



RAPPORTI ISTISAN 26|4

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
e del Piano Nazionale della Prevenzione**

Rapporto 2026

E. Scafato, S. Ghirini, C. Gandin, A. Matone, V. Manno
e il Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Epidemiologia e monitoraggio
alcol-correlato in Italia e nelle Regioni**

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

Rapporto 2026

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin,
Alice Matone, Valerio Manno e il Gruppo di Lavoro CSDA
(Centro Servizi Documentazione Alcol)

Centro Nazionale Dipendenze e Doping

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

**Rapporti ISTISAN
26/4**

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2026.

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Valerio Manno e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2026, viii, 105 p. Rapporti ISTISAN 26/4

Nel 2019, il consumo di alcol ha causato 2,6 milioni di decessi in tutto il mondo. Il consumo dannoso di alcol è responsabile del 5,1% del carico globale di malattie e l'alcol è il principale fattore di rischio di mortalità prematura e disabilità nelle persone di età compresa tra 15 e 49 anni, contribuendo al 10% di tutti i decessi in questa fascia d'età. L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) elabora e analizza ogni anno le basi di dati nazionali svolgendo attività di monitoraggio su mandato del Ministero della Salute e in base a quanto previsto dal Piano Statistico Nazionale e alle attività del "Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato – SISMA" previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 e da precedenti accordi di collaborazione con il Ministero della Salute. L'ONA è l'organismo indipendente di raccordo tra Ministeri, Presidenza del Consiglio, Commissione Europea e WHO per le attività tecnico-scientifiche di rilievo nazionale, europeo e internazionale. Il presente rapporto coincide con la venticinquesima edizione dell'*Alcohol Prevention Day*, con la celebrazione dei 25 anni dell'ONA-ISS e con la contestuale promulgazione della Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati 125/2001.

Parole chiave: Alcol; Monitoraggio; Epidemiologia; Sanità pubblica

Istituto Superiore di Sanità

Epidemiology and alcohol-related monitoring in Italy and in the Regions. Evaluation of the National Observatory on Alcohol on the impact of the alcohol consumption in support for the implementation of the activities of the National Alcohol and Health Plan and of the National Prevention Plan. Report 2026.

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini, Claudia Gandin, Alice Matone, Valerio Manno and the CSDA working group (Centro Servizi Documentazione Alcol)

2026, viii, 105 p. Rapporti ISTISAN 26/4 (in Italian)

In 2019, alcohol consumption was responsible for 2.6 million deaths worldwide. Harmful use of alcohol is responsible for 5.1% of the global burden of disease and alcohol is the leading risk factor for premature mortality and disability among people aged 15 to 49 years, contributing to 10 percent of all deaths in this age group. The National Observatory on Alcohol of the Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) evaluates and analyses every year the national databases and conducts monitoring on behalf of the Ministry of Health and in accordance with the National Statistical Plan and the activities of the "Alcohol monitoring system – SISMA" envisaged by the Decree of the President of the Council of Ministers of 3 March 2017 and previous contract of collaborations with the Ministry of Health. The ONA is the independent technical and scientific advisory body for the Ministries, the first Minister Office, the European Commission and the WHO. This report coincides with the twenty-fifth edition of the Alcohol Prevention Day, the celebration of the 25th anniversary of the ONA-ISS, and the simultaneous promulgation of the Framework Law on Alcohol and Alcohol-Related Problems 125/2001.

Key words: Alcohol; Monitoring; Epidemiology; Public health

Per informazioni su questo documento scrivere a: silvia.ghirini@iss.it e claudia.gandin@iss.it

Nel documento la forma maschile scelta si riferisce sempre contemporaneamente a persone femminili, maschili e persone diverse, se non diversamente specificato.

Le denominazioni multiple vengono omesse a favore di una migliore leggibilità.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Citare questo documento come segue:

Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Manno V e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) *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 e del Piano Nazionale della Prevenzione. Rapporto 2026.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2026. (Rapporti ISTISAN 26/4).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Rocco Bellantone*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Antonio Mistretta*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.



Il rapporto è stato realizzato dal Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità - Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) in collaborazione con:

Società Italiana di Alcologia (SIA)
Centro Alcologico Regionale della Toscana, Regione Toscana
Centro Alcologico Regionale della Liguria, Regione Liguria
Associazione Italiana dei Club Alcologici Territoriali (CAT)
Eurocare Italia

Componenti del Gruppo di Lavoro CSDA

Emanuele SCAFATO (*Coordinatore*)

Antonella BACOSI
Pierfrancesco BARBARIOL
Fabio CAPUTO
Marina CIANTI
Tiziana CODENOTTI
Simonetta DI CARLO
Tiziana FANUCCHI
Chiara FRAIOLI
Claudia GANDIN
Silvia GHIRINI
Laura MARTUCCI
Alice MATONE
Valentino PATUSSI
Andrea QUARTINI
Rosaria RUSSO
Riccardo SCIPIONE
Gianni TESTINO
Monica VICHI

Un contributo originale di elaborazione e analisi dei dati riportati nel rapporto è stato fornito e acquisito nella Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/2001 (Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol-correlati).

I dati del rapporto contribuiscono allo standard di monitoraggio formale del SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato), in ottemperanza al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2017 sulle sorveglianze trasferite dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità, definito dalle passate azioni centrali del Ministero della Salute.

I dati contribuiscono al Piano Statistico Nazionale come statistica formale derivata SDE (Codice PSN: ISS-00034) "Monitoraggio dell'Impatto del consumo di Alcol sulla salute in Italia in supporto all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute".

INDICE

Prefazione	v
-------------------------	---

PARTE 1

Attività di monitoraggio dell'ONA-ISS

Politiche sull'alcol in Europa	3
Consumo di alcol <i>pro-capite</i> registrato in Europa	4
SDG 3.5: riduzione del consumo dannoso di alcol	8
Indicatore SDG 3.5.1 – Copertura degli interventi di trattamento	9
Indicatore SDG 3.5.2 – Consumo pro-capite di alcol.....	11
Consumi nella popolazione italiana generale	15
Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi	15
Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici	18
Comportamenti a rischio	21
Consumatori fuori pasto.....	22
Consumatori abituali eccedentari.....	24
Consumatori giornalieri	25
Consumatori a rischio (criterio ISS)	27
Consumatori <i>binge drinking</i>	28
Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol.....	30
Consumi alcolici e modelli di consumo nelle Regioni	32
Italia nord-occidentale	32
Piemonte.....	35
Valle d'Aosta	35
Lombardia	35
Liguria.....	35
Italia nord-orientale.....	36
Provincia Autonoma di Bolzano	36
Provincia Autonoma di Trento.....	37
Veneto	37
Friuli Venezia Giulia.....	37
Emilia-Romagna	38
Italia centrale	38
Toscana	38
Umbria	39
Marche	39
Lazio	39
Italia meridionale	40
Abruzzo	40
Molise	40
Campania	40
Puglia	41
Basilicata	41
Calabria	41
Italia insulare	42
Sicilia	42
Sardegna.....	42

Mortalità per decessi totalmente alcol-attribuibili	43
Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere	43
Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza.....	47
Consumo di alcol per target di popolazione	49
Consumo di alcol tra i giovani.....	49
Consumatori di 11-17 anni.....	51
Consumatori di 18-24 anni.....	53
Consumo di alcol tra le donne	56
Consumatrici minorenni (età 11-17 anni)	56
Consumatrici adulte (età 18-49 anni)	58
Consumatrici adulte (età 50-69 anni)	60
Consumatrici anziane (età ≥70 anni).....	62
Consumo di alcol tra gli anziani	64
Consumatori giovani anziani (65-74 anni).....	66
Consumatori anziani (75-84 anni).....	68
Consumatori grandi anziani (≥ 85anni).....	70

PARTE 2

Altre attività dell'ONA-ISS

Attività internazionali ed europee su prevenzione e politiche alcolologiche	75
Attività congiunte con la WHO	75
Sostegno alla diffusione del “Global alcohol action plan 2022-2030” della WHO, HQ.....	75
Sostegno alla diffusione del “WHO Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders”	76
Supporto tecnico-scientifico all’ <i>Evidence into Action Alcohol Project</i> della WHO e al lancio della <i>European Alcohol Health Alliance</i>	77
Partecipazione e diffusione delle evidenze scientifiche dei webinar su alcol e cancro della IARC/WHO	79
Sostegno alla diffusione del Manuale sulle politiche in materia di alcol e prevenzione del cancro della IARC/WHO.....	80
Traduzione e diffusione del volume “Alcohol Policy Playbook”, il manuale della WHO per orientare le sfide delle politiche sull’alcol.....	81
Partecipazione alle attività dei <i>Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours 2025</i>	82
Contratto di servizio con la WHO, Less Alcohol Unit.....	82
Partecipazione a progetti della Commissione Europea	83
Sostegno a “Awareness Week on Alcohol Related Harm” 2025	85
Partecipazione al progetto internazionale per lo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici su <i>gaming</i> e <i>gambling</i>	86
Altre attività e partecipazione a network internazionali.....	87
Monitoraggio internazionale ed europeo.....	87
Implicazioni di salute pubblica per prevenire rischi e danni alcol-correlati: indicazioni per rinnovate politiche in Italia	88

Bibliografia	97
---------------------------	----

PREFAZIONE

Il consumo di alcol rappresenta una grave minaccia per la salute della popolazione, una delle principali cause di rischio e di danno per la salute, in funzione delle sue riconosciute proprietà intossicanti, cancerogene e della sua capacità di indurre dipendenza. Gli effetti negativi del consumo dannoso di alcol sulla salute sono di vasta portata: numerose sono le patologie croniche e le lesioni alcol-correlate. Gli effetti negativi del consumo dannoso di alcol non coinvolgono solo i consumatori, ma in maniera passiva anche altre persone: le vittime di incidenti stradali causati dalla guida in stato di ebbrezza, di episodi di violenza interpersonale, i bambini affetti dallo spettro dei disordini feto-alcolici.

In Italia, a riconoscere che l'alcol è causa di gravi problemi per la popolazione e che è necessario affrontarli in maniera specifica e distinta da altre forme di cosiddetta "dipendenza" è la Legge 125 "Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati", istituita nel 2001, pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 90 del 18 aprile 2001. La legge pose l'Italia all'avanguardia nella gestione dei cosiddetti "problemi alcol-correlati" e fu riconosciuta a livello mondiale dalla *World Health Organization* (WHO) come un esempio virtuoso di legge con un approccio olistico e integrato alla salute pubblica, esaltando il modello alcologico italiano considerato un punto di riferimento per le politiche che mettono al centro la salute della popolazione, per l'importanza alla consapevolezza dei rischi legati all'alcol, per le azioni in essa contenute basate sull'evidenza scientifica, incluse, già nel 2001, misure di sicurezza sul lavoro e il riconoscimento dell'alcol anche come un tema di sicurezza sociale. La Legge 125, sebbene necessiti di aggiornamenti, anche terminologici, per abbandonare ad esempio termini quali "abuso", "alcolismo", "problemi alcol-correlati", "dipendenza", per i quali non esiste un consenso nella comunità scientifica, tra luci e ombre, mantiene dopo 25 anni la sua validità. Come ogni legge, la 125/2001 è il risultato di un processo di approfondimento conoscitivo, di accresciuta consapevolezza dell'importanza del fenomeno, del riconoscimento e presa in carico politica, sanitaria, sociale ed economica nazionale. L'istituzione della legge ha fatto seguito alla nascita nel 1975 a Roma del primo gruppo di Alcolisti Anonimi, nel 1979 a Trieste del primo Club degli Alcolisti in Trattamento (oggi Club Alcologici Territoriali), nel 1979 a Padova della Società Italiana di Alcologia, e a seguire dei primi servizi di alcologia. La legge, dal 2001 e per 25 anni, ha consentito lo sviluppo di una sensibilità e attenzione al Disturbo da Uso di Alcol. Per definire le leggi e le strategie alcologiche, la Legge 125 istituì una Consulta nazionale sull'alcol e sui problemi alcol-correlati, con sede all'inizio presso il Ministero della solidarietà sociale, quindi il Ministero della Salute, che fu abolita nel 2010 e non più istituita nonostante ripetute richieste di ripristino. A distanza di 15 anni dall'abolizione della Consulta, un'analoga iniziativa, la creazione di una coalizione di *advocacy* in Spagna per promuovere cambiamenti nelle politiche alcologiche sulla base delle evidenze scientifiche, nonché per sviluppare una mappatura degli attori coinvolti nella prevenzione e nel trattamento dei Disturbi da Uso di Alcol (DUA), è stata di recente presentata e promossa dalla WHO nel corso di una recente riunione dei *National Focal Points on Alcohol* a sottolineare l'importanza e il valore aggiunto della condivisione e della multidisciplinarietà di gruppi esperti composti da istituzioni pubbliche, private, società scientifiche, società professionali, ONG (Organizzazioni Non Governative), esperti del mondo dell'industria, della ricerca e dell'istruzione.

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS), che è stato *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems* (WHO-CC) dal 2001 fino al 2021, è il riferimento dell'ISS per la ricerca, la prevenzione e la formazione in materia di alcol e problematiche alcol-correlate da 25 anni. L'ONA-ISS

garantisce un continuo collegamento e confronto con le iniziative europee e internazionali, avendo il ruolo di *Focal Point on alcohol* della WHO da cui fu designato WHO-CC per quanto riguarda le tematiche alcol-correlate, epidemiologiche e di salute pubblica, che realizza con attività di comunicazione, informazione e sensibilizzazione, formazione, prevenzione e promozione della salute.

L'ONA-ISS è l'organismo tecnico-scientifico indipendente che guida il monitoraggio epidemiologico sul consumo di alcol in Italia. Svolge un ruolo centrale nella tutela della salute pubblica, analizzando i dati per supportare il Ministero della Salute e le istituzioni internazionali nella definizione di politiche di prevenzione. Funzioni principali dell'ONA-ISS sono:

1. *Consulenza strategica*
funge da organo consultivo per il Governo e il Parlamento, contribuendo alla redazione della Relazione annuale al Parlamento sull'alcol;
2. *Ricerca e prevenzione*
svolge attività di ricerca sulle patologie alcol-correlate e promuove campagne di sensibilizzazione);
3. *Alcohol Prevention Day (APD)*
organizza annualmente questa giornata, generalmente in aprile, per presentare i dati aggiornati e promuovere strategie di prevenzione a livello nazionale e regionale;
4. *Monitoraggio epidemiologico*
gestisce il SISMA (SIStema di Monitoraggio Alcol-correlato), che rielabora i dati nazionali per valutare l'impatto del consumo di alcol sulla popolazione, con particolare attenzione ai target sensibili come giovani, donne e anziani.
A questo riguardo, il SISMA nasce come strumento operativo dell'ONA-ISS per standardizzare e potenziare la sorveglianza epidemiologica sull'alcol in Italia. L'istituzione del SISMA si colloca nel solco della Legge quadro 125/2001, che ha reso obbligatorio il monitoraggio dei rischi e dei danni alcol-correlati per informare il Parlamento e le istituzioni. Pertanto, esso è stato introdotto ufficialmente per analizzare in modo sistematico l'impatto del consumo di alcol, utilizzando indicatori validati a livello nazionale e internazionale (WHO, Commissione Europea). Successivamente, a partire dal 2015, l'ONA-ISS ha integrato nuovi indicatori nel sistema. La sua funzione di guida formale per il monitoraggio epidemiologico è stata ulteriormente sancita dal DPCM del 3 marzo 2017, che ne ha definito l'attuazione nell'ambito delle politiche di salute pubblica. In sintesi, il SISMA è nato dalla necessità di trasformare dati grezzi (provenienti da fonti come l'ISTAT, l'Istituto Nazionale di Statistica) in indicatori epidemiologici pronti all'uso per guidare le campagne di prevenzione e le decisioni politiche.

L'APD, riconosciuto nel 2016, nell'ambito delle attività della *Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)* della Commissione Europea, come esempio di buona pratica quale attività di sensibilizzazione ed educazione della popolazione per la prevenzione dei danni alcol-correlati, compie 25 anni. L'ONA-ISS è impegnato a organizzare e promuovere dal 2003 l'APD, per molti anni sostenuto e finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito delle iniziative di comunicazione e prevenzione (Legge 125/2001), sempre in stretta collaborazione con la Società Italiana di Alcologia (SIA), l'Associazione Italiana Club Alcolologici Territoriali (AICAT) ed Eurocare Italia, attraverso gruppi di lavoro congiunti e il Network dei Centri Alcolologici Regionali delle Regioni Toscana e Liguria. L'APD è da sempre un'esperienza unica per condividere azioni concrete ed efficaci e buone pratiche da parte di diverse realtà regionali, comunali e locali basate sull'esperienza e l'impegno delle associazioni di volontariato e dell'auto e mutuo aiuto, tra cui Alcolisti Anonimi, Ala-teen e Ala NON, e molte associazioni non convenzionali o formali che

assicurano il loro prezioso supporto a coloro che hanno un forte bisogno di aiuto o nel difficile processo di riabilitazione e reintegrazione sociale. L'evento viene svolto annualmente secondo obiettivi e contenuti previsti dalla Legge quadro nazionale sull'alcol 125/2001. L'APD rappresenta l'occasione annuale, peraltro richiesta per la Relazione annuale del Ministro della Salute al Parlamento (Legge 125/2001), di fornire l'analisi dei consumi di alcol nella popolazione attraverso il SISMA basata sui dati e gli indicatori originali dell'Indagine Multiscopo dell'ISTAT per dare origine a una serie originale di nuovi indicatori di esposizione al rischio in grado di garantire alle esigenze di monitoraggio formale previsto dal DPCM 3 marzo 2017 che trasferisce all'ONA-ISS la sorveglianza specifica sull'impatto di alcol in Italia e nelle Regioni, oltre a soddisfare l'impegno richiesto dall'ISTAT all'ISS di garantire la regolarità della Statistiche DERivate o rielaborazioni SDE ISS-00034 "Monitoraggio dell'impatto del consumo di Alcol sulla salute in Italia in supporto all'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute" in ottemperanza agli impegni presi dall'ONA per l'attuazione del Piano Statistico Nazionale. L'APD fin dalla sua prima edizione in ISS nel 2003, ispirata dall'iniziativa di due convegni precedenti svolti a Firenze, promossi dall'Azienda Ospedaliera di Careggi e dall'Università degli Studi di Firenze, in collaborazione con il Comune di Firenze e la Regione Toscana, è diventato un punto di riferimento per le regioni italiane, i comuni e le unità sanitarie locali del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) che replicano localmente la giornata di prevenzione, fungendo da catalizzatore per l'attuazione di eventi, piani e strategie di prevenzione nazionali, regionali e locali rivolti alla popolazione generale.

In Italia, anche quest'anno si conferma un uso diametralmente opposto a quello "mediterraneo" delle passate generazioni che è oggi ispirato a modelli internazionalizzati sempre più distanti dal consumo "moderato" e controllato contestuale ai pasti ed è sempre più in crescita la diffusione dell'alcol tra le categorie più vulnerabili della popolazione come i giovani, le donne e gli anziani. Nonostante le sollecitazioni della WHO ad un'accelerazione nelle misure di contrasto al consumo dannoso e le richiamate evidenze di urgenza e necessità di politiche di salute pubblica di prevenzione alcol-correlata, con azioni incisive ispirate al rispetto degli impegni presi per l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite attraverso i *Sustainable Development Goals* (SDG), l'Italia vede ulteriormente crescere, e non diminuire, i consumi medi di alcol. In Italia nel 2022, il consumo totale *pro-capite* è stato pari a 8,3 litri di alcol puro, valore che colloca il nostro Paese tra quelli a consumo relativamente basso rispetto alla media europea, ma distante dal consumo medio mondiale di 5,0 litri *pro-capite* così come stimato dalla WHO nello stesso anno. Nonostante il livello complessivamente contenuto, l'Italia registra un incremento del 7,6% nel periodo 2016-2022, configurandosi come il secondo maggiore aumento nell'Unione Europea, preceduto soltanto dalla Lettonia. La posizione italiana risulta inoltre particolarmente significativa quando confrontata con quella degli altri grandi Paesi produttori di vino, quali Francia, Spagna, Grecia e Portogallo, che presentano livelli assoluti di consumo alcolico generalmente più elevati ma tendenze stazionarie o declinanti nel periodo considerato. Questi dati suggeriscono che l'Italia costituisca un'eccezione nel panorama europeo, risultando l'unico grande Paese produttore di vino a mostrare un incremento significativo del consumo complessivo *pro-capite* nell'ultimo sessennio; risulta pertanto necessario monitorare con attenzione l'evoluzione del consumo alcolico in Italia nei prossimi anni, in particolare in relazione al target previsto per il 2030 nell'ambito del SDG 3.5, in quanto l'andamento rilevato, pur partendo da valori assoluti moderati, potrebbe costituire un elemento critico rispetto al raggiungimento di tali obiettivi; ciò richiede la definizione di strategie preventive mirate, soprattutto nei gruppi di popolazione maggiormente esposti ai cambiamenti nei pattern di consumo. Sulla base di quanto riassunto, l'aumento dei consumi medi *pro-capite* registrati in Italia è in costante controtendenza rispetto ad una riduzione che avrebbe dovuto rappresentare entro il 2025 un target plausibile di sviluppo sostenibile intermedio (-10%), da completare con una riduzione finale del 20% prevista

entro il 2030 dalla strategia della Nazioni Unite. È evidente la sostanziale ininfluenza dei livelli di prevenzione dell'ultimo decennio sulle frequenze rilevate costantemente elevate, lì dove non in ulteriore aumento, di consumatori a rischio, fuori pasto e *binge drinker*, e di consumatori dannosi, l'elevato ricorso a prestazioni sanitarie, l'incidenza invariata sui livelli di mortalità attribuita al consumo di alcol (prima tra tutte quella legata all'insorgenza di decine di migliaia di casi di cancro), l'inadeguatezza delle strutture e del personale dell'SSN nella capacità di identificazione precoce. Si continua inoltre a sottolineare la preoccupante limitata capacità d'intercettazione dei DUA, individuati in quantità veramente marginale, la cui maggioranza è e resta in necessità di un trattamento che l'SSN non assicura come atteso. A questo riguardo, tutti gli esperti del settore concordano nel sostenere l'importanza della formazione auspicabilmente obbligatoria per i medici e i professionisti della salute dell'SSN, assicurare adeguati e omogenei livelli d'intervento territoriali, protocolli basati su linee guida e standard omogenei sul territorio, contribuendo a diminuire le disuguaglianze di salute e i gradienti di salute tra Regioni. È inoltre importante contrastare la diffusione di disinformazione che normalizza un uso privo di rischi di quantità "moderate" di alcol e che incide profondamente sullo sviluppo e sugli esiti di molte malattie e patologie evitabili. Si impone la necessità e l'urgenza di un nuovo Piano Nazionale di Prevenzione, e di Piani Regionali di Prevenzione integrando le azioni concrete e misurabili definite dal Piano d'Azione Globale sull'alcol 2022-2030.

Per affrontare il problema del consumo dannoso di alcol, saranno necessari sforzi congiunti: un approccio che coinvolga l'intera società, riconoscendo che non solo i governi, ma tutte le parti interessate, incluse le università, le associazioni professionali, le società scientifiche, la società civile e il settore privato, possono svolgere un ruolo e contribuire a migliorare i risultati sanitari correlati al consumo dannoso di alcol.

Il presente rapporto 2026 coincide con la venticinquesima edizione dell'APD, con la celebrazione dei 25 anni dell'ONA-ISS e con la contestuale promulgazione della Legge quadro 125/2001 in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. Esso è dedicato a tutti coloro che, a vario titolo e livello (ricercatori, rappresentanti istituzionali, operatori della sanità e della prevenzione, esperti di numerose discipline mediche e non, rappresentanti del Terzo Settore e dell'associazionismo), hanno lavorato in questo ambito, a tutti coloro che hanno trasformato il proprio lavoro in una vocazione, che non si sono fermati al primo ostacolo ma che hanno continuato a cercare la soluzione migliore, a coloro che hanno accolto momenti di difficoltà come opportunità per imparare e crescere, a coloro che hanno voluto "esserci", che hanno creduto che facendo parte di una comunità che condivide e interagisce, il tutto è superiore alla somma di parti.

Dott.ssa Claudia Gandin
*Responsabile scientifico Osservatorio Nazionale Alcol
Centro Nazionale Dipendenze e Doping*

PARTE 1
Attività di monitoraggio dell'ONA-ISS

POLITICHE SULL'ALCOL IN EUROPA

Il consumo di alcol rappresenta uno dei principali fattori di rischio prevenibili per malattia, disabilità e morte prematura a livello globale (1-4). Il *burden* complessivo include malattie croniche non trasmissibili (come tumori, malattie cardiovascolari e cirrosi epatica) e lesioni involontarie e intenzionali, tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali (4-8). Secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie (*International Classification of Diseases*, ICD) della *World Health Organization* (WHO), l'alcol contribuisce ad almeno 40 condizioni totalmente attribuibili all'alcol, e più di 200 sono parzialmente correlate, tra cui almeno sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e molte patologie infettive (5).

Il dibattito sulle politiche sull'alcol in Europa e a livello internazionale si è concentrato nel 2025 sulle politiche in materia di alcol e la prevenzione del cancro. A questo riguardo, il consumo di alcol è associato a un aumentato rischio di sviluppare alcuni tumori, tra cui quelli del cavo orale, della faringe, dell'esofago, del fegato, della laringe, del colon-retto e del tumore della mammella, rischio molto spesso non comunicato o non comunicato adeguatamente alla popolazione (9). A tal riguardo, non esiste ad oggi una quantità sicura di consumo di alcol per quanto riguarda il rischio di cancro. Questo messaggio è veicolato a livello europeo dall'aggiornamento del Codice Europeo contro il cancro (*European Code Against Cancer - ECAC5*), dell'*International Agency for Research on Cancer* (IARC) della WHO alla sua quinta edizione, pubblicato lo scorso febbraio 2025, che per quanto riguarda l'alcol, al punto 6, propone, quale azione concreta, e scientificamente validata che ogni persona può mettere in pratica per ridurre significativamente il rischio di sviluppare tumori, di evitare le bevande alcoliche. Ogni quantità di alcol aumenta il rischio di tumore (10). L'esteso dibattito sull'argomento nel corso del 2025 ha portato, lo scorso ottobre 2025, alla pubblicazione di un manuale da parte della IARC/WHO. Il manuale riassume gli interventi ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol a livello di popolazione tra cui, oltre ad una serie di misure politiche di controllo (quali l'aumento della tassazione e le politiche di prezzo, la riduzione della disponibilità fisica delle bevande alcoliche e il controllo sul marketing dell'alcol), interventi coordinati, ad esempio a livello di assistenza sanitaria primaria rivolti all'identificazione precoce del consumo dannoso di alcol (11). Rispetto alle politiche alcolologiche efficaci per quanto riguarda i rischi legati al cancro, il dibattito nel corso del 2025 ha interessato principalmente 3 aree: le politiche di etichettatura delle bevande alcoliche (sviluppare evidenze per sostenere l'implementazione di efficaci avvertenze – *warning* – sulla salute sull'alcol, con un'attenzione specifica ai rischi di cancro), l'alfabetizzazione sanitaria e infine gli screening e interventi brevi ampiamente studiati in ambito di assistenza sanitaria primaria, quali l'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve (IPIB) dei Disturbi da Uso di Alcol (DUA), gli interventi psicosociali e quelli farmacologici (12, 13).

L'impatto dell'alcol inizia fin dalle prime fasi della vita: l'esposizione prenatale può causare i disturbi dello spettro feto-alcolico (*Foetal Alcohol Spectrum Disorders*, FASD), un insieme di condizioni completamente prevenibili che includono disabilità fisiche, cognitive, comportamentali e difficoltà di apprendimento (14-16). Anche tra i giovani, l'alcol rappresenta un grave problema di sanità pubblica: nella fascia 20-24 anni è associato a circa 1 decesso su 4.

La Regione Europea della WHO presenta i più alti livelli di consumo di alcol al mondo, circa il doppio della media globale, con oltre 11 litri di alcol puro *pro-capite* all'anno tra gli adulti (15+) e con una prevalenza elevata di consumo episodico eccessivo (*binge drinking*). Il consumo di alcol è il terzo fattore di rischio per malattia e morte prematura nella Regione, dopo tabacco e ipertensione (2). A esso si associano ingenti costi economici e sociali, tra cui perdita di

produttività, incidenti, violenza e un crescente carico per i sistemi sanitari. Inoltre, il consumo dannoso di alcol amplifica le disuguaglianze sociali, con impatti maggiori sulle popolazioni socio-economicamente svantaggiate (1).

Per contrastare il consumo dannoso di alcol, il Piano d'Azione Globale 2022-2030 (*Global Alcohol Action Plan 2022-2030*) della WHO (17,18) promuove e richiama nuovamente a misure politiche ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol, come le politiche dei prezzi, la regolamentazione/restrizione del marketing e le limitazioni della disponibilità fisica di bevande alcoliche (orari e giorni di vendita, densità dei punti vendita, rispetto dell'età minima), definendole *best buys* – migliori acquisti per prevenire o ridurre i danni alcol-correlati e invita tutti i Paesi a rafforzare e implementare con urgenza le politiche nazionali. L'insieme degli interventi e azioni suggeriti da tutti i piani strategici internazionali sull'alcol, mirano ad una riduzione del 20% del consumo *pro-capite* globale così come del consumo dannoso di alcol entro il 2030 (17-20).

L'alcol rappresenta un fattore di rischio chiave anche in relazione agli obiettivi di sviluppo sostenibile (*Sustainable Development Goals*, SDG), in particolare il Target SDG 3.5, che include tra i suoi indicatori il consumo *pro-capite* di alcol (21-26).

I dati sul consumo di alcol e sulle patologie alcol-correlate riportati in questo capitolo contribuiscono annualmente alla Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sull'attuazione degli interventi realizzati ai sensi della Legge quadro nazionale 125/2001 in materia di alcol e problemi alcol-correlati (27, 28).

Consumo di alcol *pro-capite* registrato in Europa

L'indicatore *Recorded Alcohol Per Capita Consumption* (rAPC) quantifica il consumo medio annuo di alcol puro *pro-capite* (espresso in litri di alcol etanolo al 100%) nella popolazione di età ≥ 15 anni, sulla base delle vendite ufficialmente registrate di bevande alcoliche. Si tratta di uno degli indicatori epidemiologici più utilizzati per monitorare l'evoluzione dei consumi alcolici a livello nazionale e internazionale, per valutare l'efficacia delle politiche di controllo e per stimare il carico di malattia attribuibile all'alcol.

Le evidenze epidemiologiche, provenienti da studi nazionali e internazionali, confermano una relazione diretta tra livelli elevati di consumo di alcol e un aumento del rischio di morbidità e mortalità per cause specifiche. In generale, all'aumentare della quantità di alcol consumata corrisponde un rischio crescente di condizioni patologiche e decessi correlati (1, 3). Episodi di consumo concentrato nel tempo – tipici dell'intossicazione alcolica – amplificano ulteriormente il rischio di incidenti stradali e di eventi cardiovascolari maggiori, come infarto e patologie coronariche, come documentato da rapporti della Commissione Europea e da diverse revisioni sistematiche (5-7, 29-35).

La WHO utilizza un insieme diversificato di indicatori per monitorare il consumo di alcol, in funzione degli obiettivi analitici e della disponibilità dei dati. Tra questi, l'rAPC rappresenta l'indicatore di riferimento per la popolazione adulta (≥ 15 anni). Esso è definito come la quantità annuale di alcol puro consumata *pro-capite*, espressa in litri, calcolata esclusivamente sulla base dei consumi registrati attraverso i dati fiscali di produzione, importazione, esportazione e vendita (26). A differenza dell'indicatore relativo al consumo totale di alcol, l'rAPC non include le stime del consumo non registrato. L'indicatore è inoltre calcolato per tipologia di bevanda, consentendo di valutare il contributo dei diversi prodotti (vino, birra, superalcolici) e di supportare analisi utili alla programmazione di interventi di sanità pubblica.

La Figura 1 illustra l'andamento storico del consumo registrato *pro-capite* (rAPC) in Italia riportato nel database *Global Health Observatory* della WHO.

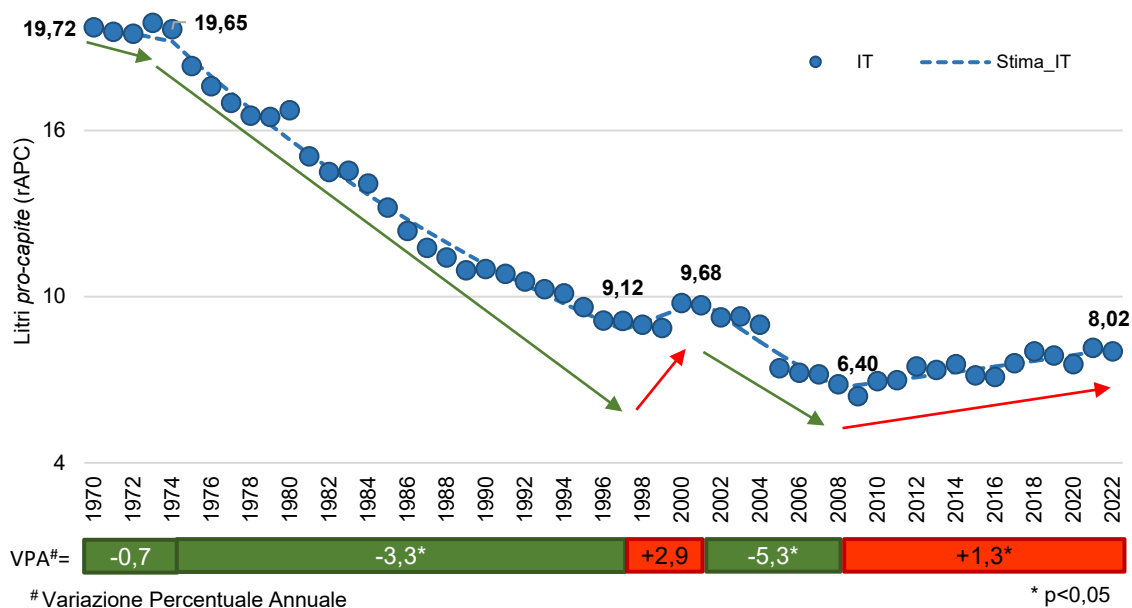


Figura 1. Consumo di alcol puro in litri *pro-capite* annuali (rAPC) effettivo e stimato negli adulti di età superiore a 15 anni in Italia (anni 1970-2022) e variazione percentuale annua (VPA)
 Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

In Italia, nel 1970, il consumo di alcol *pro-capite* era significativamente più elevato rispetto alla media europea (19,7 litri contro 13,8 litri). L'Italia è stata la prima nazione dell'area europea della WHO a raggiungere l'obiettivo di riduzione del 25% stabilito dalle precedenti strategie europee dello *European Alcohol Action Plan* (20). Nei decenni seguenti si è verificata una riduzione marcata tra il 2000 e il 2010, e quindi un successivo aumento con valori che nel 2022, ultimo dato disponibile pari a 8,02 litri *pro-capite*, annullano i progressi registrati nel decennio precedente ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption)). Il calo del consumo complessivo di alcol puro *pro-capite* dal 1970 è attribuibile soprattutto alla drastica riduzione del consumo di vino. Tuttavia, nonostante il forte declino nei decenni precedenti, negli ultimi anni si osserva una ripresa del consumo di questa bevanda, così come aumenta il consumo della birra. L'ultimo dato disponibile, riferito al 2022, evidenzia una crescita costante nel periodo 2008–2022, con una Variazione Percentuale Annua (VPA) pari a +1,3%. Il vino contribuisce per il 67,1% all'rAPC, seguito dalla birra (27,2%) e dai superalcolici (5,7%). Questo fa sì che il costante aumento dell'indicatore complessivo rispetto al 2016 (anno di partenza della strategia per il raggiungimento dell'obiettivo di sviluppo sostenibile SDG 3.5.2), sia determinato dall'incremento costante del consumo *pro-capite* di vino (Variazione Percentuale Annua Media (VPAM)=+1,5%) e di birra (VPAM=+2,2%) nonostante il consumo medio *pro-capite* di superalcolici sia diminuito negli stessi anni (VPAM=-10%) (Figura 2).

