne di età superiore ai 15 anni sono morti per cause totalmente o parzialmente attribuibile al consumo di alcol**. La percentuale dei decessi alcol-attribuibili varia in base al sesso e all'età delle persone, così come la categorizzazione del decesso; essa **decrece all'aumentare dell'età** ed i valori diminuiscono notevolmente nell'età adulta.

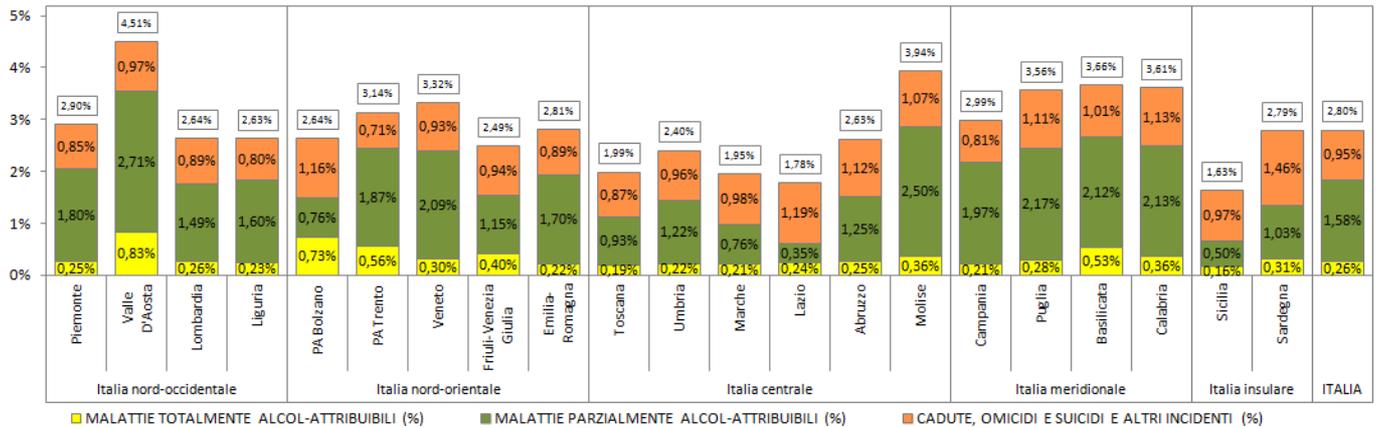
La tipologia di decesso che caratterizza maggiormente le **classi di età giovanili** è rappresentata da quelli avvenuti a causa di **cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti**; nelle fasce di **età anziane** (ultra 60enni) il maggior contributo deriva dalle **malattie parzialmente attribuibili al consumo di alcol** e da **cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti** ad indicare che l'alcol è un fattore di rischio per numerose patologie diffuse in questa classe d'età quali patologie vascolari, gastroenterologiche, neuropsichiatriche, immunologiche e oncologiche.

Il tasso STD di mortalità alcol-attribuibile a livello regionale relativi all'anno 2010, disaggregato per sesso mostra una variabilità regionale molto elevata con range che variano da un minimo di 3,03 (\*10.000) decessi nelle Marche ad un massimo di 8,23 in Valle d'Aosta ogni 10.000 uomini ed un minimo di 0,19 decessi nel Lazio ed un massimo di 2,66 decessi in Molise ogni 10.000 donne (Fig.1).



Tra gli uomini (Fig. 2) i valori più elevati di decessi alcol-attribuibili si registrano in **Valle d'Aosta** nella **Provincia Autonoma di Trento** (6,11), in **Molise** (6,58), in **Basilicata** (6,0%) ed in **Calabria** (6,18%) mentre i valori più bassi si registrano in Sicilia e nelle Marche (3,03); tra le donne il valore più elevato si registra in **Molise** seguito da **Valle d'Aosta** (2,55), **Puglia** (2,58), **Basilicata** (2,32), **Calabria** (2,11), **Piemonte** (2,22) e **Veneto** (2,07); i valori più bassi si osservano nel Lazio (0,19) e in Sardegna (0,61).

Fig. 2 Caratterizzazione delle componenti della mortalità alcol-attribuibile , per classi di età e sesso. REGIONI



Altre osservazioni:

- la percentuale di **decessi per malattie totalmente alcol-attribuibili** è più elevata in **Valle d'Aosta** e nelle **PA di Bolzano e Trento**, in **Basilicata** ed in **Friuli Venezia Giulia**;
- la percentuale di **decessi malattie parzialmente alcol-attribuibili** è più elevata in **Molise**, in **Valle d'Aosta**, in **Basilicata**, in **Calabria**, in **Puglia** ed in **Veneto**;
- la percentuale di **cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti alcol-attribuibili** è più elevata nella **PA di Bolzano**, nel **Lazio** ed in **Sardegna**.

In Italia, il **20%** della categoria neoplasie maligne per i maschi e il **6,9%** per le donne di tutti i decessi registrabili per neoplasie maligne è attribuibile all'alcol; i decessi per cancro causato dal consumo di alcol (oltre 4.000/anno) incidono per 1/3 sul totale del numero di decessi maschili alcolcorrelati ponendosi come prima causa di morte parzialmente attribuibile tra i maschi. Il 56% delle cirrosi epatiche tra i maschi e il 24% di quelle tra le femmine è attribuibile all'alcol. La frazione alcol-attribuibile dei decessi per incidenti stradali è del **37%** per i maschi e del **18%** per le donne ; **1 decesso su 3 per gli uomini e 1 su 5 per le donne potrebbe essere evitato NON ponendosi alla guida dopo aver bevuto**. La netta prevalenza nel sesso maschile di un elevato numero di decessi per neoplasie maligne e incidenti sollecita l'**urgente** necessità di attivare iniziative di sensibilizzazione, di prevenzione oncologica mirata, e di rafforzamento della sicurezza stradale.

L'impatto sulla mortalità alcol-correlata è evidente. Acuta o cronica si tratta di mortalità evitabile attraverso indispensabili azioni di contrasto le cui competenze non sono esclusivamente sanitarie ma coinvolgono interventi nei settori dei trasporti, della regolamentazione della promozione, vendita e somministrazione, ma anche del marketing le cui modalità possono contribuire a determinare valori d'uso influenti sul rischio alcol-correlato tra i giovani, in particolare quelli al di sotto dell'età minima legale.

## “LOW-RISK” GUIDELINES. LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE

Dall'analisi dell'impatto di mortalità, del danno e del rischio causato dall'alcol in Italia emerge evidente la necessità di sensibilizzare la popolazione, i professionisti della salute e gli stessi policy makers sulla necessità di fruibilità di informazioni valide e oggettive ed iniziative costanti di comunicazione ed informazione a supporto della prevenzione.

Le informazioni fornite sull'alcol sono rilevanti in tal senso. **Gli organismi di tutela della salute consigliano, ad esempio, di rifuggire dalla velleità di indicare livelli di consumo idonei ad essere comunicati alla popolazione in quanto non generalizzabili in funzione dell'età, del sesso, delle condizioni individuali e circostanze oggettive in cui il consumo di bevande alcoliche sarebbe da evitare.**

**Nell'ambito della Joint Action RARHA, l'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, ed i ricercatori dell'Istituto di Sanità finlandese, coordineranno attività di ricerca volte all'identificazione delle evidenze scientifiche per l'adozione di linee guida armonizzate e condivise a livello europeo.**

Se si esaminano le interazioni del consumo di alcol sia in termini di mortalità che di morbilità, l'impatto al netto degli effetti positivi per alcune patologie (come ad esempio la cardiopatia coronarica, il diabete di tipo II, la calcolosi della colecisti) verificabili in particolare per gli uomini per quantità veramente moderate e che non eccedono i 10 grammi (meno di un bicchiere al giorno), è sempre e comunque negativo. E' stato evidenziato di recente che anche i pochi effetti positivi registrabili a livello individuale sono persi se anche occasionalmente si perde la connotazione del bere moderato indulgendo in situazioni di consumo eccessivo episodico come, ad esempio, avviene consumando in un tempo ristretto più di 5-6 bicchieri di bevande alcoliche, fenomeno non raro tra gli adulti e fin troppo noto tra i giovani che praticano il *binge drinking*.