Tale incremento contrasta con gli SDG al 2030 della strategia delle Nazioni Unite, che auspicano una riduzione dei consumi dannosi e una promozione più efficace di comportamenti salutari e sostenibili.



Figura 2. Consumo di alcol puro in litri *pro-capite* annuali totale (rAPC) e per tipologia di bevanda, effettivo e stimato negli adulti di età superiore a 15 anni in Italia (anni 2016-2022) e variazione percentuale annua media (VPAM)

Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

Nella Tabella 1 sono riportate le variazioni percentuali di rAPC rilevate tra il 2016 e il 2022 in 27 Paesi europei, considerando sia la variazione del consumo totale di alcol (rAPC), sia le tre principali categorie di bevande: vino, birra e alcolici. Nel periodo considerato, la variazione complessiva del consumo *pro-capite* (rAPC) mostra un quadro eterogeneo: 13 Paesi presentano un aumento dei consumi *pro-capite* e 14 una riduzione. Gli incrementi più consistenti si registrano in Portogallo (+24,04%), Romania (+19,44%), Lettonia (+13,27%) e in Italia (+13,12%), mentre le diminuzioni più marcate si riscontrano in Belgio (-17,41%), Estonia (-17,23%), Malta (-16,41%), Finlandia (-9,61%) e Francia (-8,35%).

Tabella 1. Variazione (%) del consumo di alcol puro in litri *pro-capite* annuali (rAPC) e delle singole bevande alcoliche consumate negli adulti di età superiore a 15 anni in Italia e nei Paesi europei (EU27) (anni 2016-2022)

Paese	rAPC	Vino	Birra	Superalcolici
Portogallo	24,04	28,60	29,01	0
Romania	19,44	30,08	-6,25	80,34
Lettonia	13,27	20,77	-9,17	32,22
Italia	13,12	17,47	19,78	-33,33
Spagna	7,62	10,80	9,45	-0,40
Croazia	6,59	-11,97	14,87	18,38
Svezia	5,87	1,47	3,77	22,00
Bulgaria	3,51	-29,71	5,63	13,93
Repubblica ceca	2,45	5,76	-1,73	8,16
Slovacchia	1,71	-9,32	-10,66	16,70
Austria	1,05	-6,42	5,77	0,61
Polonia	0,38	7,23	-6,50	9,57
Paesi Bassi	0,36	0,69	-3,47	11,11
Danimarca	-1,37	-5,87	-1,40	10,43
Grecia	-1,48	-7,44	-1,88	8,28
Irlanda	-5,10	-4,35	-10,64	12,50
Ungheria	-5,13	-32,87	3,55	12,57
Germania	-5,44	-4,69	-8,83	0,00
Slovenia	-5,71	-28,30	6,82	75,00
Lussemburgo	-6,88	-13,57	-0,27	-3,27
Lituania	-7,68	34,95	-17,00	-2,01
Cipro	-7,82	-5,77	-7,21	-11,83
Francia	-8,35	-17,97	20,81	-6,17
Finlandia	-9,61	-9,20	-15,09	-13,91
Malta	-16,41	-19,16	-30,79	9,95
Estonia	-17,23	-17,45	-22,50	-2,01
Belgio	-17,41	-25,36	-12,78	-10,43

Fonte: Elaborazione SISMA, ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

Il consumo *pro-capite* di vino mostra una tendenza complessiva al ribasso con 17 Paesi su 27 in cui si registra una diminuzione; gli aumenti più significativi si osservano invece in altri Paesi, Italia inclusa: in Lituania (+34,95%), Romania (+30,08%), Portogallo (+28,6%), Lettonia (+20,77%) e in Italia (+17,47%).

La birra segue un andamento analogo con 17 Paesi in diminuzione sebbene incrementi significativi si osservino in Portogallo (+29,01%), Francia (+20,81%), Italia (+19,78%), Croazia (+14,87%) e Spagna (+9,45%).

Per i superalcolici si osserva invece un andamento opposto a quello di vino e birra con 16 Paesi in aumento (i più consistenti in Romania, Slovenia, Lettonia e Svezia), ma non per l'Italia che invece risulta il Paese con la più grande riduzione (-33,33%) insieme a Finlandia (-13,91%), Cipro (-11,83%) e Belgio (-10,43%).

La possibilità di confrontare i modelli di consumo alcolico, in Italia come nei vari Paesi dell'Unione Europea (UE), è cruciale per stimolare l'adozione di politiche coordinate che favoriscano il raggiungimento degli SDG in Europa. È però necessario tenere conto delle differenze culturali nei comportamenti di consumo e nella preferenza per specifiche tipologie di bevande alcoliche, che riflettono le peculiarità delle tradizioni nazionali.

Tale analisi evidenzia un'Europa divisa in due principali gruppi: un gruppo dove si osserva una riduzione complessiva dei consumi di alcol e un'altra metà in cui si evidenzia una crescita. Rispetto al confronto europeo, l'Italia si distingue nettamente dagli altri Paesi, nel periodo a partire dal 2016, per una crescita complessiva tra le più alte in Europa, con un incremento rilevante

di vino e birra superiore a quasi tutti i Paesi UE e un calo marcato dei superalcolici, unico nel suo genere. Tale risultato è in opposizione con quanto rilevato storicamente in Italia a decorrere dal 1970 che la mostrava come Paese virtuoso con un andamento dell'rAPC in costante diminuzione, contrariamente a quanto si osservava in molti Paesi europei. Questi dati sottolineano l'evoluzione distinta dei modelli di consumo di alcol tra Italia e Paesi dell'UE, riflettendo non solo differenze culturali e gastronomiche, ma anche l'impatto delle politiche di salute pubblica e delle trasformazioni sociali. Le differenze culturali e gastronomiche, i potenti interessi commerciali e la mancanza di *governance*, finanziamenti e infrastrutture adeguate hanno nei fatti ostacolato in Italia l'attuazione di politiche e interventi efficaci che avrebbero potuto ostacolare gli incrementi registrati (36, 37).

L'rAPC è un indicatore standardizzato in tutti i Paesi ma che non tiene conto del consumo di alcol non registrato uAPC (*unrecorded Alcohol Per capita Consumption*), ovvero la quantità di alcol non tassato, quindi prodotto, distribuito o venduto al di fuori dei canali formali e dal controllo governativo, come quello prodotto illegalmente o privatamente (es. tramite distillazione non dichiarata). L'indicatore uAPC viene calcolato attraverso modelli statistici basati su stime locali ed è un indicatore fondamentale per il consumo reale di alcol in un Paese. La quota di consumo uAPC, che sfuggirebbe alla valutazione puntuale del consumo effettivo di alcol, è stimata e inclusa come componente ulteriore da sommare alla quota di consumo rAPC generando la stima del consumo totale di alcol espressa dall'indicatore *total Alcohol Per-capita Consumption* (tAPC), utilizzato nel sistema di monitoraggio degli SDG delle Nazioni Unite (Agenda 2030) per la valutazione dell'andamento dell'obiettivo SDG 3.5 che mira alla riduzione del consumo *pro-capite*, del consumo dannoso (*harmful*), della mortalità alcol-attribuibile (22), come descritto nel dettaglio nel prossimo paragrafo. Per questo motivo, i valori di rAPC sono complessivamente più bassi dell'indicatore tAPC che la WHO usa in via preferenziale per seguire l'andamento dei consumi di alcolici.

Nella Regione Europea, la WHO ha introdotto un sistema di monitoraggio congiunto per monitorare i progressi dell'*Health 2020*, gli SDG, e le malattie non trasmissibili. Questo sistema, in supporto agli Stati membri per misurare i progressi in modo coerente e tempestivo, include l'indicatore tAPC (23). Tale indicatore si integra nei sistemi di monitoraggio delle strategie globali di prevenzione delle malattie non trasmissibili, che si propongono di ottenere, entro il 2025, una riduzione relativa di almeno il 10% nell'uso dannoso di alcol. Questo obiettivo è valutato attraverso vari parametri: la diminuzione del consumo, la prevalenza del consumo episodico eccessivo standardizzata per età e la riduzione di morbidità e mortalità legate all'alcol tra adolescenti e adulti.

SDG 3.5: riduzione del consumo dannoso di alcol

Il consumo di alcol mina l'impegno delle Nazioni Unite al raggiungimento di molti SDG, influenzando una serie di indicatori riguardanti la salute. Secondo la più recente scheda informativa della WHO sugli SDG, il consumo di alcol continua a compromettere il raggiungimento di 13 dei 17 SDG: l'alcol può infatti avere ripercussioni sulla diffusione di malattie infettive (come HIV, epatiti virali e tubercolosi), sulla salute mentale e l'incidentalità stradale, sulle principali malattie non trasmissibili, sulla salute dei bambini, nonché influenzare negativamente, in maniera sia diretta che indiretta, su un'ampia gamma di indicatori relativi allo sviluppo economico e sociale, all'ambiente e all'uguaglianza (23).

Il solo fatto che nell'Agenda 2030 tra gli SDG sia incluso un target specifico sul consumo dannoso di alcol (3.5: rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e l'uso dannoso di alcol) dimostra il ruolo chiave dell'alcol nell'agenda di

sviluppo globale e la necessità di supportare azioni politiche integrate di contrasto al consumo (https://sdgs.un.org/goals/goal3#targets_and_indicators). In particolare, il Target 3.5 si concentra specificamente sulla riduzione dell'uso dannoso di alcol, che è identificato come uno dei fattori di rischio chiave per la salute globale. L'impatto negativo del consumo di alcol si manifesta attraverso l'aumento della morbidità e mortalità dovuta a malattie non trasmissibili, come le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie epatiche e i disturbi neuropsichiatrici, e attraverso l'incremento degli incidenti stradali, della violenza e delle lesioni autoinflitte. (21).

Nel 2019, il consumo di alcol è stato responsabile di 2,6 milioni di decessi nel mondo, pari al 4,7% di tutti i decessi globali. L'impatto è risultato significativamente più elevato tra gli uomini, che hanno registrato 2 milioni di decessi, rispetto alle donne (0,6 milioni). Inoltre, le persone di età compresa tra 20 e 39 anni hanno sperimentato la più alta percentuale di mortalità alcol-attribuibile, pari al 13% di tutti i decessi in questa fascia d'età (1). A livello globale, si stima che 400 milioni di persone vivano con DUA e 209 milioni con dipendenza da alcol (rispettivamente il 7,0% e il 3,7% della popolazione mondiale adulta) nel 2019. Questi dati confermano la persistenza di un rilevante carico di malattia e disabilità alcol-correlato (1).

Numerosi documenti strategici internazionali supportano gli Stati membri nel contrasto al consumo dannoso di alcol, tra questi, la Strategia dell'UE per sostenere gli Stati membri nella riduzione dei danni correlati all'alcol (19) che definisce priorità e linee guida per ridurre i danni sanitari e sociali legati all'alcol e il Piano d'azione europeo della WHO per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 (20), supportate dalla strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol (4) che propongono misure basate sull'evidenza per prevenire e ridurre il consumo dannoso di alcol.

All'interno dell'Agenda 2030 (22), sono due gli indicatori ufficiali associati al tema alcol per monitorare il raggiungimento dell'obiettivo 3.5: *rafforzare la prevenzione e il trattamento dell'abuso di sostanze, compreso l'abuso di stupefacenti e il consumo dannoso di alcol* definiti dall'*UN Statistical Commission* e riportati nel *Global SDG Indicator Framework* (38)

- Indicatore SDG 3.5.1 – Copertura degli interventi di trattamento finalizzato a misurare la copertura dei servizi di trattamento (farmacologici, psicologici, riabilitativi, ecc.) per i DUA e a valutare quanto i sistemi sanitari siano in grado di offrire cure efficaci alle persone con dipendenza (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/contact-coverage-of-treatment-services-for-substance-use-disorders>).
- Indicatore SDG 3.5.2 – Consumo *pro-capite* di alcol finalizzato a misurare il consumo annuale di alcol puro *pro-capite*, utilizzato per monitorare tendenze di consumo e confronti internazionali ([https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-\(recorded-unrecorded\)-alcohol-per-capita-\(15-\)-consumption](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption)).

Indicatore SDG 3.5.1 – Copertura degli interventi di trattamento

Nella banca dati online della WHO, la pagina dedicata all'indicatore 3.5.1, che ne descrive anche la metodologia e la definizione adottata, non presenta alcun trend relativo alla copertura degli interventi di trattamento per i DUA, né per droga né per alcol.

La metodologia prevede che per calcolare l'indicatore è necessario dividere il numero di persone che ricevono servizi di trattamento almeno una volta all'anno per il numero totale di persone con DUA nello stesso anno; la stessa WHO specifica che l'indicatore è calcolato solo se il Paese fornisce dati annuali completi (o almeno approssimabili) su: numero di persone trattate

almeno una volta nell'anno e numero stimato di persone con DUA e non riporta un trend storico per paese in quanto i dati forniti dagli Stati sono spesso occasionali.

In Italia, il dato relativo al numero di persone in trattamento presso i servizi per l'alcoldipendenza è disponibile su base annuale, raccolto dal Ministero della Salute e pubblicato nella relazione annuale del Ministro al parlamento. In Italia, nell'anno 2023, ultimo dato disponibile, il numero di utenti presi in carico dai servizi per l'alcoldipendenza sono stati 64.856 (M=48.988; F=15.868) e di questi il 28,5% del totale erano nuovi utenti. Il rapporto maschi/femmine è stato di circa 3 uomini ogni femmina e la classe di età più frequente è stata quella dei 50-59enni (30,2%) (27). Tra il 2016 e il 2023 il numero complessivo degli utenti dei servizi è diminuito da 71.219 a 64.856. Nel 2020 si è registrato il minor accesso di nuovi utenti ai servizi di entrambi i sessi, verosimilmente dovuto alla chiusura dei servizi stessi a causa dell'infezione da SARS-CoV-2, utenti che dal 2021 hanno ripreso ad aumentare fino a 18.459 nel 2023 (Figura 3).

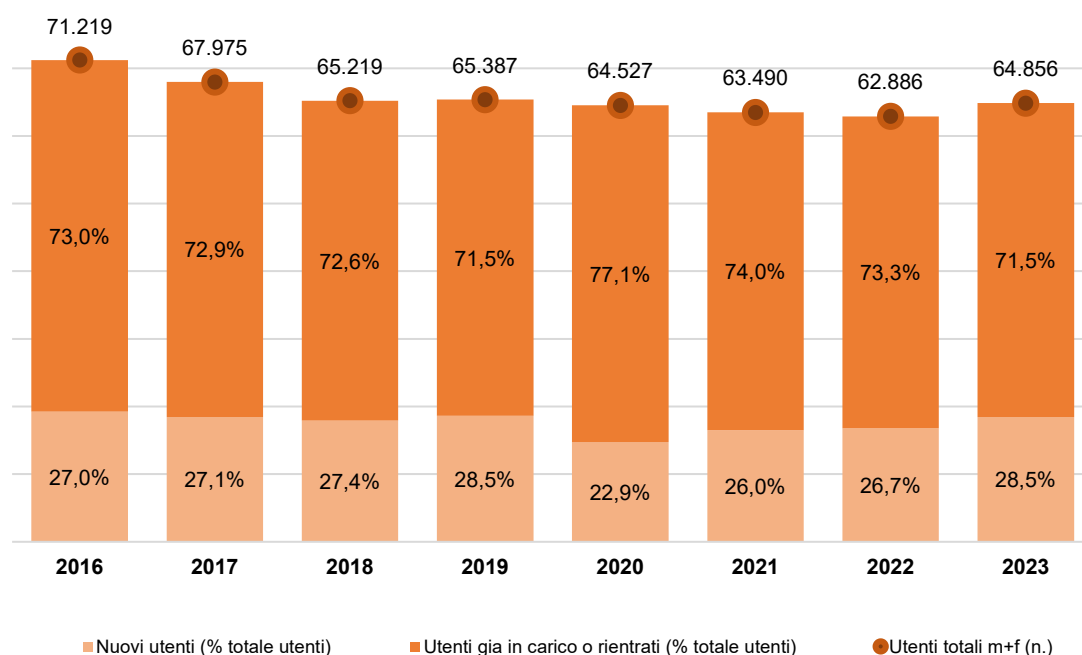


Figura 3. Numero di utenti presi in carico dai servizi per l'alcoldipendenza dal 2016 al 2023
Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati Ministero della Salute

Al fine di monitorare l'andamento dell'indicatore SDG 3.5.1 sulla “copertura degli interventi di trattamento (farmacologici, psicosociali, servizi di riabilitazione e assistenza post-ricovero) per i disturbi da uso di sostanze”, l'ONA ha sviluppato un indicatore in grado di identificare la copertura dei servizi di trattamento per i DUA in relazione al numero di soggetti con un consumo dannoso di alcol, approssimabile quindi al numero di soggetti affetti da DUA. L'indicatore è definito come il numero di utenti presi in carico dai servizi, che hanno quindi ricevuto un trattamento in un determinato anno, diviso per il numero totale di persone con consumo dannoso di alcol, approssimabile quindi al numero di soggetti affetti da DUA nello stesso anno. Tale indicatore di monitoraggio misura quindi quanto efficacemente un sistema sanitario riesce a raggiungere e trattare le persone che necessitano di cure per disturbi legati al consumo di alcol. A

tal riguardo, è importante segnalare che sono molti i fattori che possono influenzare l'indicatore, per citarne alcuni: 1) la capacità di accesso ai servizi; 2) la disponibilità di programmi terapeutici; 3) la distribuzione geografica dei servizi; 4) il livello di integrazione e di risposta dei servizi sanitari e sociali. In Italia tra il 2016 e il 2020 si è registrata una forte diminuzione dell'indicatore seguita da un leggero aumento nel 2021 che si è stabilizzato nel 2023 a 8,3. Una diminuzione dell'indicatore è indicativa di una scarsa accessibilità dei servizi o di una insufficiente capacità del sistema sanitario di intercettare le persone che necessitano di essere prese in carico dal sistema sanitario (Figura 4) (27, 36).

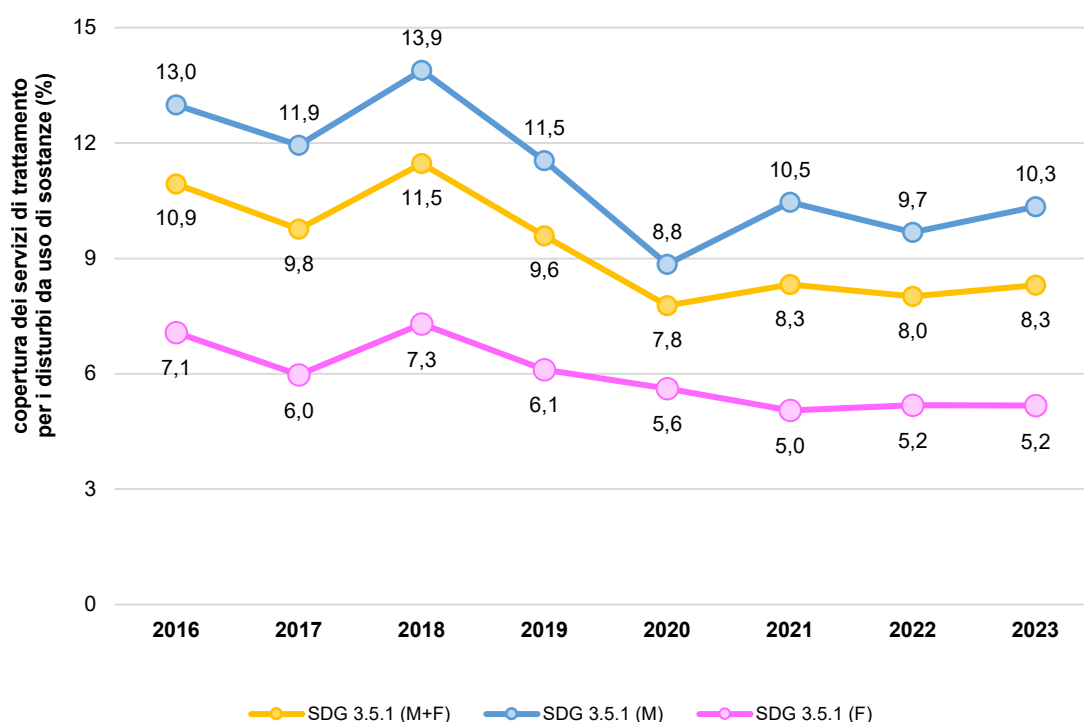


Figura 4. Indicatore SDG3.5.1- copertura dei servizi di trattamento per l'alcol dipendenza (%) dal 2016 al 2023
Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati Ministero della Salute

Indicatore SDG 3.5.2 – Consumo *pro-capite* di alcol

L'indicatore 3.5.2, il tAPC, rientra nell'Obiettivo 3 dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite e costituisce uno strumento essenziale per monitorare i progressi verso il raggiungimento dell'obiettivo 3.5 dedicato alla riduzione dell'uso dannoso di alcol. Definito dalla WHO, il tAPC misura il consumo annuale di alcol puro *pro-capite* nella popolazione di età pari o superiore ai 15 anni. Si tratta di un indicatore strettamente correlato ai comportamenti di consumo rischiosi e ai relativi impatti sulla salute pubblica.

Il valore del tAPC viene stimato combinando sia i consumi registrati – derivati da dati ufficiali su produzione, importazioni, esportazioni e vendite – sia il consumo non registrato, che include l'alcol prodotto e consumato al di fuori dei canali formali di mercato. Quest'ultima componente può risultare particolarmente significativa in specifici contesti nazionali, ad esempio nei Paesi con economie emergenti o dove è diffusa la produzione artigianale di bevande alcoliche. Includere

entrambe le dimensioni consente di ottenere una misura più accurata e comparabile del fenomeno, utile per orientare politiche efficaci di prevenzione e controllo.

Il tAPC viene calcolato sommando la media triennale *pro-capite* (15+) del consumo di alcol registrato e una stima del consumo di alcol non registrato *pro-capite* (15+) per un anno solare, corretta per il consumo turistico che tiene conto dei turisti che visitano il paese e degli abitanti che visitano altri Paesi. Il consumo di alcol registrato e non registrato differisce in quanto quest'ultimo riflette la quantità di alcol non tassato che viene prodotto, distribuito o venduto al di fuori dei canali formali e quindi fuori dal controllo governativo. L'alcol non registrato può essere prodotto, venduto e acquistato legalmente o illegalmente: nei Paesi dell'UE+ si tratta un grande gruppo eterogeneo di prodotti che variano tra e all'interno dei Paesi.

Si possono distinguere quattro ampie categorie di alcol non registrato:

1. bevande alcoliche fatte in casa (legali e illegali);
2. alcol prodotto illegalmente, prodotti alcolici contraffatti, o alcol prodotto informalmente che non è stato dichiarato alle autorità statali per evitare la tassazione;
3. prodotti alcolici non destinati o non ufficialmente destinati al consumo umano, ma consumati come alcol surrogato (come alcolici medicinali o cosmetici);
4. alcol che viene portato oltre il confine (contrabbandato o portato legalmente, ma registrato in un'altra giurisdizione) (2).

L'importanza del tAPC come indicatore degli SDG risiede nella sua capacità di fornire dati standardizzati, affidabili e comparabili tra Paesi, permettendo di osservare l'evoluzione dei modelli di consumo di alcol nel tempo. Tale comparabilità è essenziale per valutare l'efficacia delle politiche di salute pubblica – tra cui strategie fiscali, regolamentazioni sulla pubblicità e campagne di prevenzione – mirate alla riduzione dell'uso dannoso di alcol.

Numerosi sono i documenti strategici internazionali per sostenere gli Stati membri nel contrasto al consumo dannoso di alcol, tra questi, il rapporto “An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm” (19) e lo “European action plan to reduce harmful use of alcohol 2012-2020” (20), supportate dal “Global action plan for the prevention and control of non communicable diseases 2013-2020” (39), “Global strategy to reduce the harmful use of alcohol” (4) e dal “Global alcohol action plan 2022-2030” (18). Quest'ultimo fissa come obiettivo una riduzione relativa del 10% del consumo *pro-capite* entro il 2025. Questo traguardo è pienamente coerente con il monitoraggio previsto dal Target 3.5 dell'Agenda 2030 (22,23), che include l'indicatore 3.5.2 come parametro chiave per valutare i progressi dei Paesi nel contenimento del consumo dannoso di alcol.

Nel 2022, il tAPC nella Regione Europea della WHO è stato il più elevato di tutte le Regioni della WHO con valori molto diversi tra i vari Stati membri. Il dato più elevato è stato rilevato in Romania (17,06) seguito da Lettonia, Repubblica Ceca, Lituania, Polonia, Austria e Bulgaria, mentre il valore più basso è stato registrato a Cipro (5,21) seguito da Malta, Grecia, Italia, Paesi Bassi, Belgio e Finlandia (Figura 5).

In Italia nel 2022, il consumo totale *pro-capite* è stato pari a 8,3 litri di alcol puro, valore che colloca il nostro Paese tra quelli a consumo relativamente basso rispetto alla media europea, ma distante dal consumo medio mondiale di 5,0 litri *pro-capite* così come stimato dalla WHO nello stesso anno (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-recorded-unrecorded-alcohol-per-capita-15-consumption>) (vedi Figura 4).

Nonostante il livello complessivamente contenuto, l'Italia registra un incremento del 7,6% nel periodo 2016–2022, configurandosi come il secondo maggiore aumento nell'Unione Europea, preceduto soltanto dalla Lettonia (+14,1%).

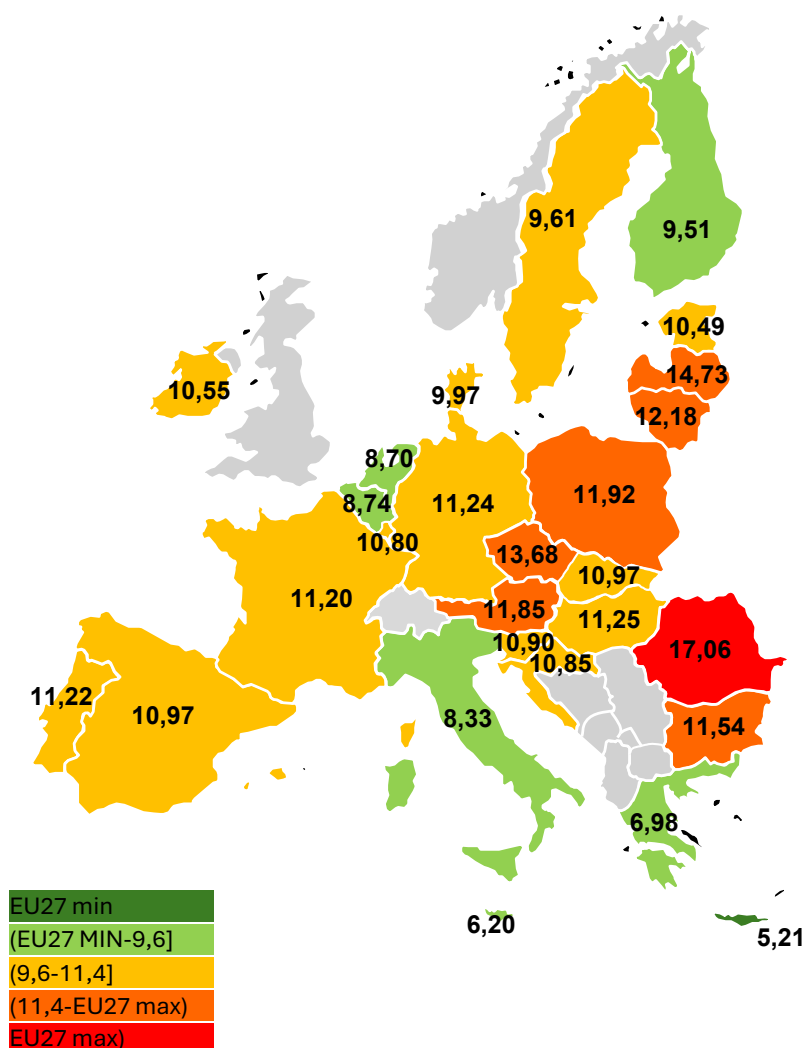


Figura 5. Consumo di alcol totale *pro-capite* (tAPC) in litri di alcol puro negli adulti di età pari o superiore a 15 anni in Italia e nei 27 Paesi europei nel 2022.
Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

Tale andamento si inserisce in un quadro generale caratterizzato da una prevalenza di trend decrescenti: quindici dei ventisette Stati membri evidenziano infatti una riduzione del consumo totale di alcol, spesso di entità rilevante, come nel caso di Francia (−9,8%), Cipro (−12,9%), Finlandia (−15,2%), Belgio (−15,9%) e Malta (−21,6%) (Figura 6).

La posizione italiana risulta inoltre particolarmente significativa quando confrontata con quella degli altri grandi Paesi produttori di vino, quali Francia, Spagna, Grecia e Portogallo, che presentano livelli assoluti di consumo generalmente più elevati ma tendenze stazionarie o declinanti nel periodo considerato. Nel 2022, ad esempio, il consumo totale *pro-capite* risulta pari a circa 11 litri in Francia, Spagna, e Portogallo, senza tuttavia evidenziare trend di crescita analoghi a quello osservato in Italia.

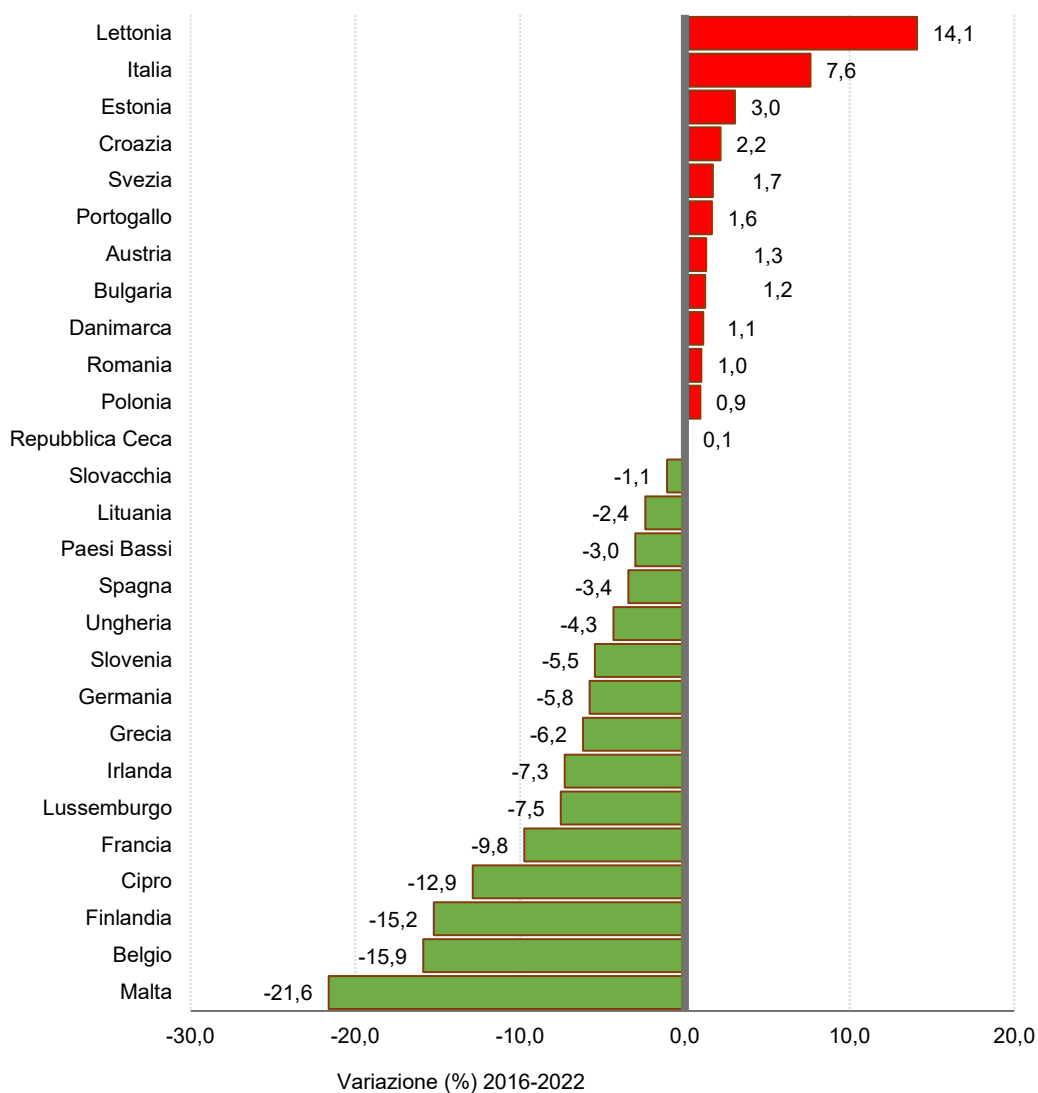


Figura 6. Variazione (%) del consumo totale di alcol *pro-capite* (tAPC) in litri di alcol puro (SDG 3.5.2) negli adulti di età maggiore o uguale a 15 anni in Italia e nei 27 Paesi UE tra il 2016 e il 2022.
Fonte: Elaborazione ONA-ISS su dati *Global Health Observatory* della WHO

Questi dati suggeriscono che l'Italia costituisca un'eccezione nel panorama europeo, risultando l'unico grande Paese produttore di vino a mostrare un incremento significativo del consumo complessivo *pro-capite* negli ultimi 6 anni. Risulta pertanto necessario monitorare con attenzione l'evoluzione del consumo alcolico in Italia nei prossimi anni, in particolare in relazione al target previsto per il 2030 nell'ambito dell'SDG 3.5, in quanto l'andamento rilevato, pur partendo da valori assoluti moderati, potrebbe costituire un elemento critico per il raggiungimento di tali obiettivi; ciò richiede la definizione di strategie preventive mirate, soprattutto nei gruppi di popolazione maggiormente esposti ai cambiamenti nei pattern di consumo.