**Le più recenti evidenze della IARC (International Agency for Research on Cancer) mostrano che per molte di queste patologie, tra cui il cancro, è difficile definire un livello di consumo privo di rischio.**

**Non sono identificabili pertanto “dosi-soglia” sotto le quali non si corrano rischi per la salute**, poiché il rischio cresce progressivamente con le quantità consumate di bevanda alcolica e indipendentemente dal tipo di bevanda alcolica, rispettando l'unica regola secondo cui maggiore è la quantità ingerita, tanto più alto il rischio. Pur non potendo generalizzare in funzione di valutazioni di parametri di competenza medica che variano da persona a persona, per i tumori il rischio registrabile è basso per consumi inferiori ai 20-25 g di alcol al giorno (2 bicchieri al giorno circa) sebbene anche quantità inferiori (10 g/die, 1 bicchiere di qualunque bevanda alcolica) possono comportare un aumento di rischio, valutabile, ad esempio, per il cancro della mammella in Italia intorno al 5%, che sale al 25% quando l'abitudine giornaliera di consumo sale a due bicchieri al giorno.

**Esiste un consenso sull'affermazione che il consumo di alcol, a livello di popolazione e individuale, comporti più svantaggi e nello specifico più patologie, più decessi di quanti ne possa far risparmiare un suo uso moderato.**

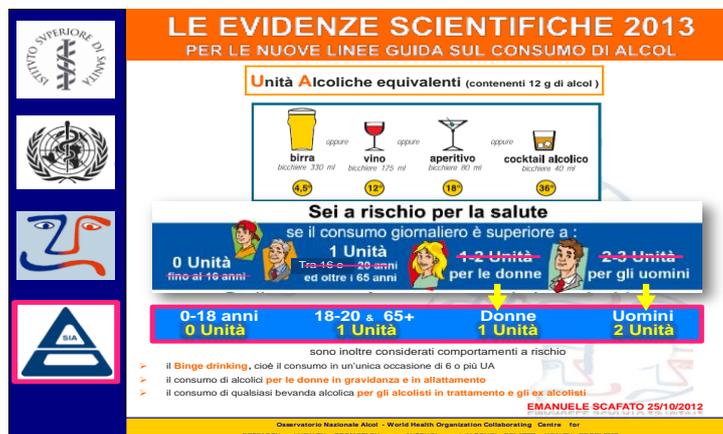
In merito alle quantità è oramai appurato che esiste una correlazione con quantità (volume) e frequenza del consumo di bevanda alcolica, qualunque essa sia. E' peraltro stato evidenziato che la persona con un basso consumo di alcol corre un minore rischio di mortalità, non tanto in funzione del tipo di bevanda e delle quantità assunte, quanto per una serie di fattori correlati di cui quel consumo rappresenta un semplice marker. Il più elevato status socio-economico, uno stile di vita più sano, il consumo prevalente in occasione dei pasti e, ovviamente, un migliore stato di salute sarebbero fattori che svolgono un ruolo di protezione che, ad esempio, nei consumatori di vino, è spesso erroneamente attribuito ai polifenoli la cui concentrazione è talmente bassa da rendere implausibile biologicamente l'ipotesi di qualunque effetto legato al principio attivo. Riassumendo, l'alcol è causa di centinaia di differenti condizioni e disfunzioni patologiche che possono riguardare tutti gli organi e apparati dell'organismo.

Numerose patologie epatiche, gastrointestinali, cerebrovascolari, disordini psichici e comportamentali, patologie immunologiche, infertilità e problemi prenatali, tumori sono condizioni parzialmente o totalmente alcol-correlate tanto frequenti che legittimano la conclusione dell'OMS che l'impatto su mortalità, morbilità e disabilità in tutte le realtà mondiali misura e riferisce sempre e comunque un impatto negativo espresso correttamente al netto dei possibili, scarsi effetti benefici riportati in letteratura.

**In termini di comunicazione il personale sanitario non dovrebbe pertanto far riferimento a effetti salutistici fatte salve l'articolazione dell'esposizione in termini di vantaggi e svantaggi verificabili alle quantità unitarie. E' da sottolineare che anche in termini di comunicazione commerciale una sentenza della Corte di Giustizia Europea ha chiarito che per le bevande alcoliche non è lecito utilizzare messaggi inerenti possibili vantaggi di natura salutistica.**

**Nuove raccomandazioni statunitensi (DGA 2010) e australiane e nuove linee guida del gruppo di lavoro congiunto ISS-Società Italiana di Alcolgia** che hanno considerato in maniera equilibrata da un lato il rischio di cancro e dall'altro l'effetto biologicamente plausibile di piccole quantità di etanolo sulla mortalità cardio-coronarica, definiscono un consumo a basso rischio di bevande alcoliche, indipendentemente dal tipo di bevanda.

**Il Ministero della Salute ha di recente pubblicato sul portale le linee guida per un consumo moderato di alcol** intendendo come tale "una quantità inferiore a un bicchiere di bevanda alcolica al giorno, pari in media a non più di 10 grammi di alcol. I possibili vantaggi del consumo così inteso sono riferibili a una riduzione del rischio di mortalità cardiocoronarica, di diabete di tipo II e di calcolosi della colecisti; essi non sono vantaggi registrabili per tutti e di solito riferibili a soggetti di sesso maschile di età superiore ai 65 anni. Non esiste consenso scientifico e non sono verificati i vantaggi del bere moderato per le donne e per i giovani". Qualunque livello di consumo interferisce sul regolare e sano sviluppo cerebrale nel giovane per la relativa immaturità del sistema di metabolizzazione dell'alcol che raggiunge piena efficienza intorno ai 18-21 anni. Le nuove linee guida, che non possono essere considerate raccomandazioni non essendo possibile generalizzare consigli che richiedono valutazione individuale, saranno oggetto di revisione da parte del **Gruppo di Lavoro aggiornamento Linee Guida per una Sana Alimentazione, Revisione 2014/15**, e di ufficializzazione tramite pubblicazione della revisione decennale dei LARN attesi nel 2014. Alla luce dell'evidenza disponibile è possibile consigliare di:



Cosa significa 1 drink  
**(1 Unità Alcolica, U.A.)**  
1 drink equivale a 12 grammi di alcol puro e a:  
**1 U.A.**  
> 330 ml di birra (4,5% di alcol)  
> 125 ml di vino (12% alcol)  
> 40 ml di superaccolico (40% di alcol)

Non superare una quantità di alcol pari a:  
**2 U.A. al giorno per l'uomo**  
**1 U.A. al giorno per la donna**  
**1 U.A. al giorno per l'anziano ultra65enne**  
**1 U.A. al giorno dopo i 18 anni e prima dei 21 anni**  
**ZERO consumo di alcol prima dei 18 anni**

Consumi superiori sono da considerarsi a **MAGGIOR RISCHIO**

**Gravidanza, allattamento, guida, minore età, condizioni di lavoro a più elevato rischio per l'incolumità ai terzi, consumo di farmaci, presenza di malattie o di dipendenze sono condizioni che richiedono rigorosamente di evitare il consumo di alcol.**

E' confermata come valida l'indicazione di consumare a stomaco pieno per attenuare i picchi di alcolemia che sono la causa degli effetti negativi registrati per organi e apparati. E' altrettanto importante ricordare che qualunque stato d'intossicazione pur occasionale comporta un incremento del rischio alcol-correlato.

## CONCLUSIONI

La normalizzazione dell'uso di alcol ha risvolti evidenti su quote rilevanti di popolazione. Rilevanti cambiamenti culturali sono stati sollecitati da importanti investimenti nel marketing e nelle pubblicità degli alcolici che hanno contribuito a creare un sistema valoriale di uso della sostanza psicoattiva legale e più disponibile, sollecitando sempre e comunque considerazioni individuali e collettive di benessere, di successo, di piacere, di seduzione e di protagonismo che influiscono nel determinare fenomeni che vanno oltre il *binge-drinking* e che oggi giungono a declinare il bere in varie forme di uso rischioso e dannoso di alcol, amplificate dall'uso delle tecnologie e delle community dei social network che, come palcoscenici virtuali, agevolano chiunque nella necessità di omologarsi e mettersi in evidenza attraverso il risk-taking e la trasgressione delle leggi sull'età minima legale, inserendosi in circoli di nomination e di catene alcoliche sulle quali non è possibile alcun controllo.

E' un fenomeno che non riguarda la stragrande maggioranza della popolazione ma il suo impatto non può essere ignorato anche in funzione dell'ampliamento della platea di coloro che seguono comportamenti a rischio e della difficoltà di iniziative di contrasto in contesti estremamente comuni. E' un fenomeno che vira, culturalmente, sempre più verso le modalità proprie delle dipendenze da sostanze illegali, spesso integrandosi anche con altre addiction come quelle del gambling, delle slot-machines, dei giochi online, dei gratta e vinci attraverso comportamenti agiti e incontrollabili per definizione.

L'assenza degli adulti, in tutti questi casi che non sono evidentemente riferibili esclusivamente a soggetti disagiati ma spesso a ragazzi e ragazze del tutto normali, è drammatica e riflette il fallimento sociale dell'educazione che in parte ha travolto numerose realtà e troppi giovani come testimoniato dal ricorso ai servizi sanitari per gli effetti e le conseguenze del bere e dai dati di mortalità alcolcorrelata che vedono, ovviamente, l'alcol come prima causa di decesso prematuro ed evitabile tra i giovani.