CONSUMI NELLA POPOLAZIONE ITALIANA GENERALE

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS), come previsto dalle attività del Sistema di Monitoraggio Alcol SISMA previste dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 3 marzo 2017 (40), dal Piano di attuazione per l'anno 2024 del Programma Statistico Nazionale (PSN) 2023-2025 (41), e dalle passate azioni centrali del Ministero della Salute, ha analizzato i dati relativi all'anno 2024 dell'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana” condotta dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). L'ONA-ISS si è avvalso delle competenze e delle metodologie riconosciute a livello europeo e internazionale, e ha fornito, anche per l'anno 2024, il quadro di monitoraggio completo fondamentale per la definizione delle attività da intraprendere a livello nazionale e regionale in una prospettiva di sanità pubblica.

Le analisi condotte dall'ONA-ISS integrano le statistiche sul consumo di alcol in Italia prodotte dall'ISTAT nel rapporto BES (Benessere Equo e Sostenibile) (42) relative all'anno 2023, al fine di creare un sistema di monitoraggio nazionale periodico alcol-correlato, in collaborazione con il Ministero della Salute, finalizzato a fornire informazioni utili alla programmazione, alla prevenzione e alla salvaguardia della salute dei cittadini, oltre che alla stesura della relazione al parlamento (27) prevista ai sensi della Legge 125 del 30 marzo 2001 “Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati” (28).

I dati sono raccolti annualmente dall'ISTAT attraverso l'“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”. L'indagine, effettuata per la prima volta nel 1993, raccoglie le informazioni fondamentali relative alla vita quotidiana degli individui, tra cui le abitudini alimentari e i consumi delle bevande alcoliche. L'Indagine è realizzata a cadenza annuale, ed è condotta su un campione di circa 20.000 famiglie e 50.000 individui. Dal 2018 l'indagine si svolge con tecnica mista di rilevazione CAWI/PAPI sequenziale (*Computer Assisted Web Interview/Paper and Pencil Interview*). L'indagine rientra tra quelle del Programma Statistico Nazionale, che raccoglie l'insieme delle rilevazioni statistiche necessarie al Paese.

Consumatori di alcol, astemi e astinenti degli ultimi 12 mesi

L'indicatore relativo alla prevalenza di astemi nella popolazione è da anni inserito tra gli indicatori del *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH) della WHO, disponibile all'indirizzo [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-abstainers-lifetime-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/alcohol-abstainers-lifetime-(-);); esso è un indicatore fondamentale per la WHO per valutare e monitorare la situazione sanitaria e gli andamenti relativi al consumo di alcol, ai danni alcol-correlati e alle risposte politiche nei diversi Stati. In Italia, attraverso i dati raccolti con l'Indagine multiscopo delle famiglie - Aspetti della vita quotidiana dell'ISTAT è possibile stimare ogni anno sia la prevalenza degli astemi, ossia coloro che non hanno mai consumato bevande alcoliche nel corso della loro vita, sia quella degli astinenti, ossia coloro che nel corso degli ultimi dodici mesi non hanno consumato bevande alcoliche, pur avendone consumate prima.

La prevalenza degli astemi nel corso dell'anno 2024 è stata pari al 19,0% tra gli uomini e al 36,7% tra le donne e non si registrano variazioni significative rispetto al 2023 (Figura 7).

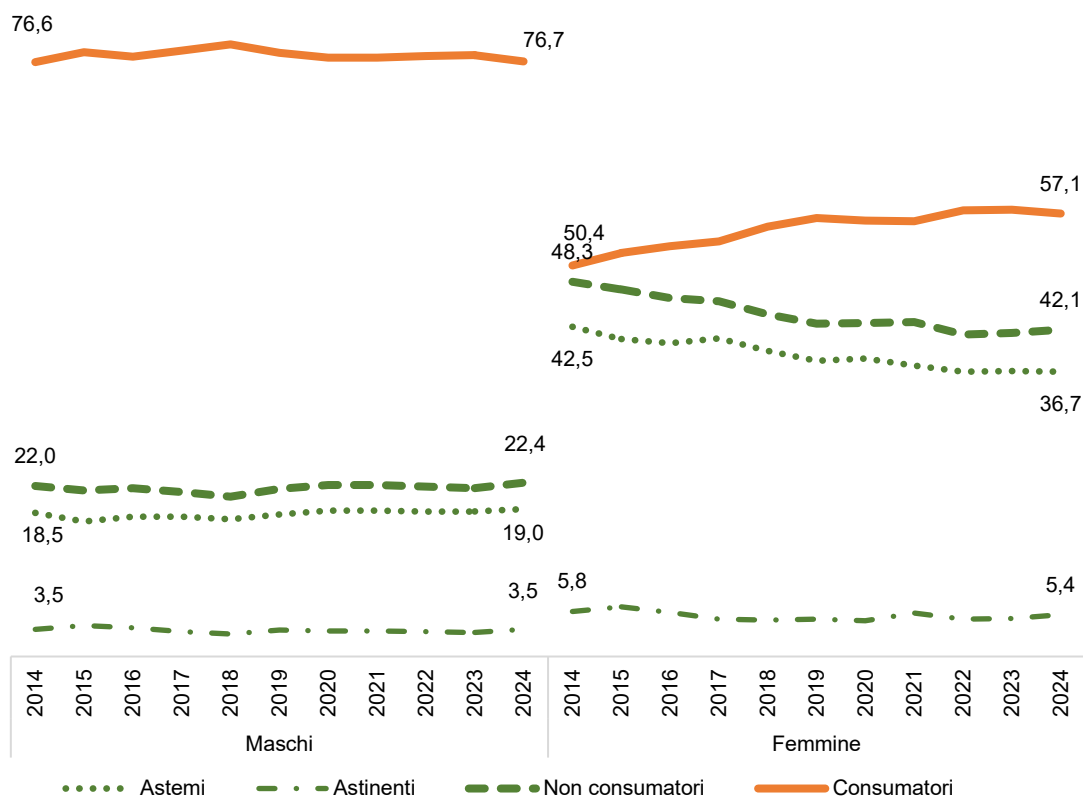


Figura 7. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori e consumatori di bevande alcoliche per sesso (2014-2024)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dell'andamento dell'indicatore negli ultimi 10 anni conferma una tendenza in crescita tra i maschi minorenni, +6,4% rispetto al 2014 mentre tra le femmine minorenni, l'aumento nel decennio, e riportato nella precedente rilevazione, si è invertito nell'ultimo anno, in cui si osserva un calo, sebbene non significativo, delle astinenti in questa fascia d'età. Questo dato si inserisce in un quadro già evidenziato per le donne adulte e anziane, tra le quali si registra un calo significativo negli ultimi 10 anni, rispettivamente del 20% e dell'11,3% (Figura 8). L'analisi per classi di età mostra inoltre, per entrambi i generi, valori più elevati tra i giovani (M=76,4%; F=78,3%), seguiti dagli anziani (M=13,9%; F=42,4%) e dagli adulti (M=14,0%; F=29,6%). In tutte le classi di età considerate la prevalenza delle donne astemie è più elevata rispetto a quella degli uomini (Figura 8).

La prevalenza degli astinenti, ossia di coloro che nel corso dell'anno precedente all'intervista non avevano consumato bevande alcoliche, nel 2024 è stata del 3,5% tra gli uomini e del 5,4% tra le donne, senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione per entrambi i sessi. Nonostante l'indicatore abbia subito delle oscillazioni negli anni, l'analisi evidenzia che rispetto al 2014 la prevalenza degli astinenti di entrambi i sessi è rimasta pressoché costante (vedi Figura 7).

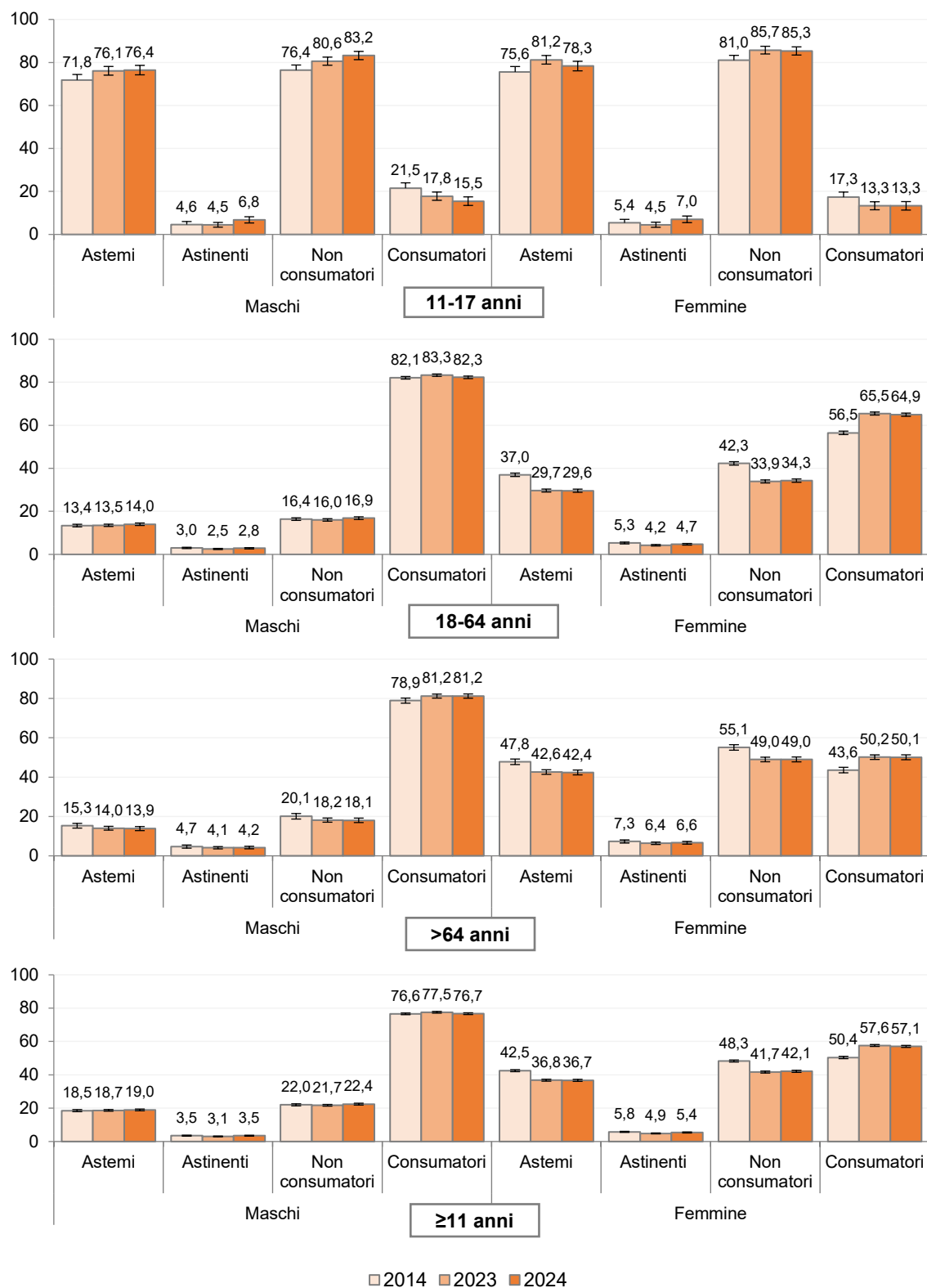


Figura 8. Prevalenza (%) di astemi, astinenti, non consumatori, e consumatori di bevande alcoliche per sesso e classe d'età (2014-2023-2024)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi per classi di età mostra che nel 2024 le prevalenze di astinenti più elevate sono tra i minorenni (M=6,8%; F=7,0%), le più basse nella classe di età adulta (18-64 anni) ovvero il 4,7% delle femmine e il 2,8% dei maschi. La prevalenza delle femmine astinenti è più elevata rispetto a quella dei maschi coetanei in tutte le classi d'età (*vedi* Figura 8).

Nel 2024 si stima che le persone che non hanno consumato bevande alcoliche (astemi + astinenti) sono state il 22,4% dei maschi e il 42,1% delle femmine (*vedi* Figure 7 e 8), pari a 17 milioni e mezzo di persone. La prevalenza delle non consumatrici è rimasta pressoché costante rispetto al 2023. L'andamento degli ultimi 10 anni conferma il trend in continua diminuzione per il sesso femminile, con una variazione significativa del -12,8% rispetto al 2014. La diminuzione si mantiene significativa per le classi di età adulta e anziana mentre, tra le minorenni, la crescita rispetto ai dieci anni precedenti osservata nella precedente rilevazione si è affievolita, ovvero risulta essere del 5,3%. L'aumento rispetto al 2014 rimane significativo per i coetanei di sesso maschile (+8,9%).

Infine, nel corso del 2024, i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 76,7% dei maschi e il 57,1% delle femmine sopra gli 11 anni, ovvero più di 35 milioni e mezzo di persone, e non si evidenziano differenze significative rispetto al 2023. Rispetto ai dieci anni precedenti, considerando la totalità della popolazione sopra gli 11 anni, le prevalenze sono rimaste pressoché invariate per i maschi, mentre per le femmine si conferma, come riportato nelle ultime rilevazioni, una crescita costante e significativa, che vede un aumento dell'11,7% tra il 2014 e il 2024 (*vedi* Figura 8). In tutte le classi di età, la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è risultata più elevata tra i maschi rispetto alle femmine. Per entrambi i sessi, le percentuali più alte si registrano nella fascia 18-64 anni, mentre i valori più bassi riguardano i minorenni, per i quali si osserva, rispetto al 2014, un calo del 27,9% tra i maschi e del 23,1% tra le femmine. In questa fascia d'età, inoltre, il divario tra maschi e femmine è più contenuto rispetto alle altre classi (*vedi* Figura 8).

Consumatori di vino, birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici

Nel 2024 il 65,1% degli uomini e il 44,9% delle donne ha consumato vino, che corrispondono a quasi 29 milioni e mezzo di persone. Rispetto alla rilevazione precedente non si osservano variazioni significative né in relazione al sesso né rispetto alla classe di età (Figura 9). Analizzando l'andamento nel corso degli ultimi dieci anni non si osservano variazioni significative per i maschi mentre, per le femmine, si registra rispetto al 2014 un incremento delle consumatrici di vino nelle classi di età adulta e anziana (rispettivamente 23,5% e 8,8%) (Figura 10). La prevalenza dei consumatori di vino fra i maschi è superiore a quella delle consumatrici in tutte le classi di età.

Oltre ventisette milioni di persone di età superiore a 11 anni hanno riferito di aver consumato birra nel corso del 2024, con una prevalenza dei consumatori di sesso maschile molto superiore a quella femminile (63,9% e 38,1% rispettivamente). Si conferma anche per il 2024 un andamento in crescita delle consumatrici di birra che sono aumentate del 22,5% rispetto al 2014 e che risulta significativo anche nelle classi di età adulta e anziana; anche per gli uomini la prevalenza è aumentata sia nella popolazione di età superiore a 11 anni (+6,3%) sia nelle fasce di età adulte e anziane. Rispetto al 2014 si osserva una diminuzione del 35,2% tra i maschi minorenni (Figure 9 e 10).

Gli aperitivi alcolici sono stati consumati, nel 2024, da quasi 22 milioni e quattrocentomila persone di età superiore a 11 anni e la prevalenza tra gli uomini (49,8%) è superiore a quella tra

le donne (34,1%). Rispetto alla precedente rilevazione non si registrano variazioni statisticamente significative né per sesso né per classe di età (Figura 9). Si conferma tuttavia un trend in aumento significativo rispetto al 2014 del consumo di aperitivi alcolici sia fra i maschi (+19,7%) che fra le femmine (+56,4%), significativo anche per le classi di età adulte e anziane. Tra le femmine, l'andamento del consumo di aperitivi alcolici negli ultimi 10 anni, come mostrato in Figura 9, è particolarmente marcato e rilevante, ma non nelle minori (Figura 10).

Gli amari sono stati consumati, nel 2024, da oltre 17 milioni di persone di età superiore a 11 anni, e la prevalenza dei consumatori tra gli uomini risulta essere oltre il doppio di quella delle donne (M=44,5%; F=20,3%) (Figura 10). Mentre non ci sono variazioni rispetto ai consumi della precedente rilevazione, si osservano aumenti statisticamente significativi rispetto ai precedenti dieci anni sia nei maschi (+16,2%) che nelle femmine (+46,0%), andamento che si osserva per entrambi i sessi anche nelle fasce di età adulte e anziane (Figura 10).

I liquori e i superalcolici sono stati consumati nel 2024 da quasi 15 milioni di persone di età superiore a 11 anni, pari al 38,7% degli uomini e al 17,3% delle donne, dati pressoché stabili rispetto all'anno precedente (*vedi* Figura 10). Anche per questa bevanda si registra un incremento dei consumatori di entrambi i sessi rispetto al 2014 (M=+14,2%; F= +46,6%) che risulta significativo anche nelle classi di età adulta e anziana (*vedi* Figura 10).

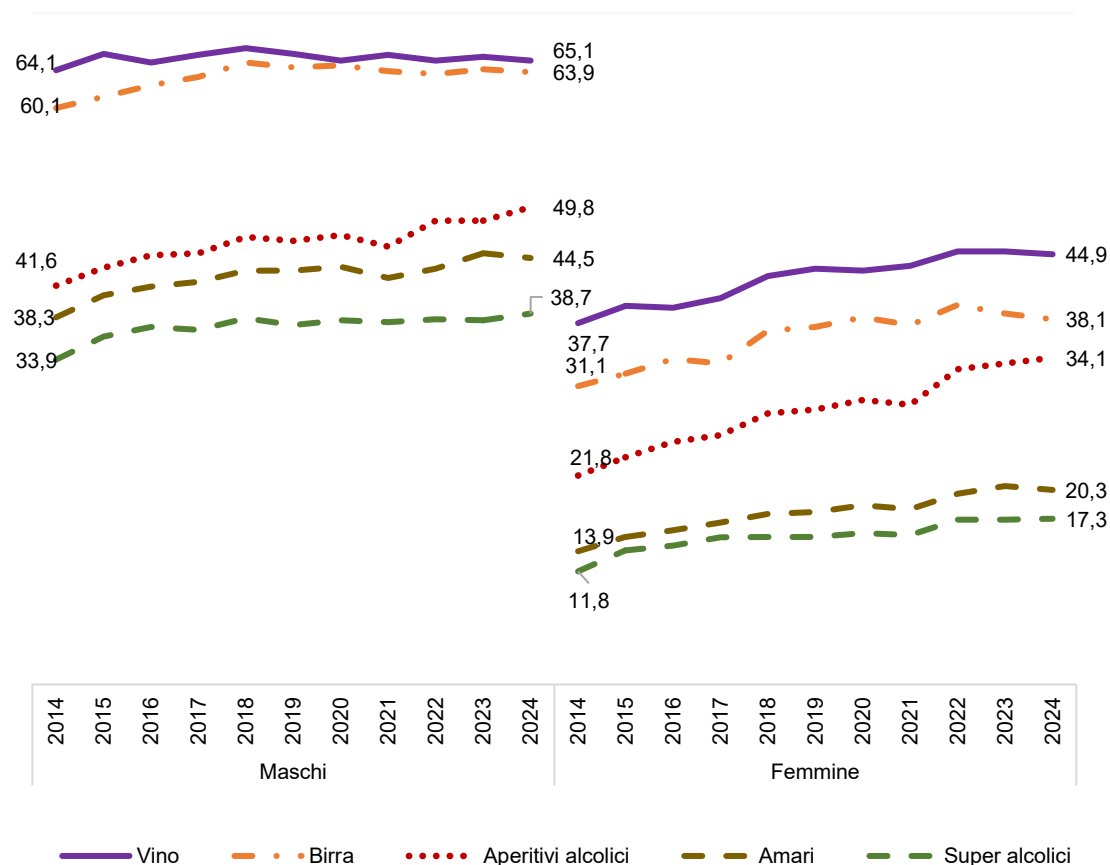


Figura 9. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso (2014-2024)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

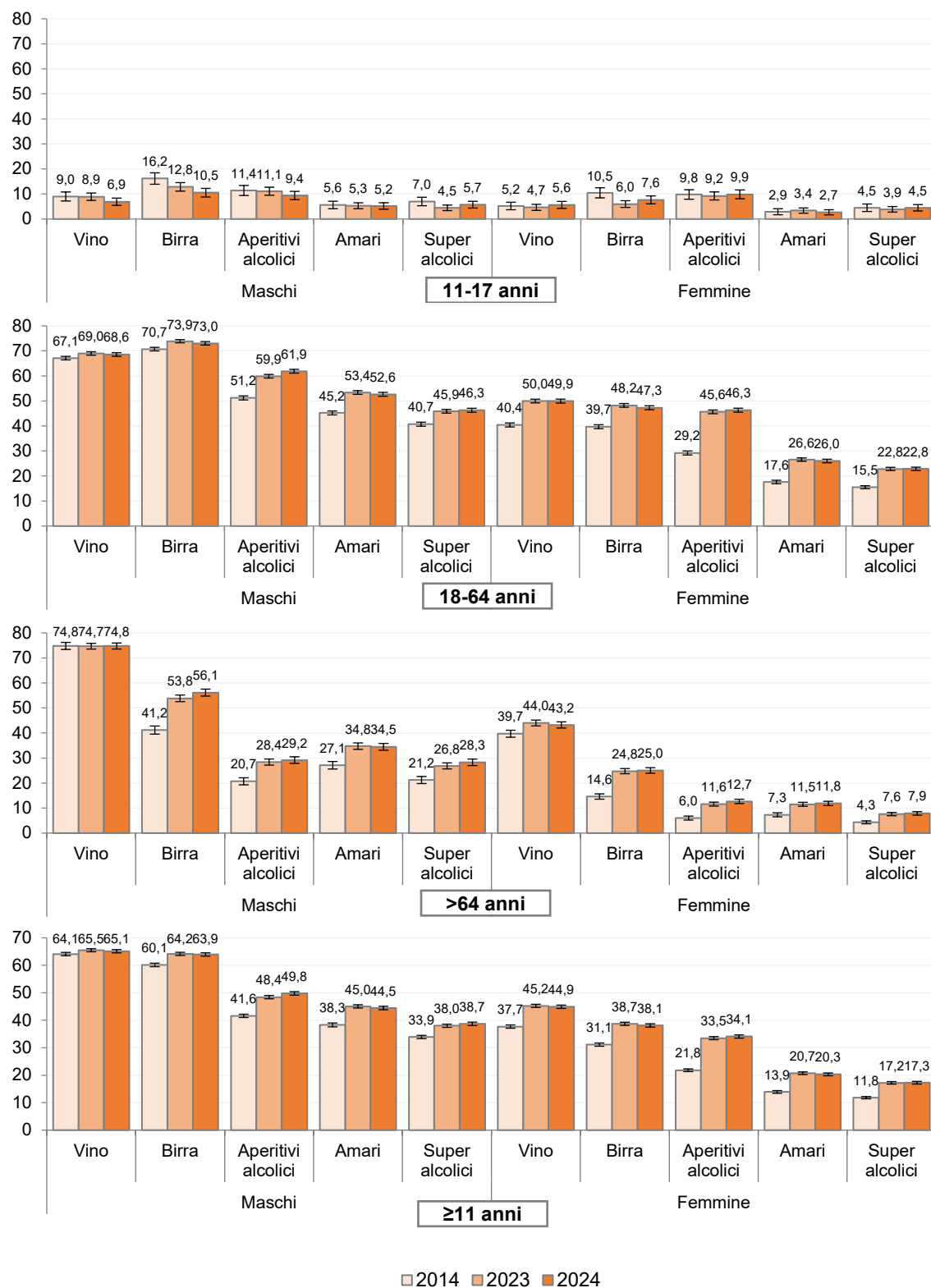


Figura 10. Prevalenza (%) di consumatori delle diverse bevande alcoliche per sesso e classe d'età (2014-2023-2024)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

COMPORTAMENTI A RISCHIO

Il consumo di alcol, un fattore di rischio completamente prevenibile, di cui la Regione europea della WHO registra i livelli di consumo più elevati al mondo, è responsabile di severe conseguenze, tra cui la morte prematura e oltre 200 patologie e condizioni. Queste includono sette tipi di cancro, disturbi neuropsichiatrici, patologie cardiovascolari, cirrosi epatica e malattie infettive. Almeno 40 sono le malattie e condizioni identificate dalla WHO, e descritte nel manuale *International Classification of Diseases*, XI edizione (ICD-11) (5), totalmente attribuibili all'alcol, oltre 200 le patologie e condizioni parzialmente attribuibili al consumo di alcol, per le quali la correlazione significativa tra l'assunzione di alcol e lo sviluppo della malattia è stata dimostrata da solide evidenze scientifiche (43-52). Tra gli effetti del consumo di alcol si annoverano le malattie croniche non trasmissibili (*Non Communicable Diseases*, NCD), come i tumori, le malattie cardiovascolari, la cirrosi epatica e le disfunzioni metaboliche, oltre a episodi di violenza autoindotta e diretta a terzi, tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali (3, 8, 43, 46). Le ripercussioni dell'alcol si estendono anche alla sfera familiare: può danneggiare le relazioni sociali e affettive, generare difficoltà economiche, portare alla perdita del lavoro e compromettere la salute e il benessere della famiglia (53). Nel tempo, i familiari possono sviluppare sintomi di co-dipendenza, mentre i figli di genitori alcolodipendenti presentano un rischio maggiore di sviluppare problemi emotivi e una probabilità quattro volte superiore rispetto ad altri bambini di manifestare dipendenze da alcol in età adulta. Inoltre, molti figli di alcolodipendenti hanno subito abbandono o abusi in ambito domestico nel corso della vita.

La IARC della WHO classifica l'alcol come un cancerogeno di Gruppo 1, evidenziando la sua capacità di indurre lo sviluppo del cancro negli esseri umani. I tumori più frequentemente associati al consumo di alcol includono quelli della cavità orale, della faringe, della laringe, dell'esofago, del fegato, del pancreas, del colon-retto e della mammella. Lo scorso ottobre 2025 la IARC ha pubblicato il manuale sulle politiche in materia di alcol e prevenzione del cancro, "Alcohol Policies. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Volume 20B", ove sono riassunti gli interventi ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol a livello di popolazione tra cui, oltre a una serie di misure politiche di controllo, quali l'aumento della tassazione e le politiche di prezzo, la riduzione della disponibilità fisica delle bevande alcoliche e il controllo sul marketing dell'alcol, interventi coordinati, ad esempio a livello di assistenza sanitaria primaria rivolti all'identificazione precoce e l'intervento breve, gli interventi psicosociali e quelli farmacologici (11). Nel febbraio 2025 la IARC ha pubblicato la quinta edizione del Codice Europeo contro il cancro (*European Code Against Cancer 5th edition*, ECAC5), nato nel 1987, nel quale vengono proposte 14 azioni concrete, e scientificamente validate, che ogni persona può mettere in pratica per ridurre significativamente il rischio di sviluppare tumori (10). Per quanto riguarda l'alcol, al punto 6, il messaggio è il seguente: "Evita le bevande alcoliche. Ogni quantità di alcol aumenta il rischio di tumore" (10).

I danni legati all'alcol possono manifestarsi fin dalle prime fasi della vita a causa dell'esposizione prenatale. Bere alcol durante la gravidanza è associato a gravi complicazioni gestazionali, tra cui aborti spontanei, nati morti, parto prematuro, ritardo della crescita intrauterina e basso peso alla nascita, nonché a condizioni permanenti note come FASD. Tra questi, la sindrome alcolica fetale (*Foetal Alcohol Syndrome*, FAS) è la forma più grave e riconoscibile, caratterizzata da danni cerebrali permanenti, malformazioni congenite e deficit cognitivi, emotivi e comportamentali (14-16). Prevenire tali esiti è cruciale, ed è su questa tematica che ha focalizzato l'attenzione il progetto europeo FAR SEAS (*Foetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS*) che ha visto impegnati attivamente i ricercatori dell'ONA-ISS (54-56).

Negli anni, molti Paesi europei hanno adottato strategie sanitarie e alimentari per tutelare la salute pubblica, sviluppando linee guida standardizzate per un consumo di alcol a basso rischio. Queste raccomandazioni, raccolte nel 2014 e pubblicate nel 2016 nel rapporto dal titolo “Good practice principles for low risk drinking guidelines” nell’ambito della Joint Action della Commissione Europea RARHA (*Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm*) (57-60), sono attualmente in corso di revisione, a 10 anni dalle precedenti, nell’ambito delle attività della *Joint Action on Health Promotion and Disease Prevention including Smoke and Aerosol Free Environments* (JA-SAFE). Nell’ambito delle attività della JA SAFE, un intero Working Package è interamente dedicato all’alcol, “Preventing Alcohol related Harm in Europe”, e specificamente destinato a sostenere quanto espressamente indicato dall’obiettivo politico dell’iniziativa UE sulle malattie non trasmissibili e per l’attuazione del Piano Europeo per la lotta contro il cancro relativamente all’uso dannoso di alcol. Il monitoraggio dei comportamenti legati al consumo di alcol è un elemento chiave per definire e attuare efficaci politiche sanitarie, contribuendo alla prevenzione dei danni correlati.

Le abitudini di consumo vengono analizzate da istituzioni internazionali come l’Eurostat, la WHO e l’OECD (*Organisation for Economic Cooperation and Development* - Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico), valutando sia il volume e la frequenza dell’assunzione di alcol, sia il consumo episodico eccessivo, in aggiornamento nel 2026.

A livello nazionale, il Ministero della Salute ha affidato all’ISS la supervisione di tali dati, che vengono aggiornati annualmente attraverso il SISMA, in conformità con il DPCM del 3 marzo 2017 sulle sorveglianze (40). All’interno del SISMA è presente una sezione dedicata al monitoraggio dei consumi e dei comportamenti a rischio per la popolazione. Gli indicatori sono stati costruiti basandosi sulle linee guida per il consumo a basso rischio, inserite nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione; il dossier è stato curato dal Consiglio per la Ricerca in agricoltura e l’Economia Agraria (CREA), nel quale si sottolinea che non esistono livelli di consumo di alcolici considerati sicuri e che l’astinenza rappresenta la scelta migliore per la prevenzione del cancro (61). Inoltre, il dossier esclude qualsiasi beneficio attribuibile a vino o birra, poiché i loro componenti bioattivi (flavonoidi, resveratrolo, xantumolo) sono presenti in quantità insufficienti per avere effetti apprezzabili, a meno di un consumo incompatibile con la sopravvivenza. I comportamenti a rischio monitorati da SISMA sono il consumo abituale eccedentario e i comportamenti occasionali ad alto impatto sulla salute, come il consumo lontano dai pasti e il *binge drinking*, ovvero l’assunzione concentrata di grandi quantità di alcol in un’unica occasione (37). La raccolta dei dati avviene attraverso l’“Indagine multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana”, condotta ogni anno dall’ISTAT per analizzare le abitudini degli italiani. Questa indagine include un modulo dedicato al consumo di alcol e costituisce una risorsa fondamentale per seguire le tendenze nel tempo. Il monitoraggio rientra nelle disposizioni del DPCM del 3 marzo 2017 (40) e nel Piano di attuazione per l’anno 2020 del PSN 2023-2025. I dati raccolti vengono poi elaborati e pubblicati dall’ISTAT nelle tavole “Il consumo di alcol in Italia” e nel rapporto BES “il Benessere Equo e Sostenibile in Italia” offrendo un quadro dettagliato della situazione nel Paese (40-42).

Consumatori fuori pasto

Sebbene l’Italia sia un Paese in cui è tradizionalmente abitudine il consumo di bevande alcoliche durante i pasti, soprattutto del vino, da molti anni ormai è avvenuto un graduale cambiamento delle abitudini di consumo alcolico che ha portato alla diffusione di comportamenti a rischio come il bere a stomaco vuoto.

Numerose evidenze mostrano che il consumo fuori pasto è correlato a esiti negativi per la salute, indipendentemente dalla quantità consumata, tra cui la mortalità per tutte le cause, per malattie cardiovascolari e per cancro (62). Inoltre, cominciano ad accumularsi evidenze sul consumo fuori pasto e l'aumentato rischio di cancro del tratto aero-digestivo superiore, l'epatocarcinoma e ancor più recentemente il cancro gastrico e il cancro del retto (63).

Nel 2024 i consumatori di vino o alcolici fuori pasto in Italia sono stati il 42,1% degli uomini e il 24,6% delle donne, pari a 17 milioni e 800 mila persone di età superiore a 11 anni di cui 11 milioni uomini e 6 milioni e 800 mila donne. L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dalla classe di età 11-15 anni (M=2,2%; F=1,9%) fino a raggiungere i valori massimi tra gli uomini nella fascia di età 25-44 anni, con il 57,4% degli uomini che dichiara di consumare bevande alcoliche lontano dai pasti e tra le donne nella fascia di età 18-44 anni, con oltre il 40% delle consumatrici fuori pasto; oltre tali fasce d'età, per entrambi i sessi, le percentuali diminuiscono nuovamente arrivando tra gli ultra 75enni al 25,1% degli anziani e all'8,1% delle anziane. La prevalenza dei bevitori fuori pasto di sesso maschile è sempre superiore rispetto alle femmine tranne per i giovani di 16-17 anni in cui non si osservano differenze significative fra i sessi (Figura 11).

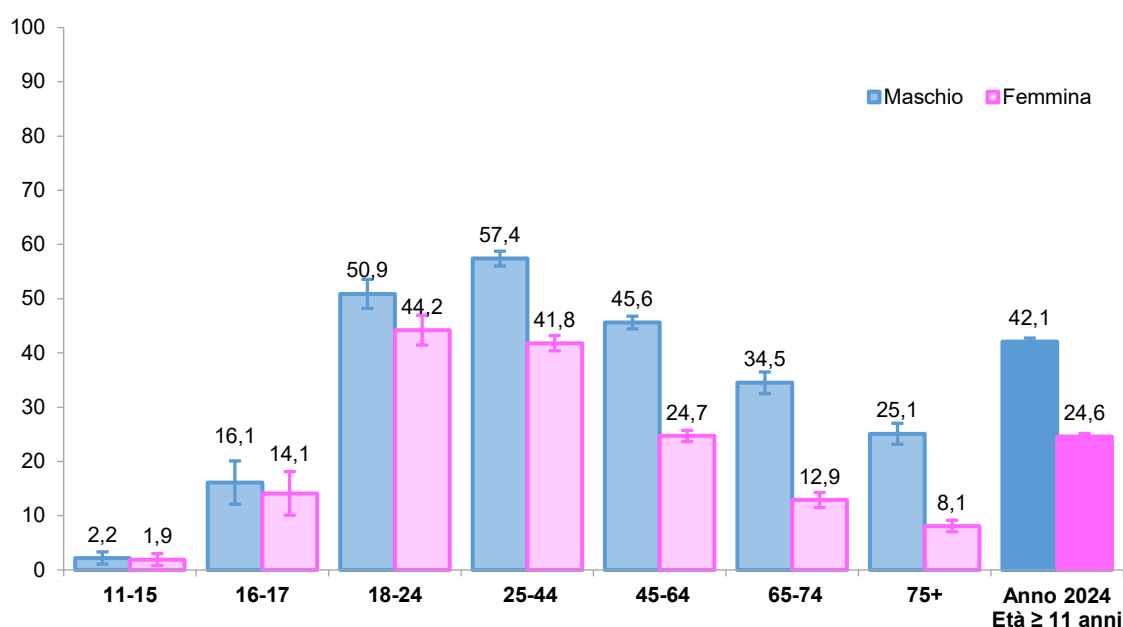


Figura 11. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per sesso e classe d'età (2024)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il trend del consumo fuori pasto negli ultimi 10 anni si conferma, come per gli anni precedente, in costante aumento per entrambi i sessi. Rispetto alle ultime rilevazioni l'indicatore è continuato ad aumentare sia tra i maschi che tra le femmine facendo registrare un incremento rispetto ai precedenti dieci anni del 10,8% e del 49,3% rispettivamente (Figura 12).

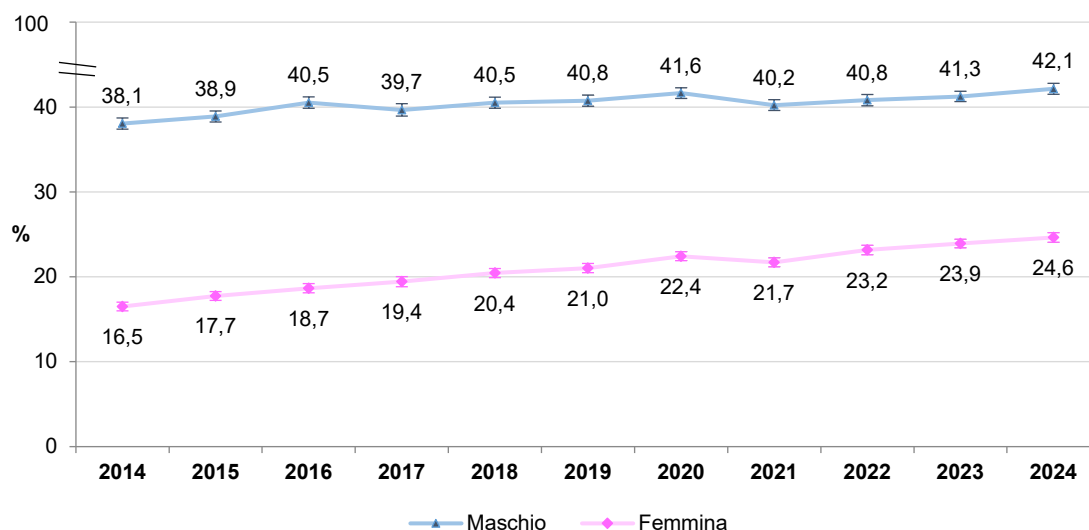


Figura 12. Prevalenza (%) di consumatori di vino o alcolici fuori pasto per sesso (2014-2024)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori abituali eccedentari

Il “consumo abituale eccedentario” si riferisce a un’assunzione di bevande alcoliche che supera, sia in termini di frequenza che di quantità, i limiti di consumo stabiliti oltre i quali si può incorrere in rischi per la salute, tenendo conto del sesso e dell’età dell’individuo. Tali limiti sono delineati nel dossier scientifico delle linee guida per una sana alimentazione, curato dal CREA (61), e da anni sono adottati dal Ministero della Salute, dall’ISTAT e dall’ISS per il monitoraggio delle abitudini di consumo della popolazione (27, 37).

Le raccomandazioni presenti nei sistemi di sorveglianza istituzionali indicano che il consumo di alcol dovrebbe essere del tutto evitato al di sotto dei 18 anni. Per le donne adulte e gli anziani oltre i 65 anni, la quantità giornaliera non dovrebbe eccedere una Unità Alcolica (UA), mentre per gli uomini adulti il limite è fissato a due UA al giorno, indipendentemente dalla tipologia di bevanda assunta (63). Le linee guida nutrizionali sottolineano, inoltre, che i minori devono astenersi completamente dal consumo di alcol, anche occasionale, poiché il loro sistema enzimatico non è ancora in grado di metabolizzarlo correttamente. Alla luce di queste evidenze scientifiche, la vendita e la somministrazione di qualsiasi tipo e quantitativo di bevanda alcolica a questa fascia di popolazione è vietata dalla legge.

Nel 2024 il 11,9% degli uomini e il 5,2% delle donne di età superiore a 11 anni hanno dichiarato di aver abitualmente ecceduto nel consumare bevande alcoliche per un totale di circa 4.500.000 persone (3.100.000 uomini, 1.400.000 donne). Tra gli adolescenti di 16-17 anni si osserva la percentuale più elevata di consumatori abituali eccedentari (M=34,5%; F=29,7%) seguita dagli anziani con più di 65anni. La percentuale più bassa si registra invece nella fascia di età 18-24 anni (M=2,0%; F=1,6%); anche per l’anno 2024 si conferma nella popolazione di età superiore ai 25 anni, una differenza di sesso statisticamente significativa (Figura 13).

Negli ultimi 10 anni l’andamento dei consumatori abituali eccedentari nelle persone di età superiore a 11 anni continua a diminuire come precedentemente rilevato (Figura 14).

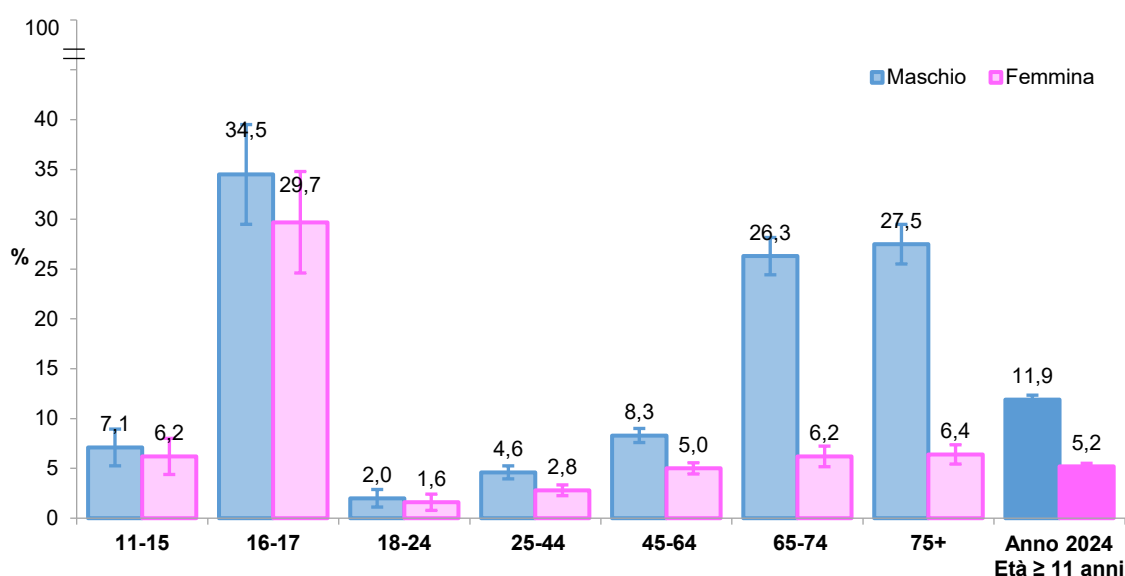


Figura 13. Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per sesso e classe d'età (2024)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

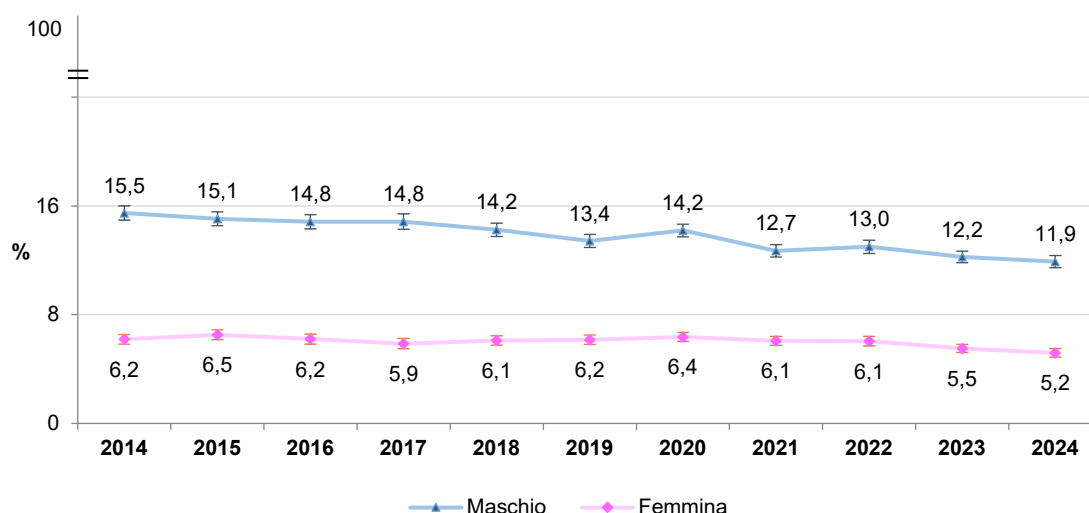


Figura 14. Prevalenza (%) di consumatori abituali eccedentari per sesso e classe d'età (2014-2024)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori giornalieri

Le evidenze più recenti mostrano che non esiste alcuna associazione protettiva per un consumo di alcol occasionale di quantità limitate sulla mortalità per tutte le cause, e che invece aumenta il rischio di mortalità per tutte le cause nei consumatori giornalieri (64). Inoltre, è dimostrato che il rischio aumenta a partire da livelli moderati e che esiste una relazione lineare e positiva tra consumo di alcol e mortalità, senza effetti protettivi a basso consumo.

In Italia, la prevalenza dei consumatori con più di 18 anni che hanno bevuto almeno una bevanda alcolica giornalmente, indipendentemente dal tipo, è stata nel 2024 del 27,4% nei maschi, e 9,8% nelle femmine, in calo significativo rispetto al 2023 per un totale di oltre 9 milioni di persone (M=6.600.000, F=2.500.000). L'analisi per classi di età mostra che per entrambi i sessi la prevalenza è minima nei più giovani (M=7,2%; F=3,2%) e che aumenta con l'età con i valori più elevati negli anziani (quasi 1 uomo su 2, 1 donna su 6). La prevalenza di consumatori giornalieri è significativamente superiore a quella delle coetanee per ogni classe di età (Figura 15). L'analisi del trend conferma la diminuzione dell'andamento dell'indicatore già evidenziata l'anno scorso, con la prevalenza dei consumatori giornalieri che è diminuita del 25,1% per i maschi e del 17,9% per le femmine rispetto al precedente decennio e del 5,9% e 10,9% rispettivamente rispetto alla precedente rilevazione (Figura 16).

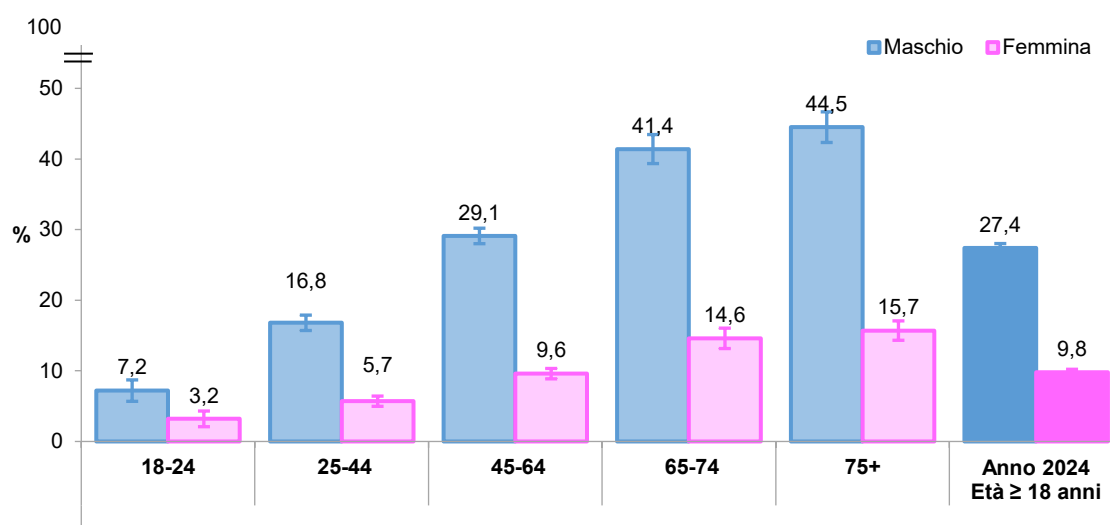


Figura 15. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per sesso e classe d'età (2024)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

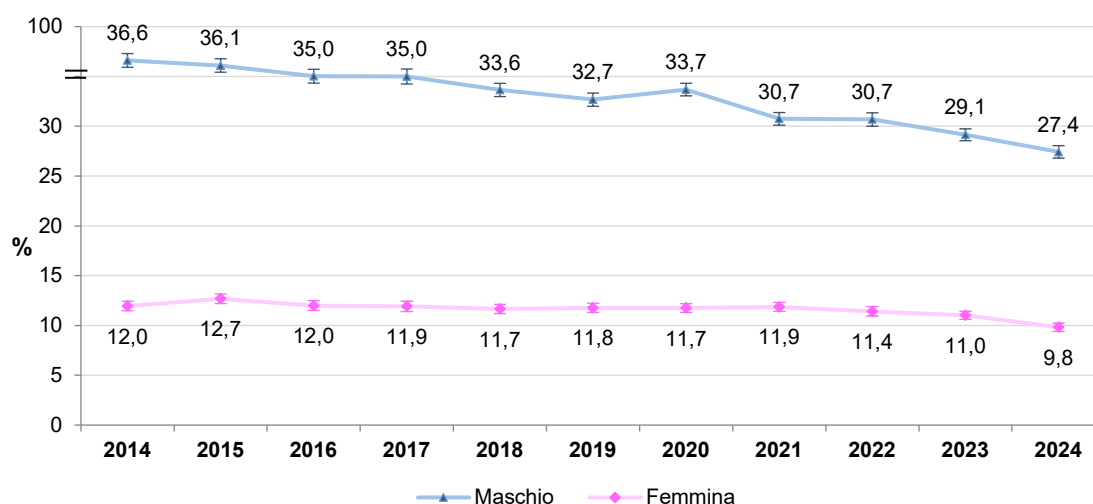


Figura 16. Prevalenza (%) di consumatori giornalieri (età ≥18 anni) per sesso (2014-2024)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori a rischio (criterio ISS)

Numerose ricerche hanno evidenziato che il rischio per la salute alcol-correlato aumenta all'aumentare della quantità di alcol consumata, e che non esiste un livello di alcol sicuro per la salute (10, 65). Anche piccole quantità di alcol aumentano la possibilità di sviluppo di tumori, di provocare danni al cervello e di favorire lo sviluppo di diverse altre patologie. Oltre alla quantità totale di alcol ingerita nel corso della vita, diversi elementi influenzano i rischi associati al consumo: la frequenza, le dosi assunte in singole occasioni e il contesto in cui si beve, ad esempio, a digiuno, in concomitanza con l'assunzione di farmaci e altre sostanze. Infine, anche fattori individuali come il sesso e l'età incidono sulla vulnerabilità agli effetti dannosi dell'alcol.

In Italia, l'identificazione dei consumatori a rischio si basa su un indicatore sintetico elaborato seguendo le raccomandazioni della WHO, della Società Italiana di Alcologia (SIA), dei Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed energia (LARN) e dell'ONA-ISS. Questo strumento consente di rappresentare in modo efficace i due principali comportamenti a rischio legati al consumo di alcol: il consumo abituale eccedentario e il *binge drinking*, ossia il consumo episodico eccessivo. La validazione dell'indicatore è stata condotta da esperti in statistica, epidemiologia e clinica, che ne hanno riconosciuto la solidità metodologica e lo hanno adottato formalmente nei sistemi di monitoraggio nazionale. Secondo il criterio ISS sono da considerarsi consumatori a rischio i minori di 18 anni di entrambi i sessi che hanno consumato anche solo 1 bevanda alcolica (UA), i maggiorenni di sesso maschile che hanno consumato più di 2 UA al giorno, gli anziani (sopra i 65 anni) e le donne che ne hanno consumata più di 1, e coloro che, indipendentemente dal sesso e dall'età, che hanno praticato il *binge drinking* almeno una volta nel corso dell'anno.

Nel 2024 la prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore appena descritto, è stata del 21,8% per i maschi e del 9,1% per le femmine di età superiore agli 11 anni, pari ad oltre 8 milioni di persone (M=5.700.000, F=2.500.000) che non si sono attenute alle raccomandazioni di salute pubblica. L'analisi per classi di età mostra che anche per questo anno la fascia di popolazione più a rischio è quella dei 16-17enni per entrambi i sessi (M=34,5%; F=29,7%) seguita dagli anziani ultra 65enni per i maschi (65-74 anni=29,4%; 75+ anni= 29,2%) e dalle 18-24enni per le femmine (12,9%). Nei minorenni non vi è una differenza statisticamente significativa fra maschi e femmine nella prevalenza dei consumatori a rischio, mentre per tutte le altre fasce d'età il consumo a rischio è sempre più elevato nei maschi (Figura 17).

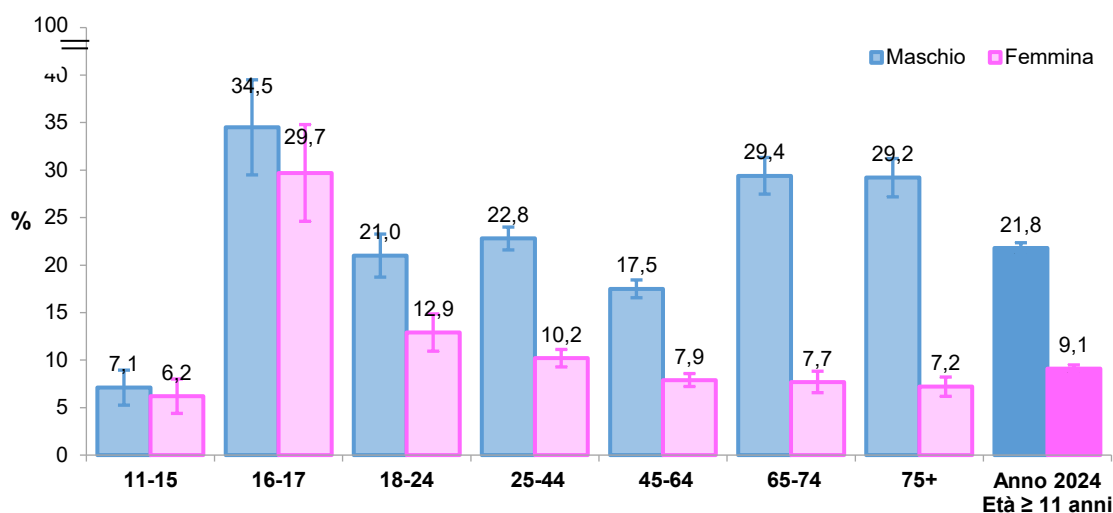


Figura 17. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso e classe d'età (2024)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi del trend evidenzia che, nel corso degli ultimi 10 anni, la prevalenza dei consumatori a rischio di sesso sia maschile che femminile è rimasta pressoché stabile (Figura 18).

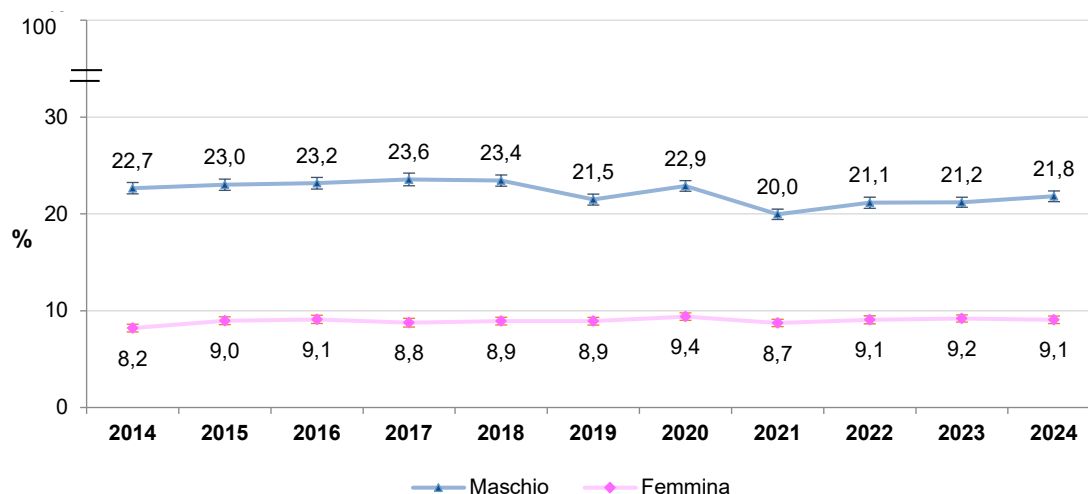


Figura 18. Prevalenza (%) di consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso (2014-2024)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori *binge drinking*

L'intossicazione acuta da alcol è una condizione intercorrente, potenzialmente transitoria, causata dal consumo di una notevole quantità di alcol che influisce negativamente su una serie di funzioni cognitive, tra cui la memoria, la pianificazione e il controllo motorio complesso e questa perdita può portare a comportamenti inaspettati e lesioni. Uno studio sull'intossicazione da alcol nei pazienti traumatizzati ricoverati al pronto soccorso mostra che l'intossicazione alcolica è in gran parte responsabile di incidenti stradali, lesioni ai pedoni, atti di violenza, tra cui la violenza domestica, tentativi di suicidio, lesioni alla testa dovute a cadute e incidenti e che questi eventi sono associati a grave disabilità post-traumatica e mortalità (66).

A livello europeo non esiste un indicatore standardizzato per il monitoraggio delle intossicazioni acute da alcol la cui definizione varia in termini di quantità di alcol consumato e in riferimento al periodo di osservazione. In Italia, al fine di monitorare le intossicazioni da alcol viene rilevata annualmente la prevalenza di consumatori *binge drinking*. Esso è un modello di consumo di alcol che fa salire l'alcolemia molto rapidamente con gravi conseguenze per la salute. In Italia il *binge drinking* è definito come il consumo di oltre 6 bicchieri di bevande alcoliche (un bicchiere corrisponde ad 1 UA contenente 12 g di alcol puro) in un'unica occasione (37, 61, 67), e la sua definizione prende in considerazione la terza domanda dell'*Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption* (AUDIT-C) (68, 69). Il dato viene annualmente rilevato dall'ISTAT tramite l'“Indagine multiscopo sulle famiglie”. Questa tipologia di consumo a rischio per la salute si è sviluppata inizialmente nel Nord Europa (70), ed è particolarmente diffusa tra i giovani, proprio quella popolazione per la quale lo sviluppo del cervello entra in una fase molto importante e delicata: è infatti tra gli adolescenti che ripetuti episodi di *binge drinking* possono alterare lo sviluppo cerebrale e causare disturbi persistenti nelle funzioni sociali, di attenzione, nella memoria e delle altre funzioni cognitive (71).

Già nel 2010 era stata approvata dalla WHO la prima strategia globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol (4) che prevedeva tra le 10 aree prioritarie d'intervento, la riduzione delle conseguenze negative del bere e delle intossicazioni alcoliche. Successivamente, a causa della diffusione del *binge drinking* tra i giovani dei Paesi europei dell'area mediterranea, gli Stati membri dell'UE, rappresentati dal *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA), approvarono la strategia comunitaria *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2016)* (72, 73) con l'obiettivo di sostenere gli Stati membri nella riduzione dei danni alcol-correlati in questa fascia vulnerabile di popolazione. Tale piano d'azione è stato successivamente prorogato al 2020 e le attività sostenute nel periodo 2014-2016 sono state descritte in un rapporto (74).

La prevalenza dei consumatori che hanno dichiarato di aver consumato 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, nel 2024 è stata pari all'12,4% tra i maschi e al 4,6% tra le femmine di età superiore a 11 anni, pari a 4 milioni e 450 mila *binge drinker* (M=3.200.000; F=1.250.000) (Figura 19).

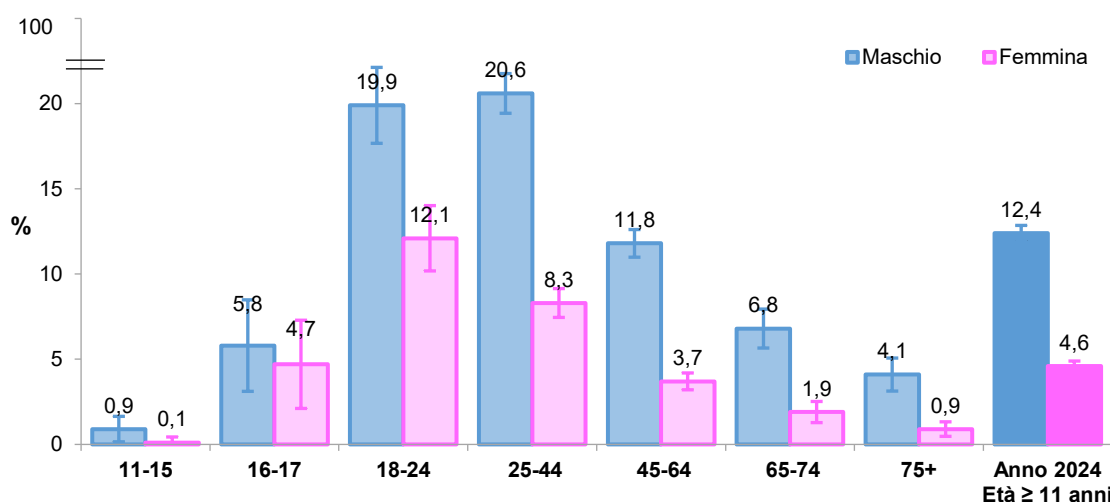


Figura 19. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per sesso e classe d'età (2024)
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le percentuali di *binge drinker* sia nei maschi che nelle femmine è inferiore all'1% tra i ragazzi di 11-15 anni, aumentano nell'adolescenza, raggiungendo i valori massimi tra i maschi nella fascia di età 18-44 anni (19,9% nella fascia di età 18-24 e 20,6% nella fascia di età 25-44) e tra le femmine nella fascia di età 18-24 (12,1%); oltre queste età i valori iniziano a diminuire, raggiungendo tra gli ultra 75enni il valore di 4,1% tra i maschi e 0,9% tra le femmine.

La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore al sesso femminile in ogni classe di età ad eccezione dei giovani di età inferiore a 18 anni, età in cui peraltro il consumo dovrebbe essere pari a zero, come indicato dalla normativa sul divieto di vendita e somministrazione di alcolici ai minorenni.

L'andamento delle prevalenze delle consumatrici femmine *binge drinker* mostra negli ultimi 10 anni un lento ma costante aumento e il valore in 10 anni è aumentato del 78,7% passando dal 2,5% nel 2014 al 4,6% nel 2024. Tra i maschi l'indicatore è aumentato rispetto al 2014 del 23,9% subendo delle oscillazioni nel corso del decennio; dopo un picco negativo registrato nel 2021 del 9,5% il valore dell'indicatore è infatti aumentato in maniera costante facendo registrare nel 2024 un incremento rispetto allo scorso anno del 10,2% (Figura 20).

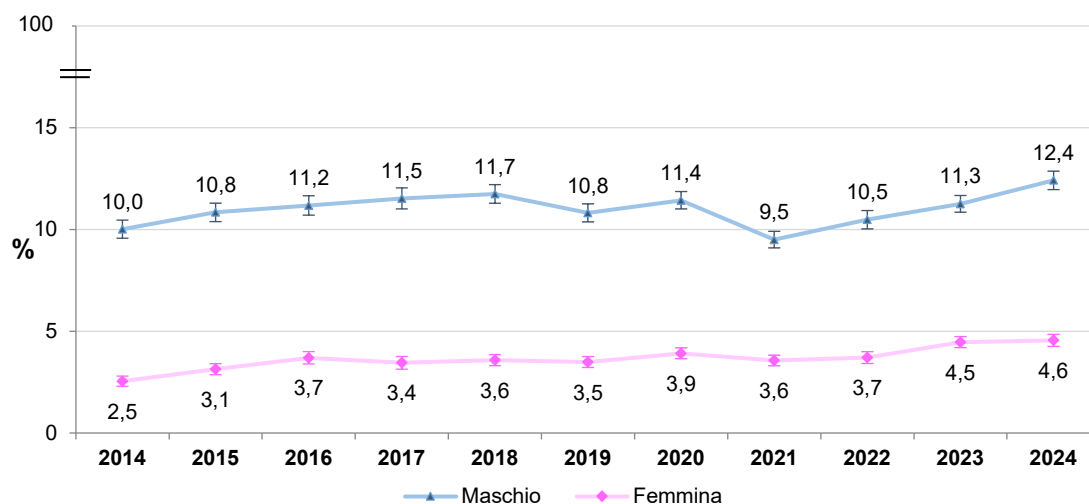


Figura 20. Prevalenza (%) di consumatori *binge drinking* per sesso (2014-2024)
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori dannosi e disturbo da uso di alcol

Il consumo dannoso corrisponde a una modalità di consumo che causa danno alla salute a livello fisico e mentale e nel sistema di monitoraggio italiano viene rilevata attraverso il consumo giornaliero di oltre 40 g di alcol per le donne adulte (che corrispondono a circa 4 UA) e di oltre 60 g di alcol per gli uomini adulti (che corrispondono a circa 6 UA) (37, 61).

La definizione di Disturbo da Uso di Alcol (DUA) riportata nel manuale DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition*) (75) è una patologia caratterizzata da una ridotta capacità di interrompere o controllare il consumo di alcol nonostante le conseguenze negative a livello sociale, professionale o sanitario (61, 76). Il rischio che una persona sviluppi un DUA può essere identificato sia utilizzando uno strumento di screening appositamente progettato a tale scopo, sia misurando il consumo stesso.

Esistono numerosi test per identificare il consumo dannoso di alcol: quello attualmente più utilizzato è l'*Alcohol Use Disorders Identification Test*, AUDIT (77). A livello nazionale non esistono studi ad hoc che utilizzano questo strumento per rilevare e monitorare la prevalenza di DUA nella popolazione; è stato tuttavia sviluppato un indicatore in grado di stimarne la prevalenza attraverso la rielaborazione delle quantità di alcol rilevate attraverso l'indagine multiscopo sulle famiglie condotta annualmente dall'ISTAT.

Nel 2024, in Italia, la prevalenza dei consumatori dannosi di alcol nella popolazione dai 15 anni in su, è stata del 1,92% tra i maschi e dell'0,94% tra le femmine, pari a circa 730.000 persone dai 15 anni di età (M=480.000; F=250.000), in calo rispetto all'anno precedente per la diminuzione delle consumatrici dannose (Figura 21).

L'analisi per classi d'età mostra che la prevalenza è più bassa per entrambi i sessi nelle classi di età più giovani (15-17 e 18-44 anni); per tutte le classi di età considerate, il valore nei maschi è superiore a quello delle femmine.

I consumatori dannosi sono a tutti gli effetti "in need for treatment" ai sensi del DSM-5 e assimilati clinicamente all'alcol dipendente (75), da prendere quindi in carico presso i servizi territoriali insieme ai 64.856 alcol dipendenti in carico ai servizi (ultimo dato disponibile a cura del Ministero della Salute per il 2023).

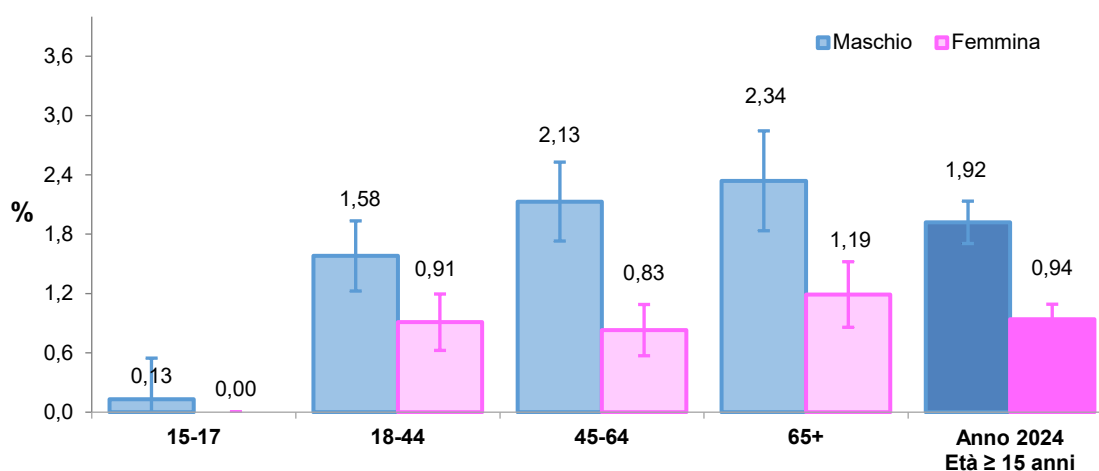


Figura 21. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per sesso e classe d'età (2024)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tale dato, nonostante il lieve aumento rispetto all'anno precedente degli utenti in carico ai servizi, soprattutto maschi, mostra l'entità della mancata intercettazione da parte delle strutture dell'SSN, che rappresentano al 2023 solo l'83 dei pazienti attesi. Tale dato sarà aggiornato rispetto alla prevalenza dei consumatori dannosi del 2024, non appena il Ministero della Salute renderà disponibili i dati sul numero degli utenti in carico ai servizi raccolti, per la prima volta, dal nuovo sistema informativo nazionale, attualmente in fase di verifica.

Analizzando l'andamento dei consumatori dannosi negli ultimi 10 anni, per i maschi l'indicatore ha avuto un picco minimo nel 2018 (1,43%) e uno massimo nel 2020 (2,21%), rinforzando l'evidenza che durante la pandemia sono stati colpiti più duramente i consumatori già problematici (78), per poi ritornare ai livelli precedenti il 2018. Il picco minimo del 2018 si è visto anche tra le femmine, per le quali il valore ha continuato ad oscillare, senza variazioni significative, nel corso degli anni (Figura 22).