Le strategie comunitarie e mondiali di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol sollecitano massima allerta e attenzione alla prevalenza di logiche di mercato su quelle di tutela della salute anche alla luce dell'evidenza che i costi generati dall'alcol non sono solo quelli derivabili dalle valutazioni tipicamente sanitari come mortalità, morbilità o disabilità, bensì attribuibili anche a quelli legati alla criminalità, alla violenza, al danno alla cosa pubblica, a separazioni e ai divorzi, ai maltrattamenti familiari, sulle donne e sui minori, alla perdita di produttività, all'assenteismo e quindi al conseguente consumo di risorse da parte dei governi, in particolare attraverso i costi di fornitura di assistenza sanitaria e per far fronte alla criminalità e problemi sociali e di ordine pubblico.

Costi che paga la società e che potrebbe risparmiare alla luce di politiche per le quali la prevenzione ha un peso praticamente inesistente se non accompagnata da norme che, ove applicate, hanno mostrato di contrastare immediatamente tendenze negative come quelle legate all'incidentalità stradale e relativa morbilità e mortalità diminuite grazie all'adozione del limite zero alla guida per i giovani sino ai 21 anni, per tutti coloro privi della pratica di almeno tre anni alla guida e per tutti i professionisti del trasporto pubblico o privato.

Il Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, EAAP 2012-2020 (<http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/PianoAzione2012-2020.asp>) identifica esplicitamente il livello di problemi e le priorità da considerare. La maggior parte dell'alcol viene consumato in occasioni in cui si beve molto, il che peggiora tutti i rischi. L'alcol può diminuire la salute individuale ed il capitale umano nel corso della vita, dall'embrione alla vecchiaia. In termini assoluti, sono soprattutto le persone di mezza età (e gli uomini in particolare) che muoiono a causa dell'alcol.

Tuttavia, se si prende in considerazione tutto l'arco della vita, l'esposizione all'alcol durante la gravidanza può compromettere lo sviluppo del cervello del feto ed è associata a deficit cognitivi che si manifestano più tardi durante l'infanzia. Il cervello degli adolescenti è particolarmente suscettibile all'alcol e più a lungo si ritarda l'insorgenza del consumo di alcol, meno probabile sarà l'insorgenza di problemi e di dipendenza dall'alcol nella vita adulta.

**Già queste considerazioni meriterebbero attenzione urgente e prioritaria quantomeno per arginare la constatazione che attraverso l'alcol, attraverso i frequenti e comuni fenomeni di intossicazione o di eccedenza dei limiti indicati come a minor rischio, si stia favorendo tra i giovani l'adozione di altri altrettanto gravi comportamenti a rischio che non possono essere percepiti adeguatamente come tali a causa dell'abbassamento della percezione del rischio che il consumo comporta. La conseguenza è il rischio concreto di una o più generazioni più deboli delle precedenti, evenienza da contrastare con tutti gli strumenti disponibili, a partire dall'identificazione precoce del rischio alcol-correlato che ancora oggi non riceve adeguata attenzione e indispensabile supporto nonostante le campagne di sensibilizzazione e gli appelli ai servizi sanitari regionali dell'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS, alla formazione da garantire alle professioni sanitarie e a quelle commerciali. E' dimostrato che le Nazioni più attive nella realizzazione di politiche e programmi sull'alcol basati sull'evidenza e sul rapporto costi-benefici avranno benefici sostanziali in termini di salute e benessere, produttività e sviluppo sociale.**

La costruzione di capacità e il monitoraggio epidemiologico sono fondamentali per assicurare un cambio determinato di rotta che possa valorizzare le persone come risorsa per il contrasto al rischio e al danno alcol-correlato e quindi supportare il capitale umano di cui c'è necessità per costruire contesti e prospettive non minacciate da interpretazioni del bere e da disvalori relativi al consumo di alcol che con la salute e la sicurezza non hanno nulla a che vedere. Ridurre le conseguenze negative del bere è un cardine delle politiche di prevenzione universale e specifiche che l'Italia, l'Europa e il mondo possono affrontare come vera sfida di sostenibilità per le generazioni future e l'intera società.

Roma, 9/04/2014