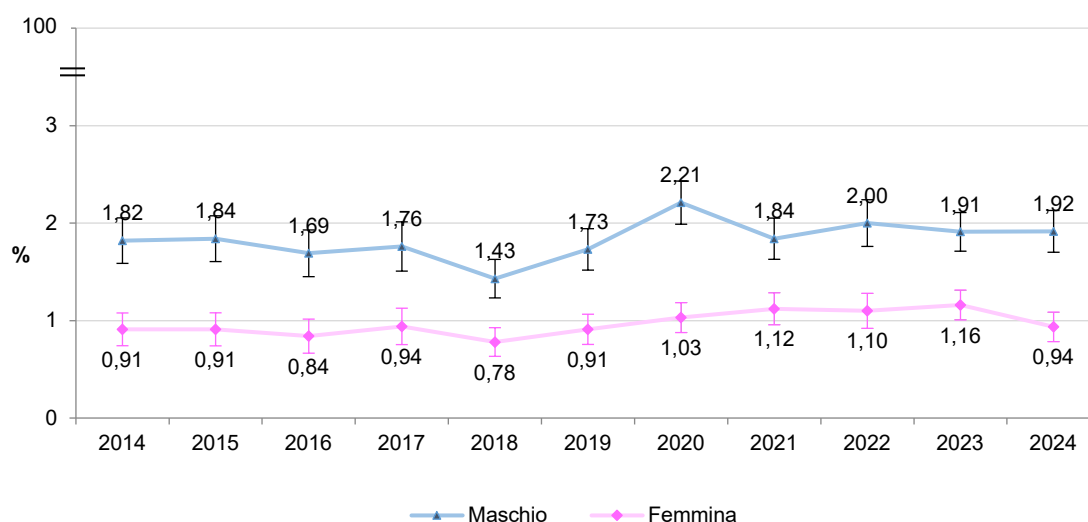


Figura 22. Prevalenza (%) di consumatori dannosi per sesso (2014-2024)

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

CONSUMI ALCOLICI E MODELLI DI CONSUMO NELLE REGIONI

La relazione sui dati di monitoraggio dalle Regioni e dalle province autonome di Trento e Bolzano è un documento redatto annualmente dall'ONA-ISS per il monitoraggio dei consumi e delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche, come stabilito dalla Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati 125/2001 (28). L'attività di monitoraggio è da anni inserita nel Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) e nel Piano Sanitario Nazionale per valutare sia le azioni di contrasto, che l'implementazione del PNAS e dei Piani Regionali di Prevenzione (28, 79, 80). Al fine di agevolare le Regioni e le Province Autonome nella predisposizione dei Piani Regionali e nella programmazione regionale delle attività di prevenzione (81), il Ministero della Salute ha incaricato l'ONA-ISS di sviluppare un sistema standardizzato di monitoraggio (denominato SISTIMAL) e di pubblicare ogni anno l'aggiornamento dei principali indicatori del Sistema di Monitoraggio Alcol-correlato (SISMA).

Il sistema SISMA online è stato ristrutturato e reso disponibile (www.epicentro.iss.it/alcol): esso rappresenta lo strumento di riferimento del Ministero della Salute per monitorare l'andamento temporale delle abitudini di consumo delle bevande alcoliche e delle quantità di alcol consumate dalla popolazione in tutte le Regioni e le province autonome, che sono di seguito riportati raggruppate per macro area (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index>).

In Italia il 76,7% dei maschi e il 57,1% delle femmine di età superiore a 11 anni, pari a quasi 36 milioni di abitanti, hanno consumato una bevanda alcolica nel corso dell'anno 2024, senza variazioni significative rispetto al 2023. Anche i consumi delle diverse bevande alcoliche, a livello nazionale, sono pressoché invariati per entrambi i sessi, a eccezione del consumo di birra nelle femmine che è calato dell'1,5% rispetto al 2023, e del consumo di aperitivi alcolici nei maschi che è aumentato del 2,8% rispetto al 2023. Si registra inoltre un aumento significativo dei maschi che bevono alcolici in modalità *binge drinking* che sono passati dal 11,3% del 2023 al 12,4% nel 2024, con un incremento del 10,2% (Tabelle 2 e 3).

Italia nord-occidentale

Nel 2024 i consumatori di bevande alcoliche in Italia nord-occidentale sono stati il 77,6% dei maschi e il 60,3% delle femmine, senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Le femmine mantengono un valore al di sopra della media nazionale, al contrario dei maschi che hanno invece un valore in linea con la media. La prevalenza dei consumatori delle singole bevande è sostanzialmente invariata rispetto al 2023 e vede al di sopra della media nazionale i consumatori di entrambi i sessi di aperitivi alcolici (M=52,7%; F=37,3%) e, per le sole femmine, di superalcolici (18,7%) e di vino (48,6%). Le prevalenze delle abitudini di consumo in Italia nord-occidentale nel 2024 si mantengono in gran parte sopra la media nazionale, a eccezione delle consumatrici abituali eccedentarie femmine (5,9%) e le *binge drinker* femmine (5,1%) che sono invece in linea con la media nazionale. I consumatori fuori pasto sono il 45,6% dei maschi e il 27,2% delle femmine, i *binge drinker* maschi sono il 14,1%, e le femmine che consumano in modalità abituale eccedentaria il 5,9%. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS, sempre sopra la media nazionale, sono il 24,7% dei maschi e il 10,4% delle femmine (Tabelle 2 e 3).

Tabella 2. Consumatori (%) per tipologia di bevanda, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2024)

Regione	Consumatori di bevande alcoliche (%)									
	Vino		Birra		Aperitivi alcolici		Amari		Super alcolici	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia nord-occidentale</i>	66,3	48,6	63,0	37,8	52,7	37,3	43,7	20,8	39,6	18,7
Piemonte	66,7	47,5	63,9	37,6	51,3	34,3	43,1	21,0	40,9	17,0
Valle d'Aosta	66,8	51,2	68,3	46,4	53,1	44,9	40,3	18,3	39,0	23,1
Lombardia	66,2	48,6	62,6	37,3	53,5	38,5	44,3	20,9	39,0	19,4
Liguria	65,2	51,1	62,9	40,6	50,6	36,7	41,4	20,3	40,7	18,3
<i>Italia nord-orientale</i>	66,8 _↓	50,5	64,9	40,0	52,6	38,8	40,9	19,9	39,9	20,1
PA Bolzano	65,1	53,0	67,3	42,7	53,7	49,6	40,3	24,3	37,9	22,9
PA Trento	62,5	44,5	69,1	38,9	57,0	41,1	40,8	17,2	40,8	19,5
Veneto	67,5	50,3	65,8	40,9	55,6	37,9	41,2	20,9	40,9	19,9
Friuli Venezia Giulia	65,6	45,6	69,4	40,5	53,7	38,2	45,6	20,7	44,0	20,7
Emilia-Romagna	67,0	52,5	61,9	38,5	48,5	38,4	39,3	18,5	37,9	19,9
<i>Italia centrale</i>	67,6	48,2	66,0 _↗	40,1	51,0 _↗	36,1	45,1	18,3	42,7 _↗	17,7
Toscana	69,0	51,3	66,4	41,5	50,1	38,3	41,5	18,0	42,7	18,3
Umbria	70,8	47,0	64,8	40,5	49,3	35,1	46,7	19,0	43,3	17,2
Marche	66,8	49,8	66,5	39,0	47,9	32,3	38,3	14,5	36,1	14,3
Lazio	66,5	46,0	65,7	39,5	52,8	35,8	49,0	19,4	44,3	18,2
<i>Italia meridionale</i>	63,2	39,7	63,8	38,4	45,5	28,4	48,6	22,7	36,0	14,5
Abruzzo	64,9	42,8	65,9	40,2	47,8	32,2	45,6	18,3	37,9	14,0
Molise	65,2	37,5	64,9	36,0	49,0	28,7	50,7	15,6	37,6	13,9
Campania	63,3	41,7	62,4	40,3	46,8	30,3	49,3	23,0	34,6	14,1
Puglia	62,7	38,3	65,4	37,2	45,3	27,2	51,4	25,4	38,6	15,5
Basilicata	64,8	38,0	64,5	32,5	46,5	27,1	44,8	19,1	34,7	13,7
Calabria	62,0	35,4	63,0	36,5	39,6	22,9	43,5	21,1	33,9	14,6
<i>Italia insulare</i>	58,7	30,3 _↓	61,0	31,2 _↓	44,0 _↗	25,8	43,0	18,4	32,3	13,5
Sicilia	57,4	28,6	59,6	30,3	43,0	24,3	43,5	19,2	30,8	12,9
Sardegna	62,6	35,5	65,1	33,8	46,9	30,5	41,4	16,1	36,6	15,4
Italia	65,1	44,9	63,9	38,1_↓	49,8_↗	34,1	44,5	20,3	38,7	17,3

↓ diminuito rispetto al 2023
 ↗ aumentato rispetto al 2023

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tabella 3. Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche, ripartizione territoriale, Regione e sesso (2024)

Regione	Consumatori (%) per modalità di consumo delle bevande alcoliche									
	tutte le bevande alcoliche		abituali eccedentari		fuori pasto		binge drinker		a rischio (criterio ISS*)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
<i>Italia nord-occidentale</i>	77,6	60,3	13,7	5,9	45,6	27,2	14,1	5,1	24,7	10,4
Piemonte	78,8	59,9	14,4	5,7	44,7	24,4	13,8	5,4	24,4	10,3
Valle d'Aosta	78,5	63,8	17,7	6,6	55,0	35,7	19,0	8,4	32,2	13,7
Lombardia	77,0	60,4	13,7	5,7	46,3	28,2	14,7	4,9	25,3	10,1
Liguria	77,9	60,9	11,8	7,5	42,5	28,2	10,6	5,1	20,8	11,9
<i>Italia nord-orientale</i>	77,5	61,2	12,7	6,4	50,2	31,8	15,0	5,7	24,8	11,1
PA Bolzano	78,6	66,1	8,8	4,6	62,0	46,4	23,0	9,1	29,0	13,1
PA Trento	76,4	59,3	9,7	4,1	59,6	35,3	22,1	5,0	28,0	8,3
Veneto	78,5	61,2	12,6	6,7	50,9	32,2	14,3	5,6	24,3	11,2
Friuli Venezia Giulia	79,4	59,6	15,0	6,8	57,2	33,0	19,7	6,0	30,2	11,3
Emilia Romagna	75,9	61,2	13,2	6,5	45,1	28,9	12,8	5,6	23,1	11,1
<i>Italia centrale</i>	78,5	59,4	11,5	5,4	40,6↗	26,1	12,4↗	4,2	21,9↗	8,9
Toscana	79,4	62,3	12,7	6,8	42,6	29,4	12,5	4,8	22,8	10,6
Umbria	78,4	58,3	13,3	5,4	43,0	24,8	13,2	3,9	24,9	8,9
Marche	78,6	62,2	12,3	5,8	41,9	25,7	10,5	4,7	21,0	10,2
Lazio	77,9	57,0	10,1	4,4	38,5	24,3	12,7	3,7	21,1	7,5
<i>Italia meridionale</i>	74,8↘	53,3	10,5↘	4,0	35,6	18,0↗	9,0	3,5	17,6	6,9
Abruzzo	75,8	55,7	11,7	4,4	43,0	23,6	13,7	3,4	22,7	7,4
Molise	77,3	53,5	13,8	5,1	48,7	19,8	16,5	5,0	25,4	9,3
Campania	73,9	53,8	9,8	4,3	34,5	17,6	7,0	2,8	15,1	6,4
Puglia	75,8	54,9	10,6	3,8	34,5	18,1	8,6	4,4	17,6	7,3
Basilicata	77,0	50,2	11,9	2,3	38,6	16,5	15,6	4,5	23,6	6,5
Calabria	73,2	47,7	10,8	3,7	32,8	15,2	9,8	3,4	18,8	6,9
<i>Italia insulare</i>	73,8	44,9↘	9,5	3,3	35,4	16,3	10,5	4,0	17,7	6,8
Sicilia	72,3	43,1	8,0	3,0	31,8	15,2	7,5	3,4	14,1	6,0
Sardegna	78,1	50,4	13,7	4,1	46,1	19,7	19,3	5,9	28,4	9,2
Italia	76,7	57,1	11,9	5,2	42,1	24,6	12,4↗	4,6	21,8	9,1

↘ diminuito rispetto al 2023
 ↗ aumentato rispetto al 2023

VALORE MINIMO NAZIONALE

Valore inferiore alla media nazionale

Valore superiore alla media nazionale

VALORE MASSIMO NAZIONALE

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Piemonte

Nel 2024 in Piemonte il 78,8% degli uomini e il 59,9% delle donne hanno consumato almeno una bevanda alcolica, senza variazioni significative rispetto al 2023, ma entrambi sopra la media nazionale. Sono in linea con la media nazionale, i consumatori di birra, aperitivi alcolici, amari e superalcolici di entrambi i sessi, e i consumatori di vino maschi, mentre le consumatrici di vino sono sopra la media nazionale (47,5%).

Il 24,4% degli uomini e il 10,3% delle donne non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica e hanno consumato bevande con modalità rischiose per la loro salute (criterio ISS), dato al di sopra della media italiana per i maschi. Per quanto riguarda gli altri comportamenti a rischio sono superiori alla media nazionale anche le prevalenze dei consumatori fuori pasto maschi (44,7%) e i consumatori abituali eccedentari maschi (14,4%) (vedi Tabelle 2 e 3).

Valle d'Aosta

Nel 2024 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari all'78,5% dei maschi e al 63,8% delle femmine: per queste ultime, il valore è superiore alla media nazionale, anche se invariato rispetto al 2023. Nei consumi registrati delle diverse bevande alcoliche non emergono variazioni significative rispetto al 2023. A consumare il vino sono il 66,8% dei maschi e il 51,2% delle femmine (queste ultime sopra la media nazionale); consumano birra il 68,3% dei maschi e il 46,4% delle femmine (entrambi sopra la media nazionale); consumano aperitivi alcolici il 53,1% dei maschi e il 44,9% delle femmine a (solo le femmine sopra la media nazionale); consumano amari il 40,3% dei maschi (sotto la media nazionale) e il 18,3% delle femmine e, infine, il 39,0% dei maschi e il 23,1% delle femmine consumano superalcolici (solo le femmine sopra la media nazionale).

Per le modalità di consumo il 32,2% dei maschi e il 13,7% delle femmine in Valle d'Aosta hanno consumato alcolici con modalità rischiose per la salute secondo il criterio ISS, dati sopra la media nazionale. La prevalenza di consumatrici abituali eccedentarie femmine è in linea con la media nazionale (6,6%), sopra la media tutte le altre modalità di consumo per entrambi i sessi: i consumatori abituali eccedentari maschi (17,7%), i consumatori di alcolici lontano dai pasti (M=55,0%; F=35,7%), i *binge drinker* (M=19,0%; F=8,4%) (vedi Tabelle 2 e 3).

Lombardia

I consumatori di bevande alcoliche in Lombardia nel 2024 sono stati il 77,0% dei maschi e il 60,4% delle femmine, dato per queste ultime sopra la media nazionale. Per quanto riguarda i tipi di bevanda alcolica, sono sopra la media italiana i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=53,5%; F=38,5%), le consumatrici di vino (48,6%) e le consumatrici di superalcolici (19,4%).

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2024 pari al 25,3% tra gli uomini (sopra la media nazionale) e al 10,1% tra le donne. I comportamenti a rischio rilevati sono sopra la media italiana per i consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=46,3%; F=28,2%) e i *binge drinker* maschi (14,7%) (vedi Tabelle 2 e 3).

Liguria

Il 77,9% dei maschi e il 60,9% delle femmine liguri ha consumato almeno una bevanda alcolica nel 2024, e per le femmine il dato è sopra la media nazionale. Sono statisticamente

invariate rispetto al 2023 le prevalenze di consumatori per le diverse bevande alcoliche e rimangono sopra la media nazionale le consumatrici di vino (51,1%). Sono in linea con la media italiana i consumatori di vino maschi (65,2%), i consumatori di birra di entrambi i sessi (M=62,9%; F=40,6%), i consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=50,6%; F=36,7%), i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=41,4%; F=20,3%) e i consumatori di superalcolici di entrambi i sessi (M=40,7%; F=18,3%).

Nel 2024 il 20,8% dei maschi e l'11,9% delle femmine in Liguria hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute, le femmine con una prevalenza sopra la media nazionale. Sono sopra la media italiana anche le femmine che hanno consumato alcolici in modalità abituale eccedentaria (7,5%) e le consumatrici fuori pasto (28,2%) (vedi Tabelle 2 e 3).

Italia nord-orientale

Nel 2024 in Italia nord-orientale il 77,5% dei maschi e il 61,2% delle femmine hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, e per le femmine il dato è sopra la media nazionale. Riguardi i consumi delle singole bevande alcoliche, risultano sopra la media nazionale le consumatrici di vino (50,5%), di birra (40,0%) e di superalcolici (20,1%), e dei consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=52,6%; F=38,8%), mentre i consumatori di amari maschi sono sotto la media (40,9%). Sono invece in linea con la media nazionale e in calo rispetto al 2023 i consumatori di vino maschi (68,8%).

Come negli anni precedenti, delle ripartizioni territoriali considerate, si rilevano le più elevate prevalenze di consumatori fuori pasto per entrambi i sessi (M=50,2%; F=31,8); sono sopra la media nazionale i *binge drinker* (M=15,0%; F=5,7%) le consumatrici abituali eccedentarie (6,4%); i maschi consumatori abituali eccedentari sono in linea con la media nazionale (12,7%). I consumatori a rischio in Italia nord-orientale nel 2024 sono stati il 24,8% dei maschi, l'11,1% delle femmine, entrambi sopra la media nazionale (vedi Tabelle 2 e 3).

Provincia Autonoma di Bolzano

Nel 2024 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 78,6% dei maschi e il 66,1% delle femmine e, per queste ultime, il dato è superiore alla media nazionale; entrambi i valori sono pressoché invariati rispetto alla precedente rilevazione.

Hanno bevuto vino il 65,1% dei maschi e il 53,0% delle femmine (femmine sopra la media italiana), birra il 67,3% dei maschi e il 42,7% delle femmine (femmine sopra la media), aperitivi alcolici il 53,7% dei maschi e il 49,6% delle femmine (entrambi sopra la media), amari il 40,3% dei maschi (sotto la media) e il 24,3% delle femmine (sopra la media), e superalcolici il 37,9% dei maschi e il 22,9% delle femmine (queste sopra la media).

Il 29,0% dei maschi e il 13,1% delle femmine nella provincia autonoma di Bolzano sono consumatori a rischio per la salute secondo il criterio ISS, entrambe le prevalenze sono sopra la media nazionale. Sono sopra la media per entrambi i sessi anche i consumatori *binge drinker* (M=23,0%; F=9,1%) e fuori pasto (M=62,0%; F=46,4%), in particolare le consumatrici fuori pasto della provincia autonoma di Bolzano hanno la prevalenza più alta rispetto alle altre regioni italiane. Si confermano sotto la media i consumatori maschi abituali eccedentari (8,8%) mentre le femmine sono in linea con la media (4,6%) (vedi Tabelle 2 e 3).

Provincia Autonoma di Trento

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 è stata del 76,4% tra i maschi e del 59,3% tra le femmine, entrambi in linea con la media italiana, e senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione. Rimangono come nel 2023 al di sotto della media nazionale i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=40,8%; F=17,2%), mentre sono sopra la media i consumatori di aperitivi alcolici sia maschi che femmine (M=57,0%; F=41,1%) e i consumatori maschi di birra (69,1%). Sono invece in linea con la media italiana i consumatori di entrambi i sessi di vino (M=62,5%; F=44,5%) e di super alcolici (M=40,8%; F=19,5%) e di birra per le sole femmine (38,9%). Per nessuna bevanda si registrano variazioni significative nei consumi rispetto alla precedente rilevazione.

Sulle modalità di consumo a rischio si confermano per entrambi i sessi valori superiori alla media italiana delle prevalenze di consumatori fuori pasto (M=59,6%; F=35,3%). Sono sopra la media nazionale nel 2024 anche i *binge drinker* maschi (22,1%) mentre le *binge drinker* femmine sono in linea con la media (5,0%) così come i consumatori che bevono in modalità abituale eccedentaria di entrambi i sessi (M=9,7%; F=4,1%). Le persone che nel 2024 bevendo alcolici hanno messo a rischio la propria salute, secondo il criterio ISS, sono stati il 28,0% dei maschi (sopra la media) e l'8,3% delle femmine (vedi Tabelle 2 e 3).

Veneto

In Veneto nel 2024 il 78,5% dei maschi e 61,2% delle femmine hanno consumato almeno una bevanda alcolica, e le femmine si confermano, come nella precedente rilevazione, sopra la media nazionale. Il vino è stato consumato dal 67,5% dei maschi e dal 50,3% delle femmine (queste sono sopra la media come nel 2023), la birra dal 65,8% dei maschi e dal 40,9% delle femmine (queste sopra la media come nel 2023), gli aperitivi alcolici dal 55,6% dei maschi e dal 37,9% delle femmine (entrambi sopra la media come nel 2023), gli amari dal 41,2% dei maschi (sotto la media) e dal 20,9% delle femmine, e i superalcolici dal 40,9% dei maschi e dal 19,9% delle femmine (queste ultime sopra la media come nel 2023).

L'analisi dei comportamenti di consumo a rischio vedono sopra la media nazionale le prevalenze dei consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=50,9%; F=32,2%) e le consumatrici abituali eccedentarie (6,7%) mentre i consumatori abituali eccedentari sono in linea con il dato medio nazionale (12,6%). Sono in linea con la media italiana anche i *binge drinker* di entrambi i sessi (M=14,3%; F=5,6%). Sono invece sopra la media nazionale sia i maschi che le femmine che nel 2024 in Veneto hanno consumato alcolici mettendo a rischio la propria salute secondo i criteri ISS, ovvero il 24,3% dei maschi e l'11,2% delle femmine (vedi Tabelle 2 e 3).

Friuli Venezia Giulia

Nel 2024 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è rimasta pressoché stabile rispetto all'anno precedente, pari al 79,4% tra gli uomini e al 59,6% tra le donne, queste sopra la media nazionale. Sono al di sopra della media italiana le prevalenze dei consumatori di birra maschi (69,4%), di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=53,7%, F=38,2%) e di superalcolici di entrambi i sessi (M=44,0%, F=20,7%), mentre sono in linea con la media italiana i consumatori di amari (M=45,6%; F=20,7%) e le consumatrici di birra (40,5%).

L'analisi dei comportamenti a rischio conferma, per entrambi i sessi, valori superiori alla media dei consumatori fuori pasto (M=57,2%; F=33,0%), e dei *binge drinker* maschi (19,7%). Sono sopra la media italiana anche i consumatori abituali eccedentari (15,0%), mentre sono in

linea con la media le consumatrici abituali eccedentarie (6,8%) e le *binge drinker* (6,0%). Hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS il 30,2% dei maschi e l'11,3% delle femmine, entrambi sopra la media italiana (vedi Tabelle 2 e 3).

Emilia-Romagna

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica in Emilia-Romagna nel 2024 è stata del 75,9% dei maschi e del 61,2% delle le femmine, dati allineati alla media nazionale. Per quanto riguarda i consumi delle diverse bevande alcoliche rimangono sopra la media nazionale le consumatrici di vino (52,5%), di aperitivi alcolici (38,4%) e di super alcolici (19,9%). Rimane, come nel 2023, inferiore rispetto alla media nazionale la prevalenza dei consumatori di amari maschi (39,3%).

Rispetto ai comportamenti a rischio, si confermano, come nel 2023, valori superiori alla media nazionale dei consumatori fuori pasto (M=45,1%; F=28,9%), in linea con la media nazionale gli altri comportamenti a rischio che sono: consumatori abituali eccedentari (M=13,2%; F=6,5%) e *binge drinker* (M=12,8%; F= 5,6%). Complessivamente il 23,1% dei maschi e l'11,1% delle femmine (queste sono sopra la media) hanno consumato alcolici in modalità a rischio per la salute secondo il criterio ISS (vedi Tabelle 2 e 3).

Italia centrale

I consumatori di bevande alcoliche nell'Italia centrale sono stati nel 2024 il 78,5% dei maschi e il 59,4% delle femmine, entrambi sopra la media nazionale. I consumatori di vino sono stati il 67,6% dei maschi e il 48,2% delle femmine, entrambi sopra la media nazionale. Risultano sopra la media italiana anche i consumatori di birra di entrambi i sessi (M=66,0%; F=40,1), che vedono i maschi in aumento significativo rispetto al 2023 (dal 63,1% al 66,0% + 4,6%). Sono in aumento anche i consumatori maschi di aperitivi alcolici (dal 47,2% al 51,0% + 8,1%) anche se il dato risulta in linea con la media nazionale (51,0%). Sono invece sopra la media le consumatrici di aperitivi alcolici femmine (36,1%). Anche i maschi consumatori di super alcolici sono in significativo aumento rispetto alla precedente rilevazione (dal 38,2% al 42,7% + 11,7%) e il dato è il più alto rispetto alle altre ripartizioni territoriali. Sono in linea con la media italiana le consumatrici di superalcolici (17,7%) e i consumatori di amari maschi (45,1%), mentre le consumatrici di amari femmine (18,3%) sono al di sotto della media nazionale.

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio evidenzia un aumento dei consumatori maschi fuori pasto (dal 37,0% al 40,6%, +9,6%) e *binge drinker* (dal 9,5% al 12,4%, +31,2%) anche se i valori sono allineati alla media italiana. Sono invece sopra la media le consumatrici fuori pasto, il 26,1% delle femmine dagli 11 anni in su nell'Italia centrale. I consumatori che in questa ripartizione territoriale nel 2024 hanno bevuto mettendo a rischio la loro salute secondo i criteri ISS sono l'8,9% delle femmine e il 21,9% dei maschi, questi ultimi in significativo aumento rispetto ai 19,4% del 2023 (+12,8%) (vedi Tabelle 2 e 3).

Toscana

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 è stata del 79,4% per i maschi e il 62,3% per le femmine, entrambi sopra il dato medio nazionale, le femmine per il quinto anno consecutivo. Le prevalenze di consumatori e consumatrici delle bevande alcoliche considerate sono sopra la media italiana per le femmine consumatrici di birra (41,5%) e di

aperitivi alcolici (38,3%), per i maschi consumatori di super alcolici (42,7%) e per i consumatori di vino di entrambi i sessi (M=69,0%; F=51,3%). Per tutte le bevande considerate non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto alla precedente rilevazione.

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori superiori alla media per le donne che consumano in modalità abituale eccedentaria (6,8%) e fuori pasto (29,4%). Nel 2024 in Toscana il 22,8% dei maschi e il 10,6% delle femmine hanno consumato alcolici mettendo a rischio la propria salute secondo i criteri ISS (*vedi* Tabelle 2 e 3).

Umbria

I consumatori di almeno una bevanda alcolica in Umbria nel 2024 sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2023 e pari al 78,4% dei maschi e al 58,3% delle femmine, in linea con il dato medio nazionale. Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche sono tutte in linea con i dati medi nazionali a eccezione dei consumatori maschi di vino, che sono il 70,8%, e di super alcolici, che sono il 43,3%. Per tutte le bevande non si osservano variazioni significative rispetto al 2023.

Tutti i comportamenti a rischio sono in linea con la media nazionale e stabili rispetto alla precedente rilevazione. I consumatori di alcolici a rischio secondo il criterio ISS nel 2024 sono stati il 24,9% dei maschi e l'8,9% delle femmine (*vedi* Tabelle 2 e 3).

Marche

Nel 2024 nelle Marche il 78,6% dei maschi e il 62,2% delle femmine dagli 11 anni in su hanno consumato almeno una bevanda alcolica. Sono sopra la media italiana le consumatrici di vino, il 49,8%, mentre sono sotto la media i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=38,3%, F=14,5%) e le consumatrici di super alcolici (14,3%). Sono in linea con la media i consumatori di vino (66,8%) e di super alcolici maschi (36,1%), di birra (M=66,5%; F=39,0%) e aperitivi alcolici (M=47,9%; F=32,3%) per entrambi i sessi.

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2024 pari al 21,0% tra i maschi e al 10,2% tra le femmine, in linea con la media italiana. Tutti gli indicatori relativi alle abitudini di consumo sono rimasti pressoché stabili rispetto al 2023 e in linea con il dato medio nazionale (*vedi* Tabelle 2 e 3).

Lazio

La prevalenza di consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata nel 2024 del 77,9% tra i maschi e del 57,0% tra le femmine; per entrambi i sessi il valore è rimasto stabile rispetto al 2023 e in linea con quello nazionale. Per tutte le bevande considerate non si registrano variazioni significative rispetto al 2023 con valori nel 2024 approssimabili al dato medio nazionale, a eccezione della prevalenza di consumatori maschi di aperitivi alcolici, il 52,8%, di amari, il 49,0%, e di super alcolici, il 44,3%.

La prevalenza dei consumatori a rischio per il criterio ISS è stata nel 2024 pari a 21,1% tra i maschi e al 7,5% tra le femmine, queste ultime sotto la media italiana. Risultano sotto la media anche i maschi che hanno consumato alcolici in modalità abituale eccedentaria (10,1%) e lontano dai pasti (38,5%). Per tutti gli indicatori considerati non si registrano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (*vedi* Tabelle 2 e 3).

Italia meridionale

Nel 2024 il 74,8% dei maschi nell'Italia meridionale ha consumato almeno una bevanda alcolica, dato sotto la media italiana e in calo del 3,8% rispetto al 2023. Le consumatrici femmine sono state il 53,3%, anche loro sotto la media nazionale. I valori di prevalenza dei consumatori di vino (M=63,2%; F=39,7%), di aperitivi alcolici (M=45,5%; F=28,4%) e di superalcolici (M=36,0%; F=14,5%) sono inferiori al dato medio nazionale per entrambi i sessi. Le prevalenze dei consumatori di amari, in controtendenza rispetto alle altre bevande, si confermano le più alte di tutte le ripartizioni territoriali analizzate per i maschi (48,6%) e sopra la media italiana per le femmine (22,7%).

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra, per entrambi i sessi, valori inferiori al dato medio nazionale per tutti gli indicatori. I consumatori abituali eccedentari sono passati dal 12,4% del 2023 al 10,5% del 2024, con un calo significativo del 15,1%, mentre le femmine che hanno consumato lontano dai pasti sono aumentate dal 16,2% al 18,0% (+11,3%), pur rimanendo sotto la media italiana. Le persone che nel 2024 hanno messo a rischio la propria salute, secondo i criteri ISS, nell'Italia meridionale sono state il 17,6% dei maschi e il 6,9% delle femmine (vedi Tabelle 2 e 3).

Abruzzo

Nel 2024 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 75,8% dei maschi e il 55,7% delle femmine, in linea con la media italiana. Le prevalenze dei consumatori delle diverse bevande alcoliche analizzate sono tutte allineate con il dato medio nazionale a eccezione delle consumatrici di super alcolici che sono sotto la media, il 14% delle femmine.

Anche l'analisi dei comportamenti a rischio mostra tutti i dati in linea con la media italiana e stabili rispetto al 2023. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS in Abruzzo nel 2024 sono stati il 22,7% dei maschi e il 7,4% delle femmine (vedi Tabelle 2 e 3).

Molise

I consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 sono stati il 77,3% dei maschi e il 53,5% delle femmine, in linea con la media italiana e senza variazioni significative rispetto al 2023. La prevalenza dei consumatori di sesso maschile di amari (50,7%) si mantiene per il nono anno consecutivo sopra alla media, mentre sono inferiori alla media nazionale le prevalenze delle sole femmine consumatrici di vino (37,5%), di aperitivi alcolici (28,7%), di amari (15,6%) e di superalcolici (13,9%).

Per quanto riguarda l'analisi dei comportamenti a rischio, come nel 2023, sono sopra la media italiana i valori delle prevalenze dei maschi consumatori *binge drinker* (16,5%) e fuori pasto (48,7%), e sotto la media nazionale le femmine che consumano fuori pasto (19,8%). Nel 2024 in Molise il 25,4% dei maschi (dato sopra la media) e il 9,3% delle femmine ha consumato alcolici in modalità rischiosa per la salute (criterio ISS) (vedi Tabelle 2 e 3).

Campania

I consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 73,9% dei maschi e il 53,8% delle femmine, entrambi inferiori alla media nazionale. L'analisi delle singole bevande mostra il consumo di aperitivi alcolici e di superalcolici sotto la media nazionale per entrambi i sessi

(aperitivi alcolici M=46,8%; F=30,3%; superalcolici M=34,6%; F=14,1%) e del vino per le sole femmine (41,7%). È invece superiore alla media italiana la prevalenza dei consumatori di amari di entrambi i sessi (M=49,3%; F=23,0%).

Per entrambi i sessi, tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio mostrano valori al di sotto della media, a eccezione delle femmine che hanno consumato alcol in modalità abituale eccedentaria, che sono in linea con il dato medio. I consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono stati nel 2024 il 15,1% dei maschi e il 6,4% delle femmine (vedi Tabelle 2 e 3).

Puglia

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 è stata del 75,8% tra i maschi e del 54,9% tra le femmine, valori sono in linea con la media italiana. L'analisi della prevalenza dei consumi delle diverse bevande alcoliche mostra che sono inferiori alla media nazionale le prevalenze delle consumatrici di vino (38,3%) e dei consumatori di aperitivi alcolici di entrambi i sessi (M=45,3%; F=27,2%), sopra la media nazionale i consumatori di amari di entrambi i sessi (M=51,4%, F=25,4%), mentre sono in linea con la media i consumatori di birra e di superalcolici di entrambi i sessi, e i maschi consumatori di vino.

Riguardo i comportamenti a rischio è inferiore alla media nazionale la percentuale di femmine che ha bevuto in modalità abituale eccedentaria (3,8%), dei consumatori fuori pasto di entrambi i sessi (M=34,5%; F=18,1%) e i maschi *binge drinker* (8,6%). I consumatori che nel 2024 in Puglia hanno messo a rischio la propria salute secondo il criterio ISS sono stati il 17,6% dei maschi e il 7,3% delle femmine, entrambi valori sotto la media italiana (vedi Tabelle 2 e 3).

Basilicata

Nel 2024 il 77,0% dei maschi e il 50,2% delle femmine ha consumato almeno una bevanda alcolica; per queste ultime il valore è inferiore alla media così come la prevalenza di tutte le bevande considerate (vino 38,0%; birra 32,5%; aperitivi alcolici 27,1%; superalcolici 13,7%) tranne le consumatrici di amari per le quali il dato è in linea con la media nazionale (19,1%). Il di super alcolici fra i maschi è sotto la media italiana (34,7%).

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia valori inferiori alla media della prevalenza delle femmine che hanno consumato in modalità abituale eccedentaria (2,3%) e lontano dai pasti (16,5%). Sono invece sopra la media i maschi *binge drinker* (15,6%). I consumatori a rischio in Basilicata secondo il criterio ISS sono stati nel 2024 il 23,6% dei maschi, in linea con la media italiana, e il 6,5% delle femmine, sotto la media italiana (vedi Tabelle 2 e 3).

Calabria

Le prevalenze dei consumatori di almeno una bevanda alcolica nel 2024 sono state del 73,2% per i maschi e del 47,7% per le femmine, entrambi sotto la media italiana. L'analisi del consumo delle bevande alcoliche mostra che sono sotto la media italiana i consumatori di entrambi i sessi di vino (M=62,0%; F=35,4%), di super alcolici (M=33,9%, F=14,6%) e, per le sole femmine, di aperitivi alcolici (22,9%). Le prevalenze per i consumatori e le consumatrici delle altre bevande considerate sono in linea con la media nazionale.

L'analisi dei comportamenti a rischio mostra che sono inferiori alla media le prevalenze dei consumatori fuori pasto per entrambi i sessi (M=32,8%; F=15,2%), delle femmine che hanno consumato in modalità abituale eccedentaria (3,7%), dei maschi *binge drinker* (9,8%). Nel 2024

il 18,8% dei maschi e il 6,9% delle femmine hanno consumato alcolici mettendo a rischio la propria salute secondo i criteri ISS, dati sotto la media italiana (*vedi* Tabelle 2 e 3).

Italia insulare

Nel 2024 la percentuale di consumatori di bevande alcoliche nell'Italia insulare è sotto la media italiana per entrambi i sessi, del 73,8% tra i maschi, del 44,9% tra le femmine, per le quali il valore è sceso del 13% rispetto al 2023. Come lo scorso anno, le prevalenze dei consumatori di vino sono, per entrambi i sessi, le più basse registrate rispetto alle altre ripartizioni territoriali italiane (M=58,7%; F=30,3%), così come la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici (25,8%) e dei consumatori di super alcolici (32,3%). Sono sotto la media italiana anche i consumatori di birra di entrambi i sessi (M=61,0%; F=31,2%), con le femmine in calo rispetto all'anno precedente (-10,4%), le consumatrici di amari (18,4%) e di super alcolici (13,5%).

L'analisi delle abitudini di consumo a rischio mostra che i valori rilevati di tutti gli indicatori sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi, a eccezione delle femmine *binge drinker* che sono in linea con la media (4,0%). Il 17,7% dei maschi e il 6,8% delle femmine hanno avuto un comportamento nel consumo di alcol a rischio secondo il criterio ISS (*vedi* Tabelle 2 e 3).

Sicilia

La percentuale di consumatori di almeno una bevanda nel 2024 è stata pari al 72,3% dei maschi e al 43,1% delle femmine, entrambi i valori sotto la media nazionale. Sono sotto la media italiana, per entrambi i sessi, la prevalenza dei consumatori di vino (M = 57,4%; F = 28,6%), birra (M = 59,6%; F = 30,3%), aperitivi alcolici (M = 43,0%; F = 24,3%) e superalcolici (M = 30,8%; F = 12,9%). Inoltre, la prevalenza dei maschi, consumatori di vino, è la più bassa di tutte le regioni (57,4%). Nessuna variazione significativa per tutte le bevande rispetto al 2023.

L'analisi delle abitudini di consumo evidenzia che tutti gli indicatori di rischio sono inferiori alla media nazionale per entrambi i sessi. Nel 2024 sono stati il 14,1% dei maschi e il 6,0% delle femmine in Sicilia a non attenersi alle indicazioni di salute per quanto riguarda il consumo di alcol (a rischio secondo il criterio ISS) (*vedi* Tabelle 2 e 3).

Sardegna

Nel 2024 la prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica è stata pari al 78,1% dei maschi e al 50,4% delle femmine, queste ultime sotto la media nazionale. Sono sotto la media italiana le prevalenze delle consumatrici di vino (35,5%), di birra (33,8%), di aperitivi alcolici (30,5%) e di amari (16,1%), tutti gli altri valori sono in linea con la media italiana.

Per i comportamenti a rischio, come nelle rilevazioni precedenti, nei maschi si mantengono superiori alla media italiana le prevalenze dei fuori pasto (46,1%) e dei *binge drinker* (19,3%), mentre è sotto la media italiana la prevalenza delle consumatrici fuori pasto (19,7%). In Sardegna nel 2024 i consumatori a rischio secondo il criterio ISS sono stati il 28,4% dei maschi, dato superiore alla media italiana, e il 9,2% delle femmine (*vedi* Tabelle 2 e 3).

MORTALITÀ PER DECESSI TOTALMENTE ALCOL-ATTRIBUIBILI

Si definiscono decessi “totalmente alcol-attribuibili” (27, 37) le morti causate da patologie totalmente determinate dal consumo di alcol. Nell’analisi della mortalità totalmente alcol-attribuibile, in accordo con l’ICD10 (5), vengono analizzati i decessi avvenuti nel corso dell’anno, per le patologie: *Disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcol* (ICD10: F10), *Polineuropatia alcolica* (ICD10: G62.1), *Cardiomiopatia alcolica* (ICD10: I42.6), *Gastrite alcolica* (ICD10: K29.2), *Epatopatie alcoliche* (ICD10: K70), *Effetti tossici dell’alcol* (ICD10: T51.0, T51.1), *Degenerazione del sistema nervoso dovuta all’alcol* (ICD10: G31.2), *Pancreatite cronica indotta da alcol* (ICD10: K86.0). Anche la *Miopatia alcolica* (ICD10: G72.1) e *Presenza di alcol nel sangue* (ICD10: R78.0) fanno parte delle patologie “totalmente alcol-attribuibili”, ma non essendo causa di decesso, non sono menzionate nelle analisi che seguono.

L’“Indagine sui decessi e cause di morte” condotta dall’ISTAT è un’indagine totale ed esaustiva che rileva, per tutti i soggetti deceduti in Italia (popolazione presente) le informazioni sulla causa di decesso e su alcune caratteristiche demografiche e sociali. I dati prodotti dell’ISTAT vengono successivamente elaborati dall’ONA-ISS e dal Servizio Tecnico Scientifico di Statistica dell’ISS (82, 83). L’ISTAT rilascia i dati dell’“Indagine sui decessi e cause di morte” con cadenza annuale. Il dato più recente attualmente disponibile si riferisce ai decessi avvenuti in Italia nell’anno 2022 (84).

I dati qui analizzati includono tutti i soggetti residenti in Italia (cittadini italiani e stranieri) ma non includono i soggetti temporaneamente presenti sul territorio del Paese; inoltre, poiché la mortalità totalmente alcol-attribuibile non riguarda le fasce di età infantili, le elaborazioni presentate si riferiscono alla popolazione di quindici anni e più. Al fine di consentire confronti spazio-temporali corretti e non influenzati dalla diversa struttura per età della popolazione, i tassi sono stati standardizzati utilizzando come riferimento la popolazione italiana al Censimento 2011 (85). La popolazione per il calcolo dei tassi deriva dalla rilevazione ISTAT su “Popolazione residente comunale per sesso anno di nascita e stato civile” (<https://demo.istat.it/>).

Mortalità totalmente alcol-attribuibile per età e genere

Nell’anno 2022 il numero di decessi tra i residenti in Italia di 15 anni e più per patologie totalmente alcol-attribuibili è stato pari a 1.306, di cui l’82,5% maschi e il 17,5% femmine, che corrispondono a circa 43 decessi per milione di abitanti tra i maschi e circa 9 decessi per milione tra le femmine (Tabella 4).

Il dettaglio delle patologie incluse nei due codici (F10, K70) è riportato nella Tabella 5 (5).

Le due patologie che causano il numero maggiore di decessi, sia tra gli uomini che tra le donne, sono le *epatopatie alcoliche* (M=765; F=172) e i *disturbi psichici e comportamentali dovuti all’uso di alcol* (M=247; F=43) che, sommate, causano il 94,0% dei decessi alcol-attribuibili tra i maschi e il 94,0% tra le femmine.

Nel 2022, il tasso standardizzato di mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili tra la popolazione di 15 anni e più è stato pari a 4,05 per 100.000 abitanti per i maschi e 0,78 per le femmine; il tasso mostra una riduzione per le donne, mentre è invariato per gli uomini (Tabella 6, Figura 23).

Tabella 4. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia: numero di decessi e distribuzione percentuale. Maschi e Femmine. Italia, anno 2022

Codici	Patologie	Maschi		Femmine		Totale	
		Decessi	%	Decessi	%	Decessi	%
F10	Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	247	22,9	43	18,8	290	22,2
G31.2	Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol	19	1,8	5	2,2	24	1,8
G62.1	Polineuropatia alcolica	7	0,6	1	0,4	8	0,6
I42.6	Cardiomiopatia alcolica	9	0,8	2	0,9	11	0,8
K29.2	Gastrite alcolica	1	0,1	0	0,0	1	0,1
K70	Epatopatie alcoliche	765	71,0	172	75,1	937	71,7
K86.0	Pancreatite cronica indotta da alcol	3	0,3	1	0,4	4	0,3
T51	Effetti tossici dell'alcol	26	2,4	5	2,2	31	2,4
Totale decessi		1077	100,0	229	100,0	1306	100,0

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte”.

Tabella 5. Sottocodici delle patologie ICD-10 F10 e K70

ICD-10	Sottocodice
F10 - Disturbi psichici e comportamentali dovuti all'uso di alcol	F10.0 - Intossicazione acuta
	F10.1 - Abuso nocivo
	F10.2 - Sindrome da dipendenza
	F10.3 - Sindrome da astinenza
	F10.4 - Sindrome da astinenza con delirio
	F10.5 - Disturbo psicotico
	F10.6 - Sindrome amnestica
	F10.7 - Disturbo psicotico residuo o ad esordio tardivo
	F10.8 - Altri disturbi psichici e di comportamento
	F10.9 - Disturbi psichici e di comportamento non specificati
K70 - Epatopatia alcolica	K70.0 - Steatosi epatica da alcol
	K70.1 - Epatite alcolica
	K70.2 - Fibrosi e sclerosi alcolica del fegato
	K70.3 - Cirrosi epatica alcolica
	K70.4 - Insufficienza epatica alcolica
	K70.9 - Epatopatia alcolica non specificata

Tabella 6. Mortalità per sesso e classi di età per patologie totalmente alcol-attribuibili in Italia: numero di decessi, tassi standardizzati (per 100.000 abitanti). Italia, anno 2022

Età	Maschi		Femmine		Totale	
	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD	Morti	Tasso STD
15-34 anni	12	0,21	3	0,05	15	0,13
35-54 anni	307	3,43	67	0,74	374	2,07
55+ anni	758	7,14	159	1,30	917	4,04
15+ anni	1077	4,05	229	0,78	1306	2,33

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e sui dati della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”.

L'analisi dell'andamento temporale della mortalità dei maschi per patologie totalmente alcol-attribuibili mostra una netta riduzione fino al 2013 quando raggiunge un minimo di 3,79 per 100.000 abitanti, poi si registra un leggero aumento negli anni seguenti fino al 2016 quando il tasso raggiunge un valore di 4,08; nel periodo dal 2017 al 2020 il tasso si mantiene sostanzialmente stabile su valori lievemente inferiori a quelli registrati nel 2016 (oscillando tra 3 e 4 casi per 100.000 abitanti); nel 2022 si mantiene l'aumento registrato nel 2021 che ritorna circa agli stessi livelli registrati nel 2016 (4,07 e 4,05 per 100.000 abitanti nel 2021 e 2022, rispettivamente) (Figura 23). La mortalità totalmente alcol-attribuibili aumenta con l'avanzare dell'età sia per gli uomini che per le donne. Il tasso di mortalità standardizzato mostra i valori più elevati tra la popolazione di 55 anni e più: 7,14 (per 100.000 abitanti) per i maschi e 1,30 per 100.000 per le femmine (vedi Tabella 6, Figura 23). Per le femmine si osserva un trend in riduzione fino al 2014, quando il tasso raggiunge un minimo di 0,73 per 100.000 abitanti; nel 2015-2016 si registra un lieve incremento (0,89 per 100.000 abitanti nel 2016) a cui segue un periodo di riduzione fino al 2020 quando il tasso raggiunge un minimo di 0,77 per 100.000 abitanti. Nel 2021 il tasso di mortalità femminile per cause totalmente alcol-attribuibili è aumentato, arrivando a 0,93 decessi per 100.000, mentre nel 2022 è tornato a livelli più bassi, ovvero 0,78 per 100.000 abitanti (Figura 23).

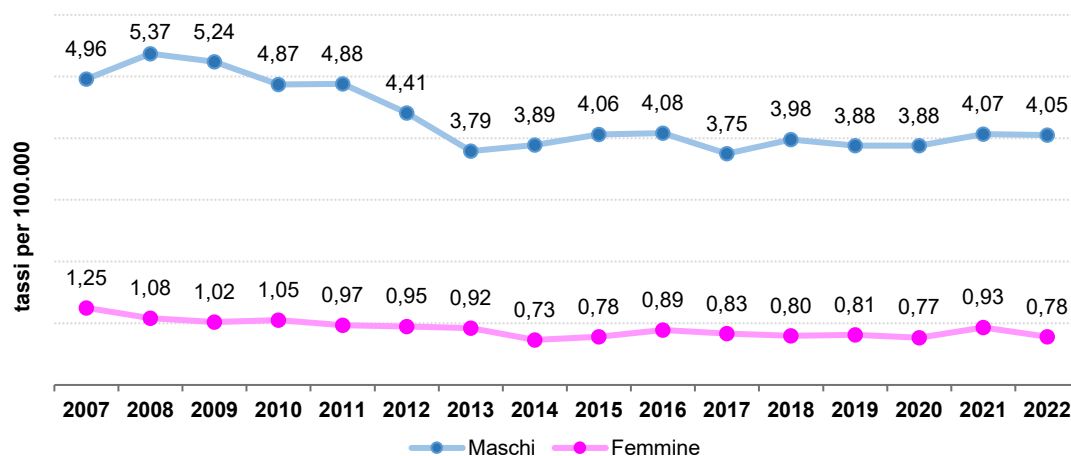


Figura 23. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residente di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Uomini e donne. Italia, anni 2007- 2022

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e sui dati della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

Analizzando l'andamento temporale del tasso di mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili per le diverse fasce di età si evidenzia un contributo non omogeneo al trend complessivo (Figura 24 e 25).

Per i maschi over 55 si osserva una riduzione marcata a partire dal 2009 (9,76 per 100.000 nel 2009) che si arresta nel 2013 ad un minimo di 6,82 per 100.000; a cui segue un aumento fino a 2017 quando il tasso raggiunge un massimo di 7,92 per 100.000 abitanti; dal 2017 al 2022 per i maschi di 55 anni e più la mortalità alcol attribuibile, seppur con oscillazioni, sembra essere in lieve riduzione, con un minimo nel 2020 (6,82 per 100.000), e un lieve aumento successivo, con un tasso di 7,14 per 100.000 nel 2022. Tra i maschi di 35-54 anni la mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili diminuisce drasticamente dal 2008 al 2016, passando da 4,07 per 100.000 a 2,64 per 100.000; poi il tasso oscilla, con una tendenza all'aumento (eccetto l'anno 2019) negli anni seguenti e raggiunge il valore di 3,49 nel 2021 e 3,43 nel 2022. Tra i maschi più giovani (15-34 anni) il tasso non supera mai il valore di 0,23 per 100.000 abitanti in tutto il periodo analizzato (Figura 24).

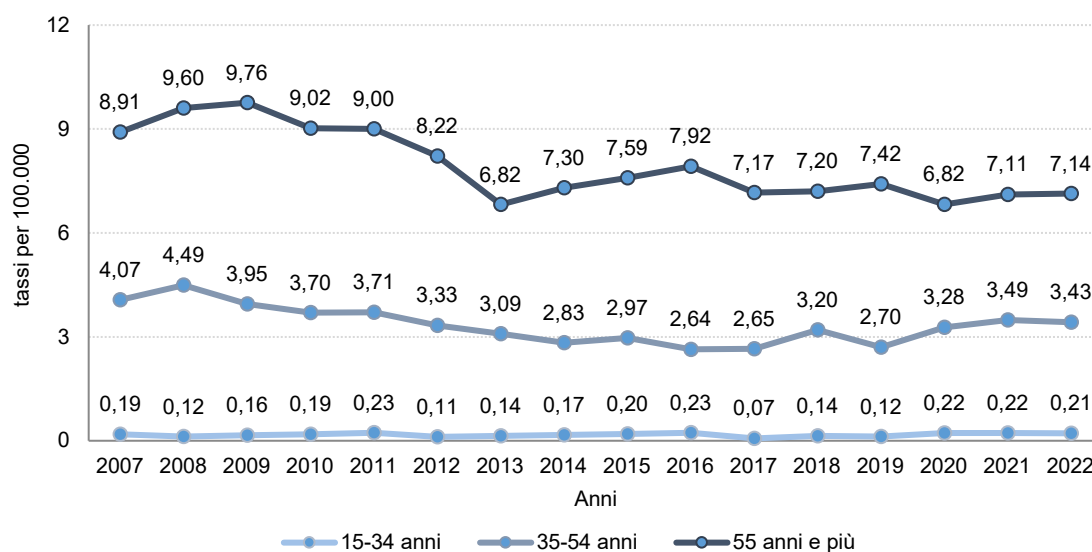


Figura 24. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Uomini. Italia, anni 2007-2022

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e sui dati della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

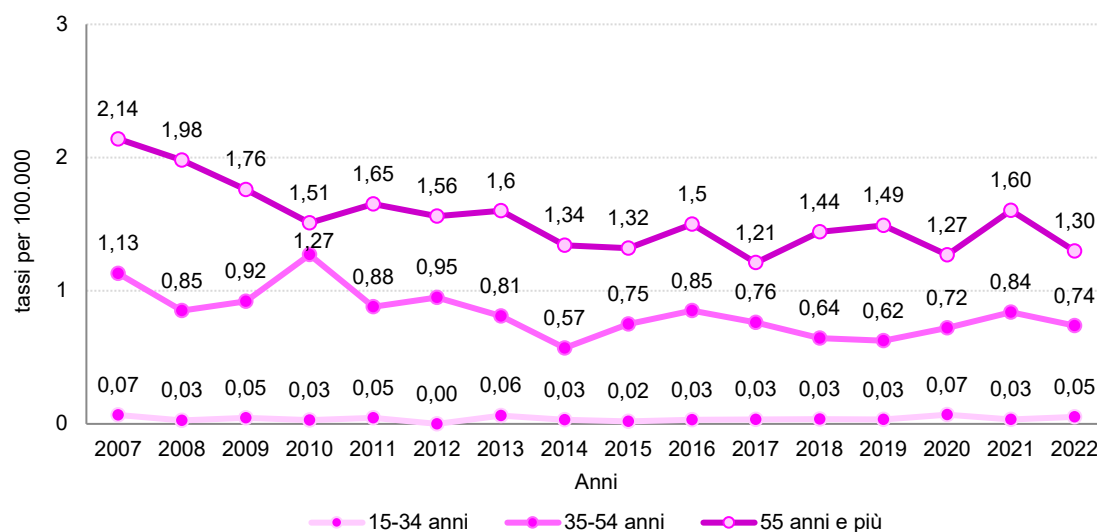


Figura 25. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili. Popolazione residenti di 15 anni e più. Tassi standardizzati per 100.000. Classi di età. Donne. Italia, anni 2007-2022

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e sui dati della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

Anche per le femmine l'andamento temporale della mortalità totalmente alcol-attribuibili non è omogeneo per le diverse classi di età. Per le femmine di 55 anni e più si osserva una netta riduzione del tasso dal 2007 (2,14 per 100.000) al 2010 (1,51 per 100.000); tra il 2010 e il 2020, seppur con forti oscillazioni, la tendenza è in lieve diminuzione con un minimo di 1,27 per 100.000 nel 2020; nel 2021 il tasso sale di nuovo ad un valore di 1,60 per 100.000 per poi tornare a 1,30 per 100.000 nel 2022 (vedi Figura 25). Nella classe di età 35-54 anni, tra le femmine, si

osserva un massimo del tasso di mortalità nel 2010 (1,27 per 100.000) poi un periodo di decremento che si protrae fino al 2014 quando il tasso raggiunge un minimo di 0,57 per 100.000; negli anni seguenti si osserva un nuovo aumento dal 2014 al 2016, una lieve riduzione nei tre anni successivi e di nuovo un aumento a partire dal 2019 (da 0,62 per 100.000 nel 2019, a 0,84 nel 2021, e 0,74 nel 2022). Tra le femmine nella classe di età più giovane (15-34 anni) la mortalità per patologie alcol-attribuibile è estremamente bassa (inferiore a 0,1 per 100.000) e soggetta nel tempo ad oscillazioni casuali (vedi Figura 25).

Mortalità alcol-attribuibile per regione di residenza

L'analisi territoriale della mortalità totalmente alcol-attribuibile fa emergere una estrema variabilità a livello regionale. Per i maschi, le Regioni che nel 2022 hanno i livelli statisticamente più elevati di mortalità (tassi standardizzati) sono al Nord, la Provincia Autonoma di Bolzano (12,32 per 100.000 abitanti) e il Friuli-Venezia Giulia (6,01 per 100.000 abitanti) e, al Sud, Molise (6,53) e Calabria (5,70). Per le femmine, i tassi di mortalità totalmente alcol-attribuibile più elevati si registrano al Nord in Valle d'Aosta (2,83 per 100.000) e nella Provincia Autonoma di Bolzano (1,70), al Centro nel Lazio (0,93 per 100.000), in Toscana (0,91 per 100.000) e in Emilia-Romagna (0,90 per 100.000), e al Sud in Basilicata (1,03 per 100.000) (Tabella 7, Figura 26).

Tabella 7. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle Regioni italiane: numero di decessi, tassi standardizzati (std) per 100.000 abitanti e relativi Intervalli di Confidenza (IC) al 95%. Popolazione di 15 anni e più. Italia, anno 2022

Regione	Maschi			Femmine			Totale		
	n.	Tasso std	IC95%	n.	Tasso std	IC95%	n.	Tasso std	IC95%
Piemonte	101	5,13	4,17-6,3	16	0,67	0,38-1,16	117	2,83	2,33-3,42
Valle d'Aosta	3	5,14	1,06-17,86	2	2,83	0,33-13,9	5	4,10	1,33-10,75
Lombardia	182	4,13	3,54-4,81	43	0,90	0,65-1,23	225	2,42	2,11-2,76
Bolzano	26	12,32	8,01-18,56	4	1,70	0,44-4,74	30	6,59	4,43-9,53
Trento	9	3,88	1,75-7,84	3	1,23	0,25-4,03	12	2,47	1,26-4,47
Veneto	92	4,23	3,4-5,25	16	0,64	0,36-1,09	108	2,34	1,92-2,85
Friuli-Venezia Giulia	35	6,01	4,18-8,52	7	0,97	0,38-2,34	42	3,36	2,42-4,64
Liguria	23	3,16	1,99-4,91	9	1,25	0,55-2,61	32	2,16	1,47-3,15
Emilia-Romagna	64	3,22	2,48-4,15	20	0,90	0,54-1,43	84	2,00	1,59-2,49
Toscana	49	2,80	2,07-3,75	17	0,91	0,52-1,52	66	1,80	1,39-2,32
Umbria	13	3,29	1,74-5,86	3	0,64	0,13-2,26	16	1,86	1,05-3,16
Marche	10	1,43	0,68-2,77	4	0,49	0,13-1,5	14	0,94	0,51-1,65
Lazio	104	4,08	3,33-4,98	27	0,93	0,61-1,39	131	2,41	2,01-2,87
Abruzzo	21	3,52	2,17-5,51	5	0,74	0,23-1,95	26	2,07	1,35-3,1
Molise	9	6,53	2,96-13,03	1	0,60	0,02-5	10	3,24	1,52-6,43
Campania	80	3,24	2,56-4,12	17	0,64	0,37-1,05	97	1,90	1,54-2,33
Puglia	84	4,74	3,78-5,92	13	0,68	0,36-1,21	97	2,62	2,12-3,22
Basilicata	7	2,69	1,06-5,91	3	1,03	0,21-3,63	10	1,84	0,87-3,6
Calabria	46	5,70	4,16-7,67	2	0,25	0,03-1	48	2,85	2,1-3,81
Sicilia	86	4,07	3,25-5,08	13	0,60	0,32-1,06	99	2,26	1,83-2,76
Sardegna	33	4,23	2,9-6,05	4	0,46	0,13-1,39	37	2,26	1,59-3,18
Italia	1077	4,05	3,81-4,31	229	0,78	0,68-0,89	1306	2,33	2,21-2,47

Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e sui dati della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”.

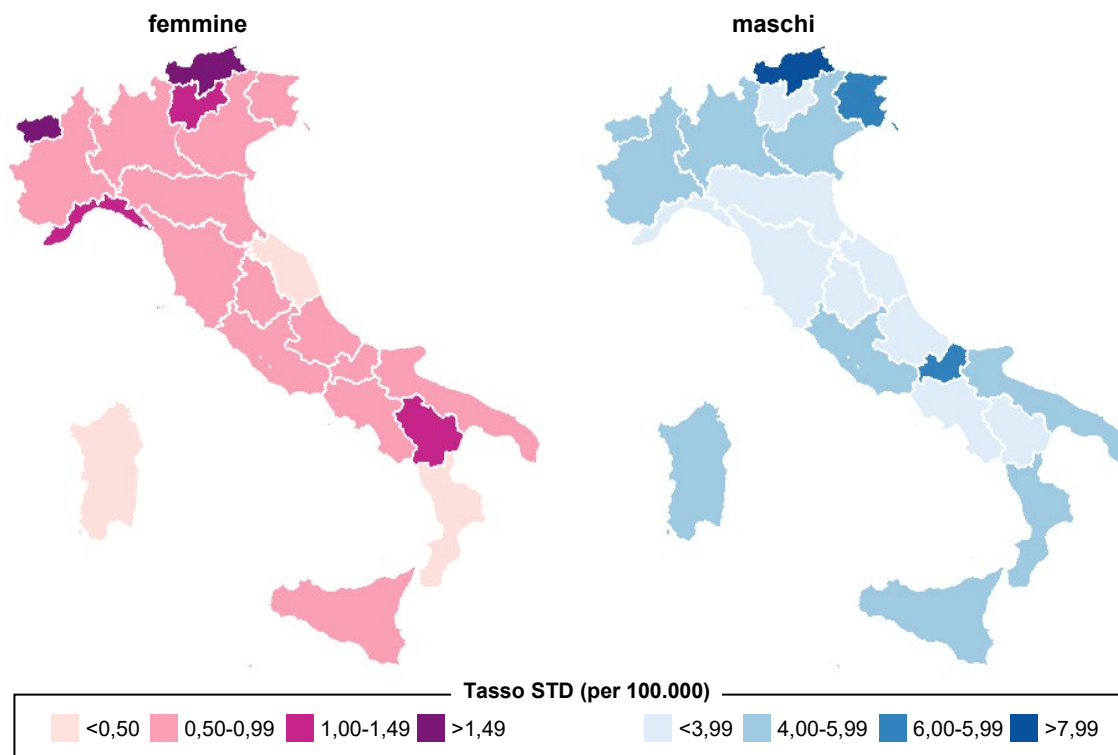


Figura 26. Mortalità per patologie totalmente alcol-attribuibili nelle regioni italiane. Tassi standardizzati per 100.000 abitanti. Uomini e donne di 15 anni e più. Italia, anno 2022.
 Fonte dei dati: Elaborazioni ISS su dati ISTAT dell'“Indagine sui decessi e cause di morte” e sui dati della “Rilevazione sulla popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile”

CONSUMO DI ALCOL PER TARGET DI POPOLAZIONE

Consumo di alcol tra i giovani

Il 45,5% dei maschi e il 40,8% delle femmine di età compresa tra gli 11 e i 24 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2024. La percentuale di maschi che consuma bevande alcoliche in questa fascia d'età ha seguito nell'ultimo decennio un trend in diminuzione (-5,4% rispetto al 2014), mentre per le consumatrici femmine si osserva un andamento altalenante ma complessivamente stabile tra il 2014 e il 2024 (Figura 27, Tabella 8).

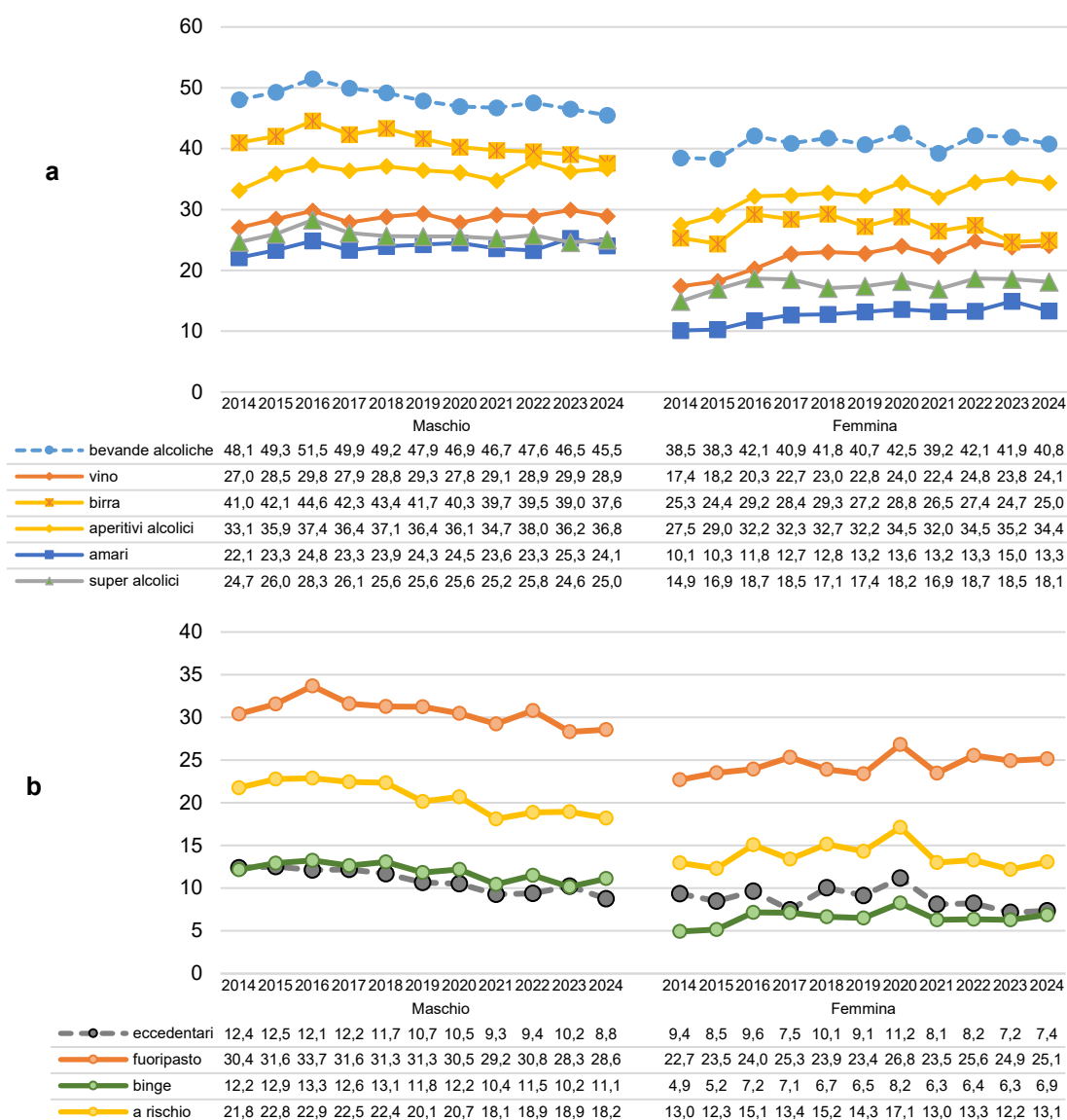


Figura 27. Prevalenza (%) di consumatori (età 11-24 anni) delle diverse bevande alcoliche (a) e dei comportamenti a rischio (b) per sesso. Italia, 2014-2024

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT multiscopo sulle famiglie

Tra i ragazzi, come per gli anni precedenti, i consumi più elevati si riscontrano per la birra (37,6%), anche se è in calo il trend del consumo degli ultimi 10 anni (-8,3% rispetto al 2014), e gli aperitivi alcolici (36,8%) seguiti dal vino (28,9%). Si conferma anche quest'anno, come nella precedente rilevazione, una prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici approssimabile a quella della birra.

Per le ragazze, la prevalenza delle consumatrici di aperitivi (34,4%) è la più elevata rispetto alle altre bevande e mostra negli ultimi 10 anni un aumento marcato e significativo (+25,1% rispetto al 2014). Seguono le consumatrici di birra (25,0%) e vino (24,1%), anche queste ultime in significativo aumento rispetto al 2013 (+38,5%).

Gli amari si confermano le bevande alcoliche meno apprezzate fra i giovani, consumati dal 24,1% dei maschi e dal 13,3% delle femmine. Se né per i ragazzi né per le ragazze si registrano differenze significative nei consumi delle diverse bevande alcoliche rispetto alla precedente rilevazione (2023), gli ultimi 10 anni hanno visto aumentare tra le femmine, oltre alle consumatrici di vino e aperitivi alcolici, anche quelle di amari (+31,7% rispetto al 2014) e superalcolici (+ 21,5% rispetto al 2014) (vedi Figura 27a e Tabella 8).

Tabella 8. Prevalenza (%) di consumatori (età 11-24 anni) per classe d'età, tipologia di consumo e genere. Italia, 2024

Tipologia di consumo	11-17 anni			18-24 anni			Totale		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Bevande alcoliche	15.5 ↓	13.3	14.4 ↓	75.7	67.7 ↑	71.8 ↑	45.5	40.8	43.2
Vino	6.9	5.6	6.3	51.1 ↑	42.1 ↑	46.7 ↑	28.9	24.1 ↑	26.6 ↑
Birra	10.5 ↓	7.6	9.1 ↓	64.9	41.9	53.7	37.6	25.0	31.5
Aperitivi alcolici	9.4	9.9	9.6	64.3 ↑	58.4 ↑	61.5 ↑	36.8	34.4 ↑	35.6 ↑
Amari	5.2	2.7	4.0	43.1	23.7 ↑	33.6 ↑	24.1	13.3 ↑	18.9 ↑
Superalcolici	5.7	4.5	5.1	44.4	31.4 ↑	38.1 ↑	25.0	18.1 ↑	21.7
Consumatori abituali eccedentari	15.5 ↓	13.3	14.4 ↓	2.0	1.6	1.8	8.8 ↓	7.4	8.1 ↓
Consumatori di alcolici fuori pasto	6.5 ↓	5.6	6.1 ↓	50.9	44.2 ↑	47.6 ↑	28.6	25.1	26.9
<i>Binge drinking</i>	2.4	1.5	2.0	19.9	12.1 ↑	16.1	11.1	6.9	9.1
Consumatori a rischio	15.5 ↓	13.3	14.4 ↓	21.0	12.9 ↑	17.0	18.2 ↓	13.1	15.7

↓ Dato diminuito rispetto al 2014

↑ Dato aumentato rispetto al 2014

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

L'analisi dei comportamenti a rischio evidenzia che nel 2024, per entrambi i sessi, non ci sono variazioni di rilievo rispetto al 2023. Il comportamento più diffuso tra i giovani di entrambi i sessi è il consumo fuori pasto (M=28,6%; F=25,1%). I maschi che hanno bevuto in modalità *binge* sono l'11,1% e che hanno consumato in modalità abituale eccedentaria l'8,8%. Le femmine *binge drinker* sono state il 6,9% e le abituali eccedentarie il 7,4% (vedi Figura 27b e Tabella 8). I giovani consumatori 11-24enni a rischio identificati nel 2024 sono stati il 18,2% dei maschi e il 13,1% delle loro coetanee, per un totale di circa 1.270.000 ragazze e ragazzi che non si sono attenuti alle indicazioni di sanità pubblica (vedi Figura 27b e Tabella 8).

Consumatori di 11-17 anni

la Legge 189 dell'anno 2012 impone in Italia il divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minorenni come raccomandato dalla WHO per i giovani al di sotto dei 18 anni. Le nuove linee guida per una sana alimentazione prodotte dall'CREA (61) sulla base del dossier scientifico contenente le raccomandazioni e le principali indicazioni al consumatore (86) considerano "consumatori a rischio per la loro salute" tutti i giovani minorenni che hanno consumato anche una sola bevanda alcolica nel corso dell'anno.

Quindi, a seguito delle indicazioni di sanità pubblica sopra riportate, nella fascia di età 11-17 anni, l'indicatore del consumo di almeno una bevanda alcolica, del consumo abituale eccedentario e del consumo a rischio, coincidono. I ragazzi tra gli 11 e i 17 anni che nel 2024 hanno bevuto alcolici sono stati il 15,5% dei maschi e il 13,3% delle femmine e, sebbene non si registrino variazioni significative rispetto al 2023, per i maschi l'andamento dell'indicatore nell'ultimo decennio è in calo (-27,9% rispetto al 2014), mentre per le femmine è altalenante (Figura 28 e vedi Tabella 8).

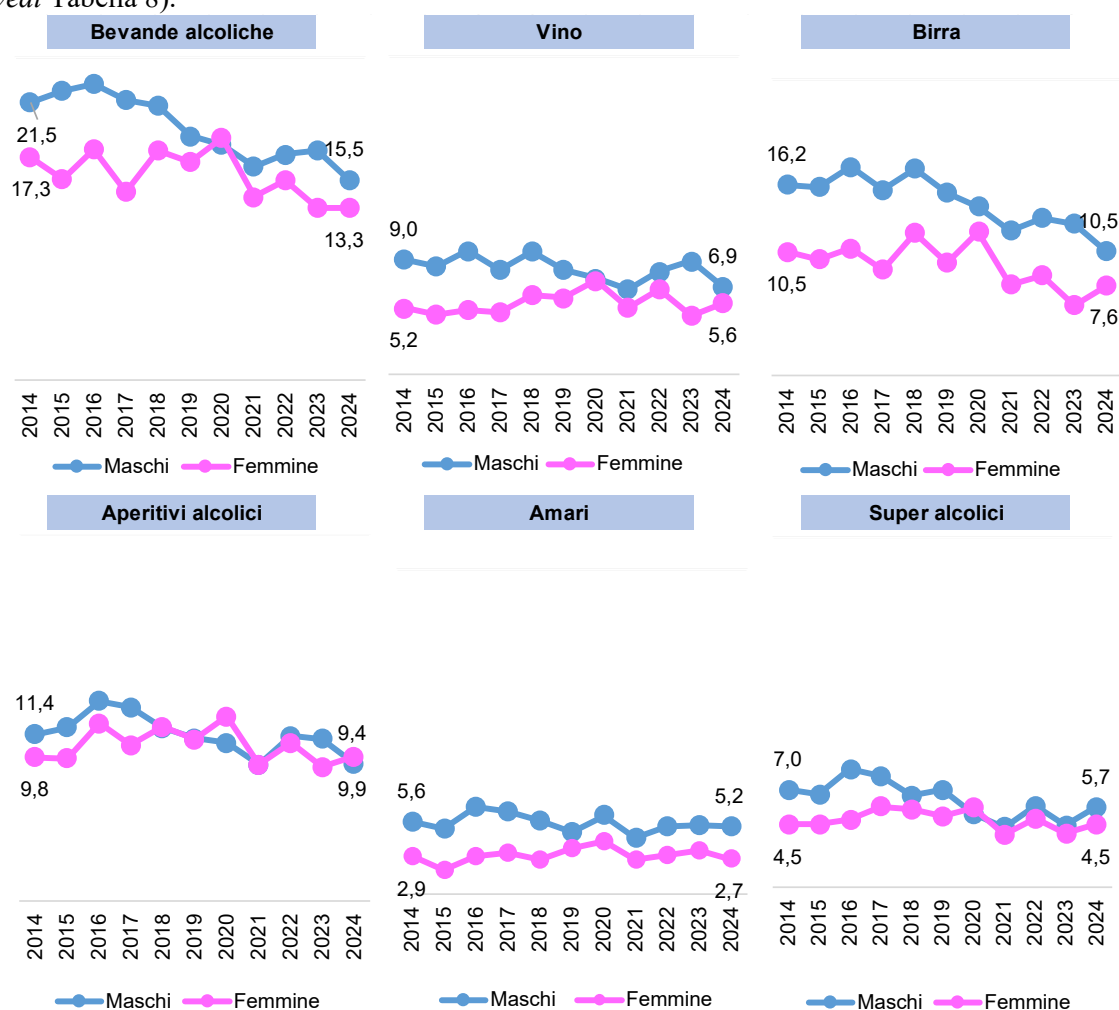


Figura 28. Prevalenza (%) di consumatori (età 11-17 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2014-2024

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Tra i maschi la birra si conferma nel 2024 la bevanda più consumata (10,5%), seguita dagli aperitivi alcolici (9,4%) e dal vino (6,9%). Tra le ragazze le bevande maggiormente consumate sono state gli aperitivi alcolici (9,9%) e la birra (7,6%) seguite dal vino (5,6%). Nel corso degli ultimi dieci anni non si osservano variazioni significative dei consumatori e delle consumatrici delle diverse bevande alcoliche, ad eccezione dei consumatori di birra maschi che sono diminuiti del 35,2% rispetto al 2014 (vedi Figura 28 e Tabella 8).

La prevalenza dei consumatori fuori pasto tra gli 11-17enni è stata nel 2024 del 6,5% dei maschi e del 5,6% delle femmine. Nel corso degli ultimi 10 anni i consumatori fuori pasto maschi sono calati del 38,1% (rispetto al 2014), mentre rimangono pressoché costanti le femmine che bevono a stomaco vuoto, confermando l'eliminazione delle differenze di genere in questo tipo di comportamento a partire dal periodo della pandemia da SARS-CoV-2 (Figura 29 e vedi Tabella 8).

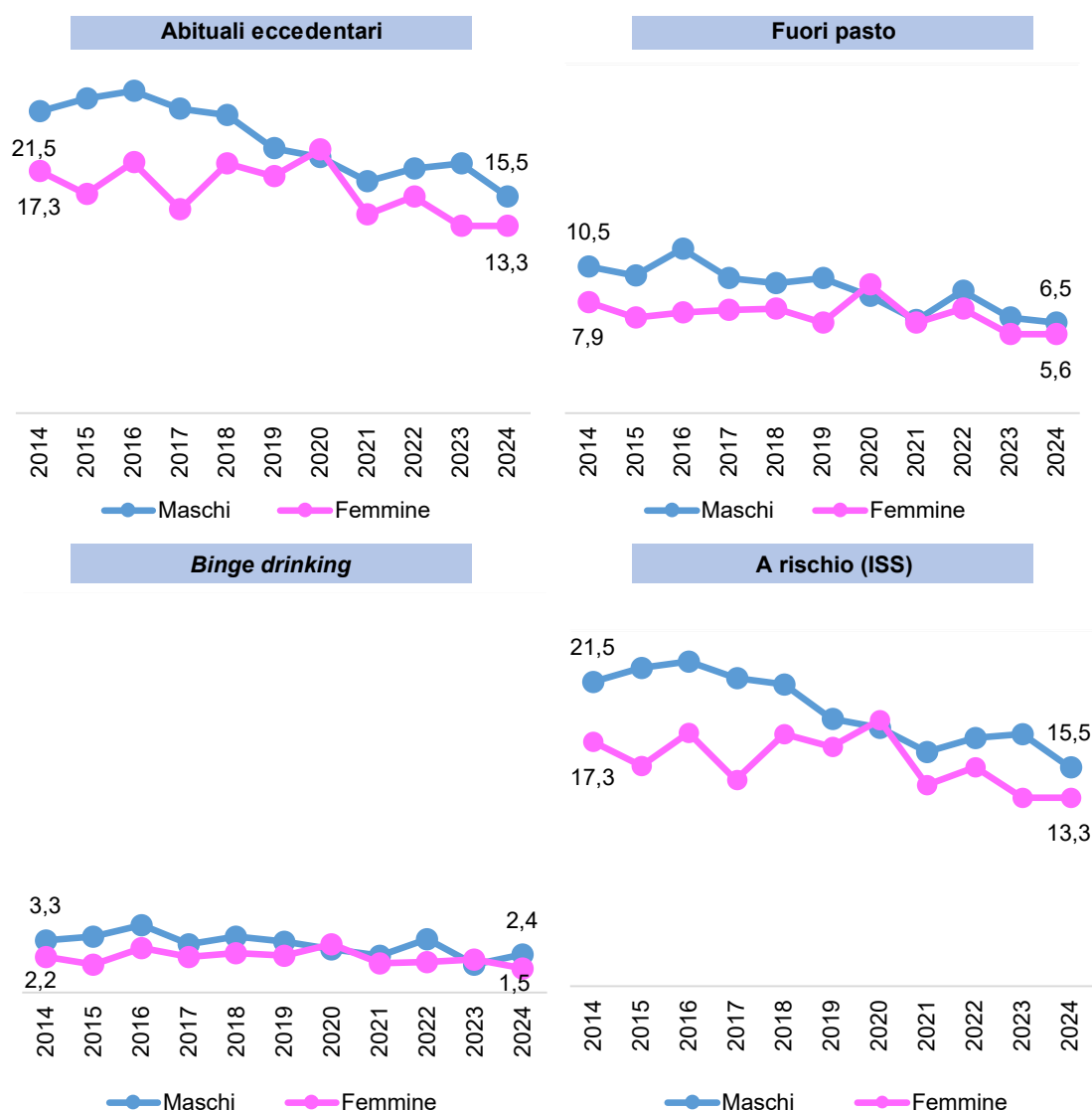


Figura 29. Prevalenza (%) di comportamenti a rischio per sesso (età 11-17 anni). Italia, 2014-2024
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Da notare che i consumatori abituali eccedentari e a rischio coincidono tra loro e con i consumatori di bevande alcoliche, dal momento che qualsiasi consumo in questa fascia d'età è da considerarsi a rischio.

Nel 2024, tra i giovanissimi di 11-17 anni, il consumo in modalità *binge*, ovvero le abbuffate alcoliche, è stato del 2,4% tra i maschi e dell'1,5% tra le femmine.

Le prevalenze dei consumatori a rischio fra i giovanissimi (che corrispondono in questa fascia di età ai consumatori di almeno una bevanda alcolica) continuano a rimanere in linea con i dati degli ultimi anni (M=15,5%; F=13,3%) (vedi Figura 29 e Tabella 8).

Nel 2024 sono 580.000 gli adolescenti minorenni che hanno consumato alcolici e che, secondo gli organismi di sanità pubblica e sulla base delle evidenze scientifiche, hanno messo a rischio la loro salute.

Consumatori di 18-24 anni

L'alcol agisce su diverse funzioni cerebrali (percezione, attenzione, elaborazione, valutazione, ecc.), con effetti diversi e strettamente correlati alle concentrazioni di alcol nel sangue (alcolemia), allo stato fisico, al sesso della persona e alla sua età e per questo motivo è necessario valutare attentamente gli effetti negativi dell'alcol mentre si guida.

Nella normativa italiana 0,5 g/L è il valore limite legale del tasso di alcolemia da non superare alla guida. La Legge 120 del 29 luglio 2010 "Disposizioni in materia di sicurezza stradale" ha anche introdotto la tolleranza zero per i patentati con meno di 21 anni, i neopatentati (coloro che hanno preso la patente da meno di 3 anni) e i guidatori professionisti che non possono bere neanche un piccolo quantitativo di alcol quando si mettono al volante. Tale limitazione è stata ulteriormente rafforzata dal nuovo codice della strada, introdotto con la Legge 177 del 25 novembre 2024, e entrato in vigore dal 14 dicembre 2024 (87). Rispetto all'alcol, il nuovo codice della strada introduce importanti novità con sanzioni più severe per chi guida in stato di ebbrezza.

La Legge segnala per le diverse soglie di tasso alcolemico (in g/L) quanto di seguito riportato:

- | | |
|------------------------------------|--|
| – 0,5-0,8 | → Sanzione amministrativa da 573 a 2.170 euro
Sospensione della patente da 3 a 6 mesi. |
| – 0,8-1,5 | → Sanzione penale con arresto da 6 mesi a 1 anno
Sanzione amministrativa da 800 a 3.200 euro
Sospensione della patente da 6 mesi a 1 anno. |
| – > 1,5 | → Sanzione penale con arresto da 1 a 2 anni
Sanzione amministrativa da 1.500 a 6.000 euro
Sospensione della patente da 1 a 2 anni
Confisca del veicolo. |
| – Recidiva (qualsiasi tasso > 0,8) | → Inasprimento sanzioni
Obbligo di tasso zero per 2-3 anni e di installazione di <i>alcolock</i> (superiore a 0,8). |

Per i neopatentati e per i minori di anni 21, il nuovo codice della strada rafforza il principio del limite alcolemico uguale zero, introducendo sanzioni anche per minime quantità di alcol rilevate: se il giovane conducente viene trovato con un tasso minore o uguale a 0,5 g/L, scatta infatti una sanzione di 624 euro. Inoltre, il mancato rispetto delle regole comporterà l'impossibilità di ottenere la patente di guida prima del compimento del ventiquattresimo anno di età. L'impossibilità di ottenere la patente prima dei 24 anni riguarderà inoltre tutti i minori di anni 21 alla guida senza patente e sotto effetto di sostanze psicotrope.

La prevalenza dei ragazzi di età compresa tra i 18 e 24 anni che nel 2024 hanno consumato almeno una bevanda alcolica è stata del 75,7% tra i maschi e del 67,7% tra le femmine e per queste si conferma, come l'anno scorso, l'aumento nell'ultimo decennio (+13,6% rispetto al 2014).

La prevalenza dei consumatori di sesso maschile è superiore a quella delle consumatrici di sesso femminile per tutte le bevande considerate a eccezione degli aperitivi alcolici per i quali la differenza di genere è minima.

Nel 2024, fra le diverse bevande, la birra è la più consumata fra i ragazzi (64,9%), insieme agli aperitivi alcolici (64,3%), viceversa per le ragazze la prevalenza di consumatrici di aperitivi alcolici (58,4%) è superiore a quella delle consumatrici di birra (41,9%). La terza bevanda più consumata tra i 18-24enni è stata il vino (M=51,5%, F=42,1%), seguita dai superalcolici (M=44,4%, F=31,4%) e dagli amari (M=43,1%, F=23,7) (Figura 30 e *vedi* Tabella 8).

Per quanto riguarda l'andamento dell'ultimo decennio dei consumi delle diverse bevande, sono in aumento rispetto al 2014 le consumatrici di tutte le bevande alcoliche a eccezione delle consumatrici di birra che rimangono grossomodo stabili. Sono in aumento nell'ultimo decennio anche i consumatori maschi di vino e di aperitivi alcolici (Figura 30 e *vedi* Tabella 8).

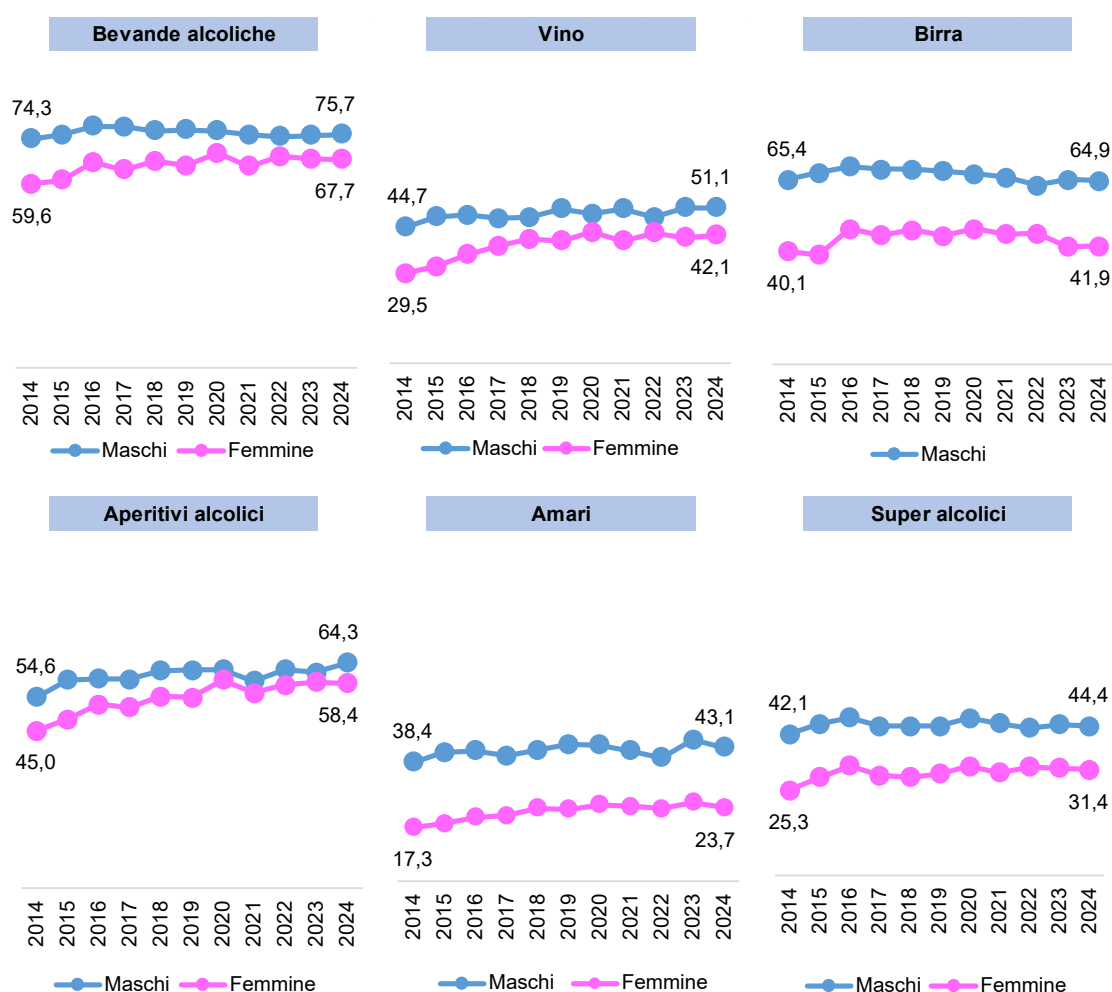


Figura 30. Prevalenza (%) di consumatori (età 18-24 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2014-2024
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il comportamento a rischio più frequente tra i 18 e i 24 anni rimane il consumo fuori pasto, praticato nel 2024 dal 50,9% dei maschi e il 44,2% delle femmine, seguito dal *binge drinking* (M=19,9%; F=12,1%). Il consumo abituale eccedentario si conferma non essere una modalità di consumo prevalente nei giovani, rilevata nel 2,0% e 1,6% rispettivamente dei maschi e delle femmine di questa fascia d'età, stabile rispetto agli anni precedenti. Per tutti gli indicatori di rischio non si rilevano variazioni statisticamente significative rispetto al 2023, ma rispetto ai dieci anni precedenti sono in significativo aumento le femmine che consumano alcolici fuori pasto (+18,2% rispetto al 2014) e in modalità *binge drinking* (+59,2% rispetto al 2014) (Figura 31 e vedi Tabella 8).

Nel 2024 i consumatori a rischio sulla base dei criteri ISS, tra i 18 e i 24 anni, sono stati il 21,0% dei maschi e l'12,9% delle femmine, invariati rispetto all'anno precedente, ma in aumento per le femmine negli ultimi 10 anni (+48,3% rispetto al 2014), per un totale di circa 690.000 ragazzi che hanno messo a rischio la loro salute (Figura 31 e vedi Tabella 8).

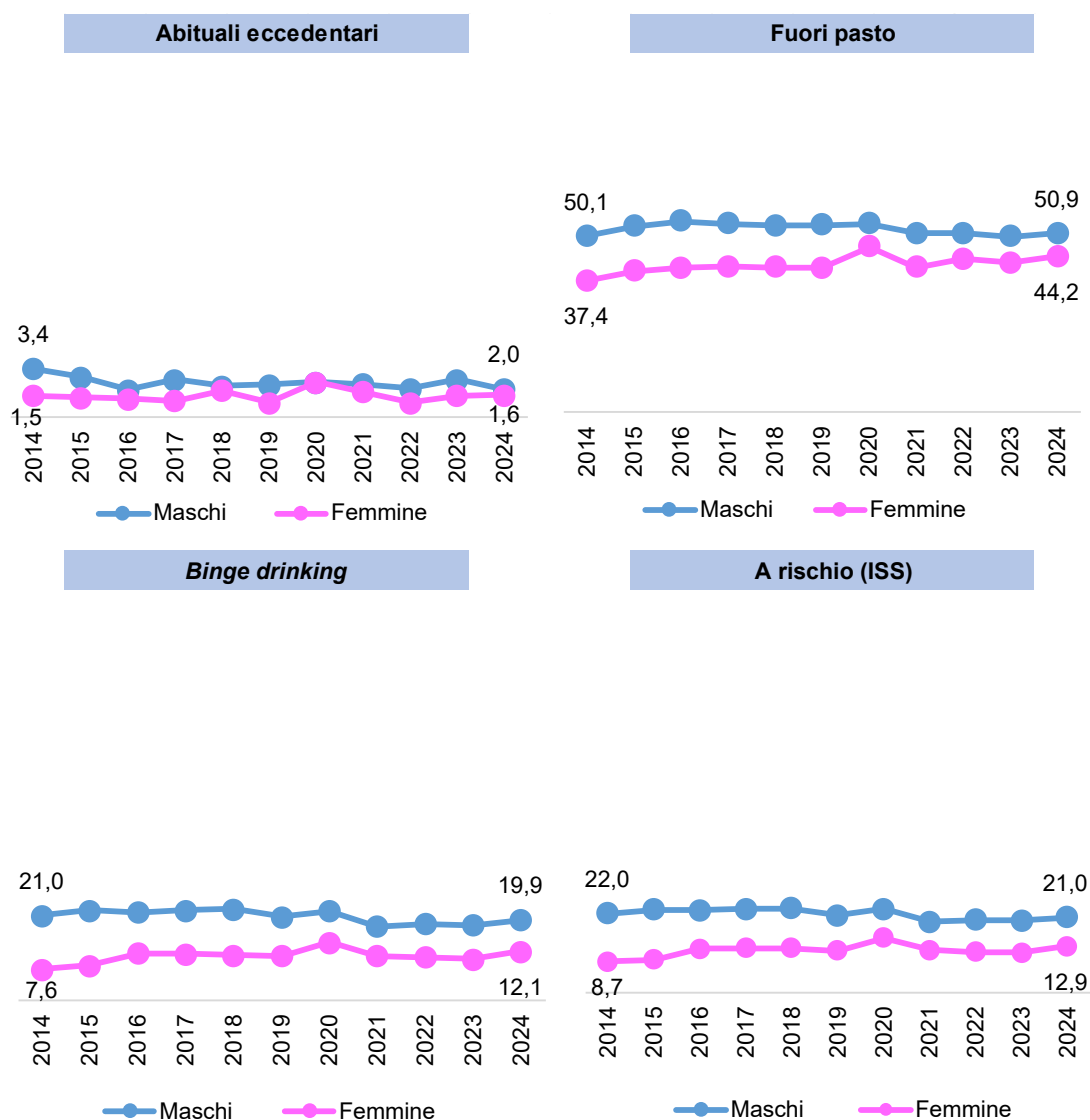


Figura 31. Prevalenza (%) di comportamenti a rischio per sesso (età 18-24 anni). Italia, 2014-2024
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumo di alcol tra le donne

Le femmine hanno una massa corporea inferiore rispetto agli uomini e una concentrazione minore di acqua nel corpo, la loro capacità di metabolizzare l'alcol a parità di consumo è inferiore a quella degli uomini determinando quindi un livello di alcol nel sangue più elevato (61, 86).

In Italia nel 2024 il 57,1% delle femmine di età superiore a 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, per un totale di quasi 16.000.000 di persone, e non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Tabella 9).

Il 5,2% delle femmine ha consumato alcol in modalità abituale eccedentaria, il 24,6% ha consumato alcol lontano dai pasti, il 4,6% in modalità *binge drinking* e complessivamente il 9,1% ha consumato alcol in modalità a rischio per la loro salute, pari ad oltre 2.500.000 persone.

L'analisi degli indicatori sui comportamenti a rischio mostra che nel corso degli ultimi dieci anni la prevalenza delle consumatrici fuori pasto è cresciuta costantemente e, rispetto al 2014, si osserva un incremento del 49,3%; anche la prevalenza delle *binge drinker* è aumentata nell'ultimo decennio con un incremento del 78,7% rispetto al 2014. La prevalenza delle consumatrici a rischio (criterio ISS) è aumentata del 10,4% nel corso degli ultimi dieci anni anche se non si osservano variazioni significative rispetto all'ultima rilevazione (Tabella 9).

Tabella 9. Prevalenza (%) delle consumatrici (età ≥11 anni) di bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio. Italia, 2014-2024

Anno	Consumi						Comportamenti a rischio			
	bevande alcoliche	vino	birra	aperitivi alcolici	amari	super-alcolici	abituale eccedentario	fuori pasto	<i>binge drinking</i>	a rischio (ISS)
2014	50,4	37,7	31,1	21,8	13,9	11,8	6,2	16,5	2,5	8,2
2015	52,0	39,5	32,4	23,7	15,4	14,0	6,5	17,7	3,1	9,0
2016	53,3	40,2	33,4	25,9	16,9	15,3	5,9	19,4	3,4	8,7
2017	53,5	40,3	33,5	26,0	16,9	15,4	5,9	19,4	3,4	8,8
2018	55,4	42,6	36,9	28,3	17,8	15,4	6,1	20,4	3,6	8,9
2019	56,5	43,4	37,3	28,7	18,0	15,4	6,2	21,0	3,5	8,9
2020	56,2	43,2	38,3	29,7	18,7	15,8	6,4	22,4	3,9	9,4
2021	56,1	43,7	37,5	29,2	18,3	15,6	6,1	21,7	3,6	8,7
2022	57,5	45,2	39,6	32,9	19,9	17,2	6,1	23,2	3,7	9,1
2023	57,6	45,2	38,7	33,5	20,7	17,2	5,5	23,9	4,5	9,2
2024	57,1	44,9	38,1	34,1	20,3	17,3	5,2	24,6	4,6	9,1

Consumatrici minorenni (età 11-17 anni)

Le ragazze hanno una massa corporea inferiore rispetto ai ragazzi, minor quantità di acqua corporea e meno efficienza dei meccanismi di metabolizzazione dell'alcol. Ciò rende più vulnerabile il sesso femminile agli effetti dell'alcol e, a parità di consumo, determina un livello di alcol nel sangue più elevato e le informazioni sui danni che l'alcol può causare in particolare in questa fascia sensibile di popolazione non vengono correttamente comunicate.

Nel 2024 la prevalenza di consumatrici di almeno una bevanda alcolica di età 11-17 anni è stata del 13,3%, invariata rispetto allo scorso anno. Sebbene l'andamento nel corso degli ultimi

10 anni sia stato altalenante, a causa della ridotta numerosità del campione non si rilevano variazioni statisticamente significative.

Le bevande maggiormente consumate dalle minorenni sono state nel 2024 gli aperitivi alcolici, consumati dal 9,9% delle ragazze, e la birra, consumata dal 7,6%, seguite da vino (5,6%), superalcolici (4,5%) e amari (2,7%). Gli andamenti nel corso degli ultimi 10 anni sono grossomodo costanti (Figura 32).



Figura 32. Prevalenza (%) delle consumatrici (anni 11-17 anni) di bevande alcoliche. Italia, 2014-2024
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

In questa fascia d'età qualsiasi tipo di consumo è da considerarsi rischioso per la salute e nel 2024 sono state circa 260 mila (il 13,3% delle ragazze di questa fascia). Inoltre, il 5,6% delle 11-17enni ha consumato bevande lontano dai pasti, e l'1,5% ha praticato il *binge drinking* (Figura 33). Per tutte le tipologie di comportamento a rischio considerate, non si rilevano variazioni significative, né rispetto al 2014, né rispetto alla precedente rilevazione (Figura 33).

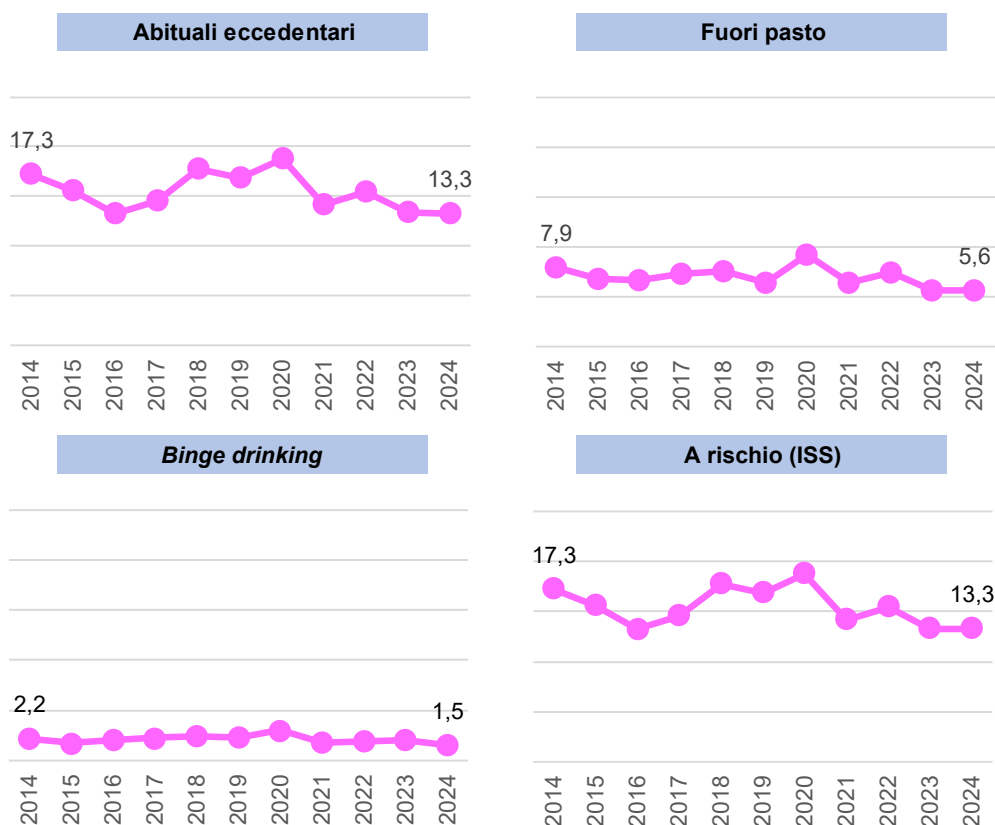


Figura 33. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 11-17 anni) per comportamenti a rischio. Italia, 2014-2024

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatrici adulte (età 18-49 anni)

Molte donne in età adulta e fertile non sono consapevoli della maggiore sensibilità e vulnerabilità fisiologica che le espone a maggiori rischi a causa del loro consumo di alcol: l'organismo femminile presenta infatti una massa corporea inferiore rispetto a quella dell'uomo, una minor quantità di acqua corporea e meno efficienza nella metabolizzazione dell'alcol per carenza dell'enzima epatico alcol-deidrogenasi.

A pari quantità di bevande alcoliche, quindi, il livello di alcolemia è maggiore nelle femmine e aumenta la probabilità di sviluppare patologie, inclusi numerosi tipi di cancro (in particolare quello della mammella), osteoporosi, riduzione della fertilità e complicanze nella gravidanza, fino ad aborti spontanei e rischio di partorire neonati affetti da sindrome feto alcolica (14-16, 54-56).

Il 67,7% delle 18-49enni ha consumato bevande alcoliche nel corso del 2024 e la prevalenza è aumentata del 16,2% rispetto al 2014, sebbene non si osservino variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Le bevande consumate dal maggior numero di femmine sono gli aperitivi alcolici (54,5%), il vino (50,6%) e la birra (48,7%), seguiti da amari e super alcolici (rispettivamente 28,7% e 27,2%). Per tutte le bevande considerate, negli ultimi dieci anni si osserva un trend in aumento delle prevalenze delle consumatrici sebbene rispetto al 2023 non si registrano variazioni significative (Figura 34).



Figura 34. Prevalenza (%) delle consumatrici (anni 18-49 anni) di bevande alcoliche. Italia, 2014-2024

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione è il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, praticato dal 40,3% delle femmine, in forte e costante aumento negli ultimi 10 anni (+53,2% rispetto al 2014), seguito dal *binge drinking* (8,3%), anch'esso in aumento (+92,6% rispetto al 2014) e dal consumo abituale eccedentario (3,0%) (Figura 35).

Complessivamente il 10,4% delle femmine di questa fascia di popolazione ha consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute e sebbene il valore sia rimasto pressoché stabile nel corso dell'ultimo anno, si registra un incremento del 48,5% rispetto al 2014.



**Figura 35. Prevalenza (%) delle consumatrici (anni 18-49 anni)
per comportamenti a rischio. Italia, 2014-2024**

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatrici adulte (età 50-69 anni)

Il sistema di smaltimento dell'alcol attraverso l'enzima alcol-deidrogenasi non è uguale in tutte le persone e varia in funzione del sesso, dell'età, dell'etnia e di altre caratteristiche personali. Per questo motivo è consigliato anche a una donna adulta e in stato di buona salute di non superare un consumo giornaliero di una unità alcolica per non incorrere in rischi per la salute (61, 86).

Nel 2024, la prevalenza di femmine di età compresa tra i 50 e i 69 anni che hanno consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno è stata del 59,9%; sebbene rispetto al 2023 non si rilevino variazioni statisticamente significative, il dato è aumentato del 14,8% nel corso degli ultimi dieci anni.

La bevanda maggiormente consumata in questa fascia di età è stata il vino (48,6%), seguita dalla birra (43,7%), dagli aperitivi alcolici (30,8%), e dagli amari (20,6%) e superalcolici (15,1%). Per tutte le bevande considerate si registra un incremento delle prevalenze rispetto al 2014, ma senza variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 36).

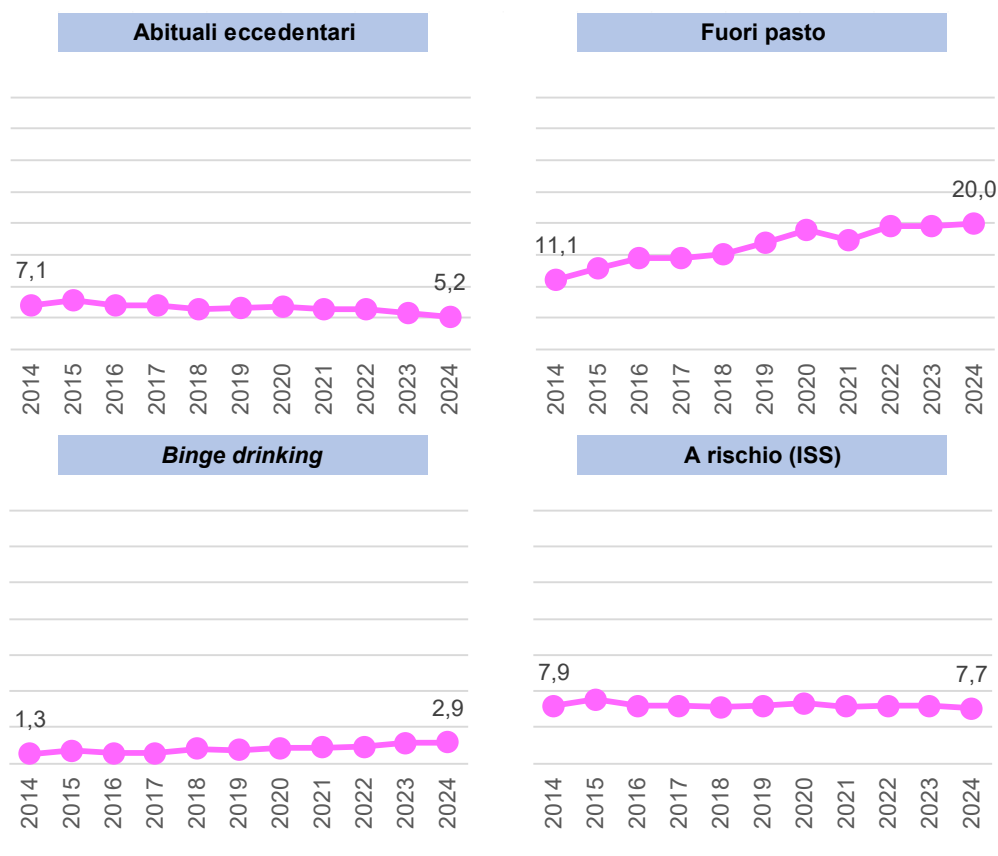


Figura 36. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 50-69 anni) di bevande alcoliche. Italia, 2014-2024
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il comportamento a rischio più diffuso in questa fascia di popolazione è il consumo di bevande alcoliche lontano dai pasti, praticato da una donna su cinque (20,0%), che è aumentato dell'80,0% rispetto al 2014.

La prevalenza delle femmine 50-69enni che hanno praticato il *binge drinking* è stata del 2,9%, e anche per questo indicatore si registra un forte incremento rispetto al 2014 (+117,2%). Il consumo abituale eccedentario è stato praticato dal 5,2% delle femmine 50-69enni. Per tutti gli indicatori di rischio non si osservano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione.

Complessivamente hanno consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute secondo il criterio ISS il 7,7% delle femmine di 50-69 anni, valore che risulta pressoché stabile nel tempo (Figura 37).



**Figura 37. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 50-69 anni)
per comportamenti a rischio. Italia, 2014-2024**

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatrici anziane (età ≥70 anni)

Con l'avanzare dell'età le persone raggiungono più elevati livelli di concentrazione di alcol nel sangue e hanno una minore tolleranza agli effetti negativi legati all'assunzione, a causa della ridotta capacità di metabolizzare l'alcol. Nelle femmine anziane l'assunzione di alcol, anche moderata, può inoltre peggiorare e accelerare la degenerazione della sfera neurologica e psichica. Infine, spesso la donna anziana è in terapia farmacologica e l'alcol può interferire con molti farmaci, in particolare quelli che deprimono il sistema nervoso (sedativi, tranquillanti, ansiolitici, ipnotici). Per questo motivo sono numerose le tipologie di decesso, tra cui cadute, suicidi, malattie cardiovascolari e psichiatriche nonché alcuni tipi di tumori, il cui rischio in questo target sensibile di popolazione viene incrementato dal consumo di alcol. Per questi motivi, le linee guida per una sana alimentazione (61, 86) suggeriscono quindi per questa fascia di popolazione di non consumare più di una unità di bevande alcoliche al giorno per non incorrere in rischi per la salute.

Nel 2024 il 47,7% delle femmine ultrasessantenni ha consumato bevande alcoliche almeno una volta nel corso dell'anno e, nonostante il trend in crescita registrato negli ultimi dieci anni (+15,1% rispetto al 2014), non si osservano variazioni significative rispetto al 2023. La bevanda più consumata in questa fascia d'età è il vino, consumato da quasi una donna anziana su due (41,8%), seguita dalla birra (20,3%); la prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici e amari

sono state il 10,0% e il 10,4% rispettivamente e le bevande meno consumate in questa fascia di età sono state anche nel 2024 i superalcolici (6,7%). Per tutte le bevande considerate si osserva un trend di consumo in crescita rispetto al 2014 (vino: +8,8%; birra: +76,5%; aperitivi alcolici: +146,1%; amari: +88,6%; super alcolici: +107,9%) sebbene le differenze rispetto all'ultima rilevazione non risultino statisticamente significative (Figura 38).



Figura 38. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 70+ anni) di bevande alcoliche. Italia, 2014-2024
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Il comportamento a rischio più frequente è stato il consumo di alcol lontano dai pasti, praticato dal 9,5% delle anziane ultrasettantenni, seguito dal consumo abituale eccedentario (6,5%). L'1,2% delle anziane ha praticato il *binge drinking*. Sebbene i valori degli indicatori di rischio risultino stabili rispetto alla precedente rilevazione, per le femmine che hanno consumato in modalità *binge drinking* e fuori pasto si registra un forte incremento rispetto ai dieci anni precedenti, rispettivamente del 238,5% e 91,8% rispetto al 2014.

Complessivamente nel 2024 il 7,4% delle femmine anziane ultrasettantenni ha consumato bevande in modalità a rischio per la loro salute e non si rilevano variazioni statisticamente significative né rispetto al 2014 né rispetto alla precedente rilevazione (Figura 39).

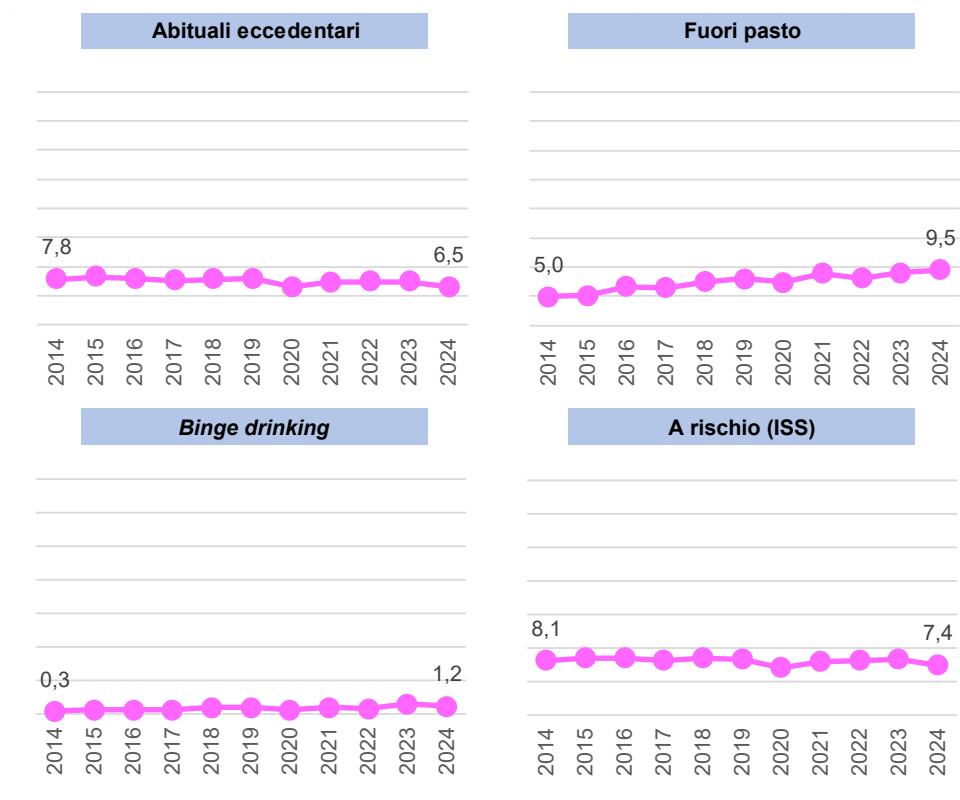


Figura 39. Prevalenza (%) delle consumatrici (età 70+ anni) per comportamenti a rischio. Italia, 2014-2024

Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumo di alcol tra gli anziani

La WHO stabilisce che gli anziani sono uno dei target sensibili della popolazione all'esposizione all'alcol insieme alle donne e ai bambini. Un recente studio ha mostrato che esistono marcate differenze nel consumo di alcol negli anziani tra i diversi Paesi europei e che il genere maschile, così come uno stato socioeconomico più elevato, sono stati associati a un consumo di alcol. Con l'avanzare dell'età, il consumo di alcol può peggiorare i problemi di salute esistenti e avere interazioni pericolose con alcuni farmaci.

La riduzione dell'attività dell'alcol-deidrogenasi determina elevate concentrazioni di alcol nel sangue per un periodo più lungo rispetto ad altre fasce di popolazione a causa della diminuzione dell'acqua corporea totale, della minore efficienza del fegato, dell'assunzione di farmaci e della presenza di patologie croniche. Negli anziani, infine, bere anche una piccola quantità di alcol può portare a situazioni pericolose o addirittura mortali perché può compromettere il giudizio, la coordinazione e il tempo di reazione di una persona aumentando il rischio di problemi di equilibrio e di cadute, che possono provocare fratture dell'anca o del braccio o altre lesioni (88-91). Pertanto, le linee guida (61, 86) del CREA consigliano agli anziani di non consumare bevande alcoliche o ridurre il consumo a un massimo di 12 g di alcol al giorno per non incorrere in problemi per la salute; tale consumo equivale a 1 UA (circa 330 mL di birra, 125 mL di vino o 40 mL di un superalcolico) indipendentemente dal genere.

In Italia nel 2024 l'81,2% dei maschi e il 50,1% delle femmine di 65 o più anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica e, mentre l'andamento è rimasto pressoché costante per i maschi nel corso degli ultimi dieci anni, per le femmine si registra un incremento del 14,9% rispetto al 2014, sebbene non si siano registrate variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (Figura 40).

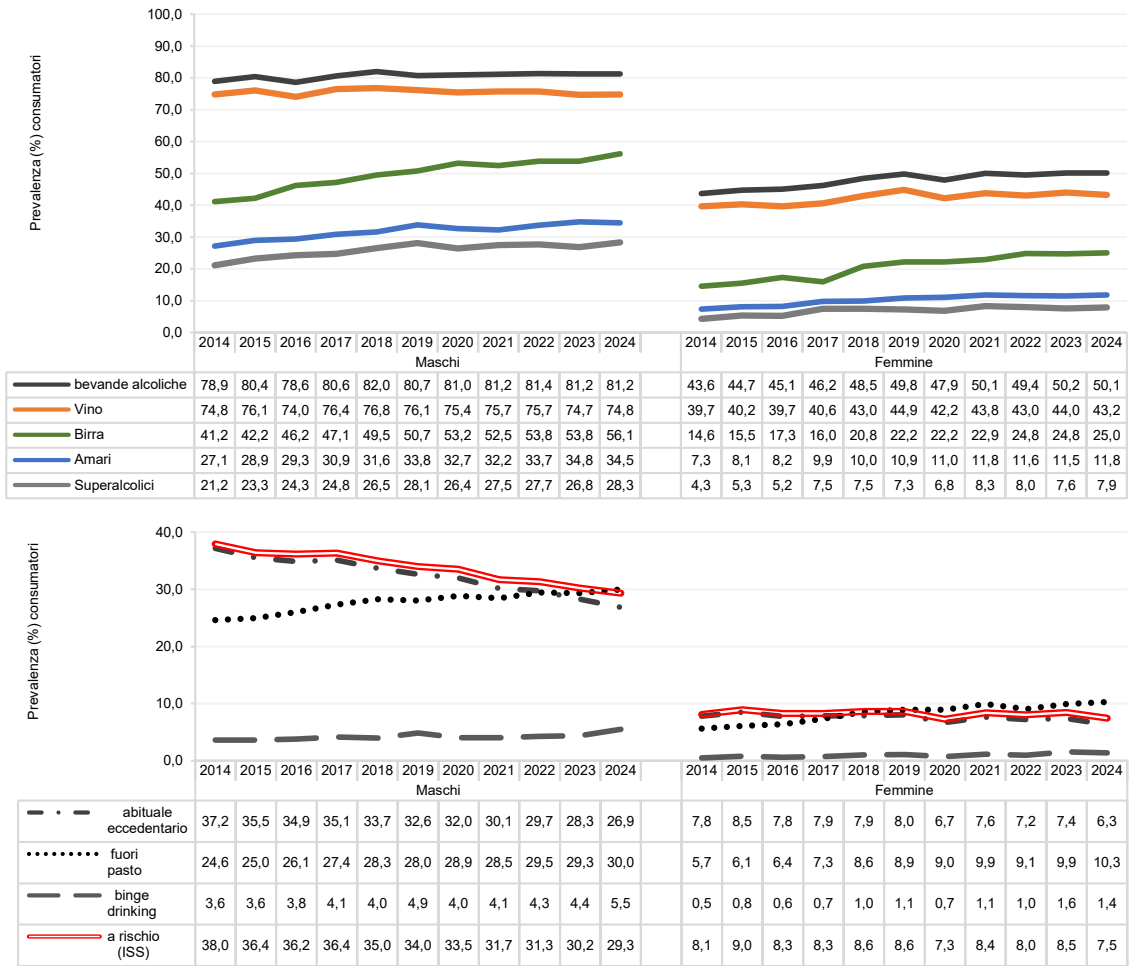


Figura 40. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥65 anni) delle diverse bevande alcoliche e dei comportamenti a rischio, per sesso. Italia, 2014-2024
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La bevanda con la più elevata prevalenza di consumatori in questa fascia di età è sempre il vino, sia per i maschi che per le femmine (M: 74,8%; F: 43,2%) seguito dalla birra (M: 56,1%; F: 25,0%). Nel corso dell'ultimo decennio si registra, sia per i maschi che per le femmine, un aumento significativo nel consumo di tutti i tipi di bevande alcoliche (dato 2024 rispetto al dato 2014), a eccezione del vino per i maschi che rimane stabile. Non si evidenziano variazioni significative rispetto alla precedente rilevazione (2023) (vedi Figura 40).

Le prevalenze dei comportamenti a rischio rimangono invariate rispetto al 2023 sia per i maschi che per le femmine e, come tutti gli anni, le prevalenze dei comportamenti a rischio nei maschi sono significativamente superiori rispetto alle femmine. Per i maschi i comportamenti a rischio più praticati sono il consumo fuori pasto (30,0%) seguito dal consumo abituale

eccedentario (26,9%). Anche per le femmine il comportamento a rischio più diffuso è il consumo fuori pasto, praticato dal 10,3% delle ultra-65enni, seguito dal consumo abituale eccedentario (6,3%). Il 5,5% dei maschi e l'1,4% delle femmine ultrasessantacinquenni ha praticato il *binge drinking* nel 2024 (vedi Figura 40).

Per quanto riguarda l'andamento negli ultimi 10 anni si osserva, fra i maschi, un calo del 27,7% nei consumatori abituali eccedentari e un aumento del 22,0% nei consumatori fuori pasto (rispetto al 2014) mentre, per le femmine, c'è stato un aumento sia nelle consumatrici fuori pasto (+80,7%), sia nelle *binge drinker* (+180,0%) (vedi Figura 40).

In totale gli over 65 che nel 2024 hanno tenuto un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri ISS sono stati il 29,3%, dei maschi e il 7,5% delle femmine pari a quasi 2.450.000 persone (vedi Figura 40).

Per tener conto dei diversi comportamenti adottati da questa fascia di popolazione e le diverse abitudini di consumo sono stati quindi analizzati separatamente i dati relativi a 'giovani anziani' (65-74) che rappresentano nel 2024, l'11,7% della popolazione italiana, agli 'anziani' veri e propri (75-84) che ne rappresentano l'8,7% e ai 'grandi anziani' (85 e oltre) che ne rappresentano infine il 3,9% (92).

Consumatori giovani anziani (65-74 anni)

In Italia la popolazione media anziana di 65-74 anni nel 2024 era pari al 11,4% della popolazione maschile italiana e al 12,1% di quella femminile (92). I consumatori in questa fascia d'età sono stati l'83,5% dei maschi e il 54,3% delle femmine, queste ultime in aumento del 13,9% rispetto al 2014 (Figura 41).

La bevanda più consumata continua ad essere il vino, sia per gli uomini (75,5%) che per le donne (45,0%).

La birra è stata consumata dal 65,0% dei giovani anziani, in aumento del 6,2% rispetto all'anno scorso, e dal 33,3% delle loro coetanee; per entrambi i sessi si mantiene il trend in crescita osservato nell'ultimo decennio della prevalenza dei consumatori e delle consumatrici di questa bevanda (M= +28,0%, F=+64,9% rispetto al 2014).

La prevalenza di consumatori di aperitivi alcolici nel 2024 è stata del 37,5% tra i maschi e del 18,1% tra le femmine e si evidenzia ancora un forte trend in crescita nell'ultimo decennio (M=+43,7%, F=+96,7% rispetto al 2014).

Gli amari sono stati consumati dal 39,8% dei maschi e dal 15,2% delle femmine; per i maschi si conferma l'andamento in crescita della prevalenza dei consumatori di questa bevanda (+25,2% rispetto al 2014).

I superalcolici, infine, sono stati consumati dal 33,9% dei maschi e dal 10,4% delle femmine in questa fascia di età e, anche in questo caso, il consumo nei maschi è aumentato nel corso degli ultimi 10 anni (+28,4% rispetto al 2014).

Le prevalenze di consumatori delle bevande considerate sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (Figura 41).

Per tutti gli indicatori relativi ai comportamenti a rischio non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto al 2023 né tra i maschi, né tra le femmine. Nel 2024 il consumo abituale eccedentario di bevande alcoliche è stato del 26,3% tra i maschi e del 6,2% tra le femmine, la prevalenza del consumo fuori pasto del 34,5% e del 12,9% rispettivamente. Il *binge drinking* si mantiene il comportamento a rischio meno frequente tra gli anziani che tuttavia è pari al 6,8% per i maschi e all'1,9% per le femmine (Figura 42).

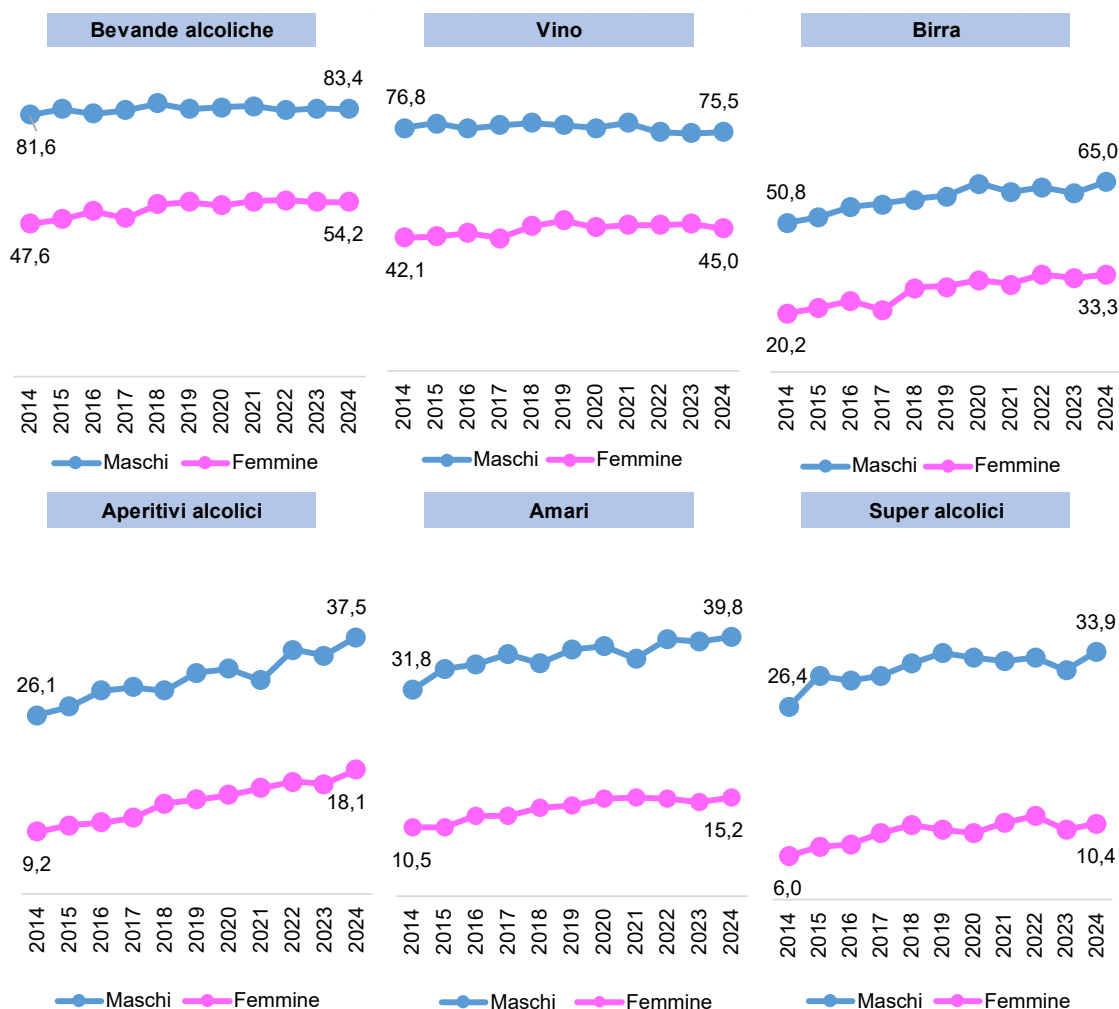


Figura 41. Prevalenza (%) di consumatori (età 65-74 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2014-2024
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Le differenze nei comportamenti rispetto all'ultimo anno non sono statisticamente significative, ma si confermano gli andamenti evidenziati nell'ultimo decennio ovvero: cala rispetto al 2014, per entrambi i sessi, la prevalenza dei consumatori abituali eccedentari (M=-32,4%, F=-28,7%) e aumentano invece i consumatori fuori pasto (M=+18,2%, F=+79,2%). Continuano ad aumentare le consumatrici *binge drinker* (+171,4% rispetto al 2014).

Sono circa 1.260.000 i giovani anziani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute secondo i criteri ISS, ovvero il 29,4% dei maschi, l'7,7% delle femmine. Nel corso degli ultimi dieci anni si rileva una costante riduzione della prevalenza dei consumatori a rischio per i soli maschi (-26,9% rispetto al 2014) (Figura 42).

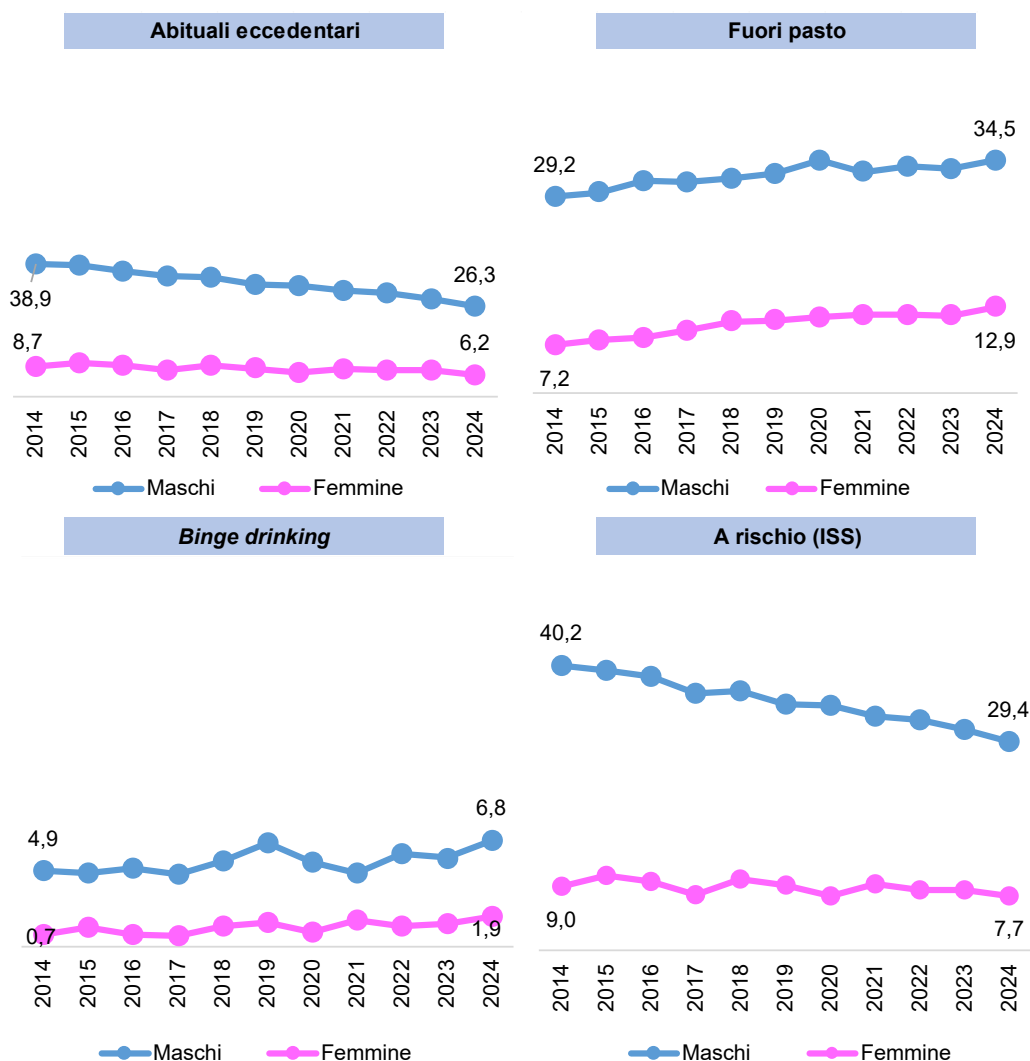


Figura 42. Prevalenza (%) di consumatori (età 65-74 anni) per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia, 2014-2024
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori anziani (75-84 anni)

In Italia la popolazione anziana di 75-84 anni nel 2024 era pari al 7,8% della popolazione maschile italiana e al 9,5% di quella femminile (92). Nel 2024 i consumatori in questa fascia d'età sono stati l'80,4% dei maschi e il 48,8% delle femmine e per queste si osserva, rispetto al 2014, un incremento del 15,9% (Figura 43).

La bevanda alcolica più consumata in questa fascia di popolazione, come per le altre fasce di anziani, è il vino, che nel 2024 è stato bevuto dal 75,3% dei maschi e dal 42,9% delle femmine.

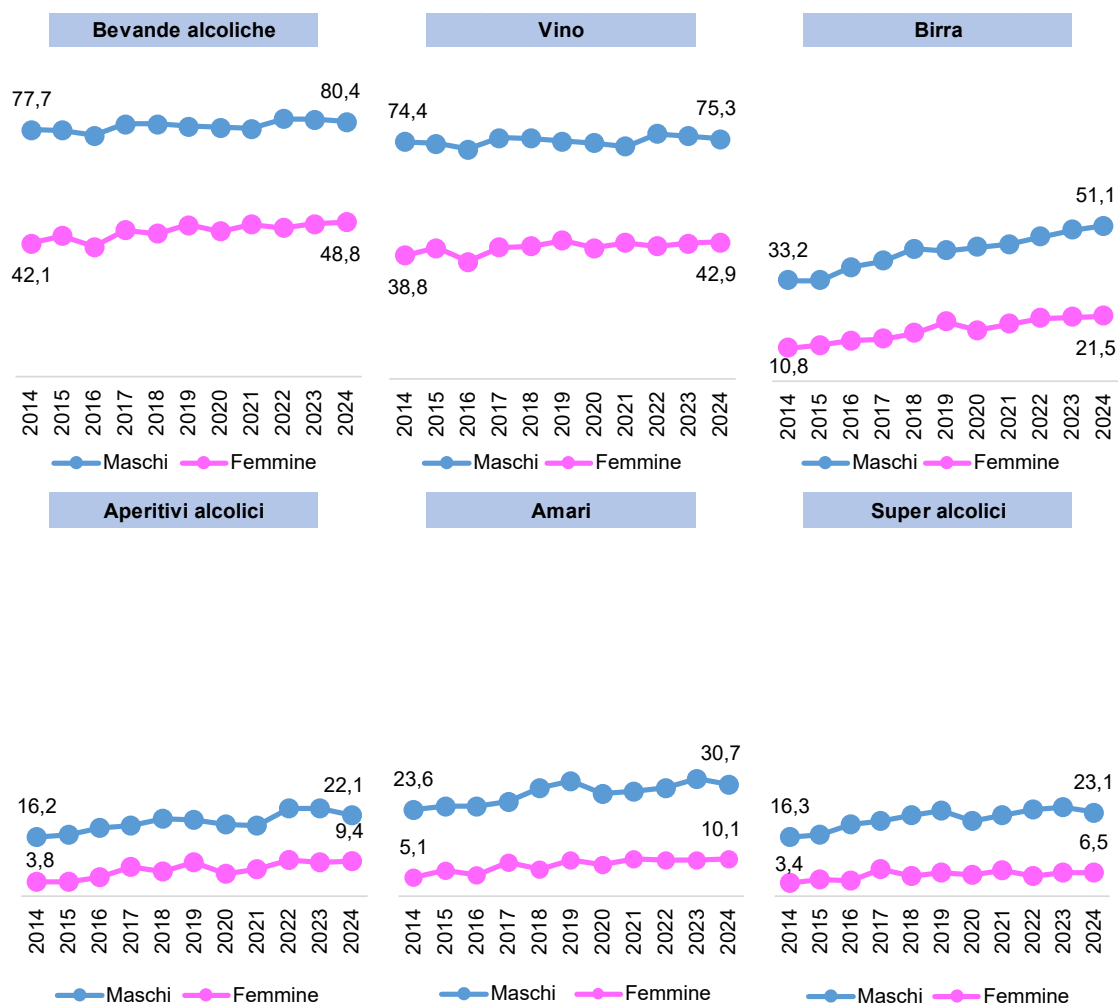


Figura 43. Prevalenza (%) di consumatori (età 75-84 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia 2014-2024
 Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

La birra è la seconda bevanda consumata dagli anziani 75-84enni ed è stata bevuta dal 51,1% dei maschi e dal 21,5% delle femmine.

Gli aperitivi alcolici sono stati consumati dal 22,1% dei maschi e dal 9,4% delle femmine e gli amari dal 30,7% dei maschi e dal 10,1% delle femmine. I superalcolici sono stati consumati dal 23,1% dei maschi 65-74enni e dal 6,5% delle loro coetanee. Sebbene nessuno dei dati sopra elencati sia variato rispetto al 2023, si conferma il trend degli ultimi 10 anni in costante aumento (Figura 43) con variazioni nelle prevalenze tra il 2024 e il 2014 tutte significative a eccezione del vino: birra +53,9% (M), e +99,1% (F), aperitivi alcolici +36,4% (M) e +147,4% (F), amari +30,1% (M) e +98,0% (F), super alcolici +41,7% (M) e +91,2% (F). Per tutte le bevande considerate il consumo tra gli uomini è sempre superiore alle donne (*vedi* Figura 43).

Il principale comportamento a rischio nei maschi (75-84 anni) nel 2024 è stato il consumo abituale eccedentario (27,6%), in diminuzione del 25,2% rispetto al 2014, e il consumo lontano dai pasti (26,3%) (Figura 44). La prevalenza delle consumatrici abituali eccedentarie è stata nel 2024 del 6,9%, quella delle consumatrici fuori pasto dell'8,7% e per quest'ultimo indicatore si conferma

il trend in crescita rispetto al 2014 (+74,0%), nonostante la differenza non risulti significativa rispetto all'anno precedente. Gli anziani di 75-84 anni che nel 2024 hanno praticato il *binge drinking* sono il 4,3% dei maschi e l'1,1% delle femmine. In totale si stima che nel 2024 sono stati circa 870.000 gli anziani che adottano un comportamento a rischio per la salute, maschi 29,4%, femmine 7,8% (Figura 44).

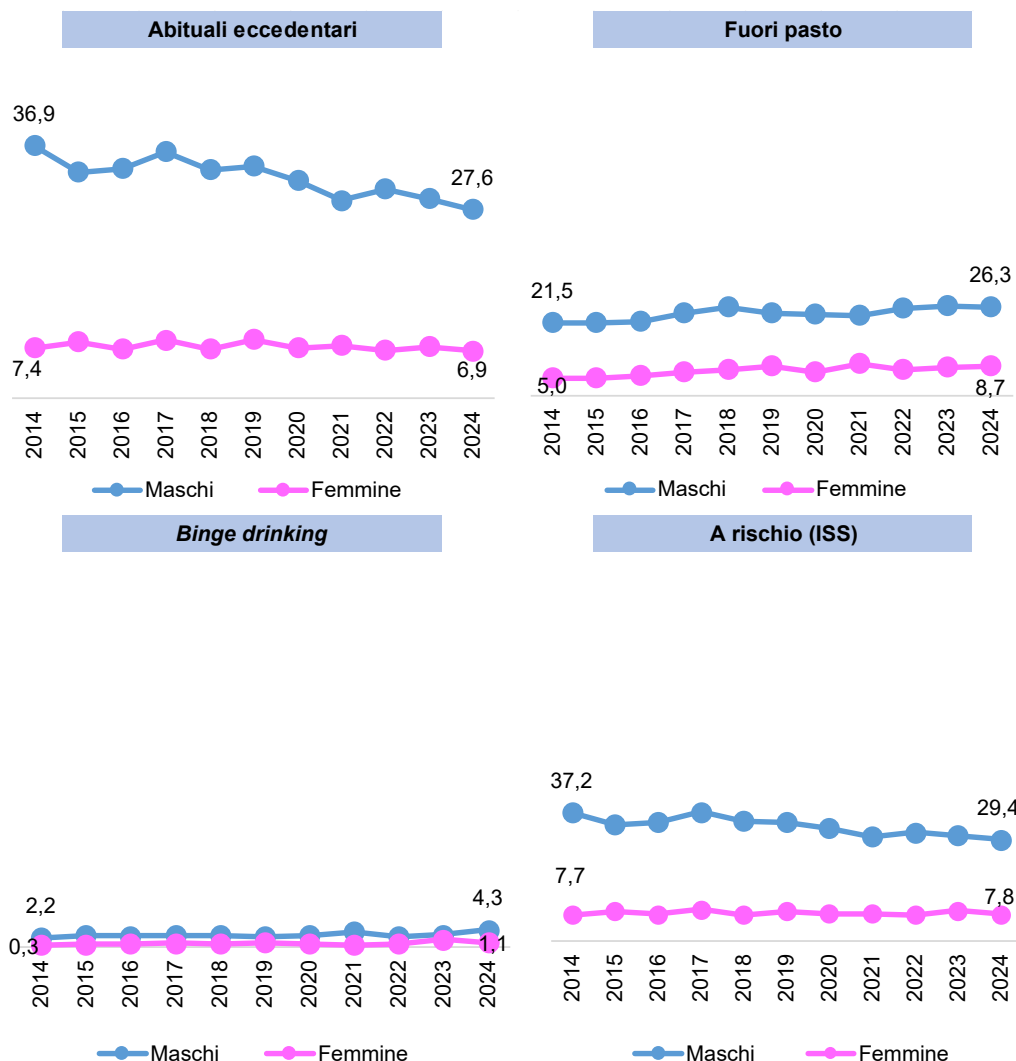


Figura 44. Prevalenza (%) di consumatori (età 75-84 anni) per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia, 2014-2024
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Consumatori grandi anziani (≥ 85anni)

In Italia la popolazione media di età superiore a 84 anni nel 2024 era pari al 2,8% della popolazione maschile italiana e al 5,0% di quella femminile (92). La prevalenza dei "grandi anziani" che hanno consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2024 è stata del 74,5% dei maschi e del 42,0% delle femmine senza variazioni significative né rispetto al 2023 né rispetto al 2014 (Figura 45).

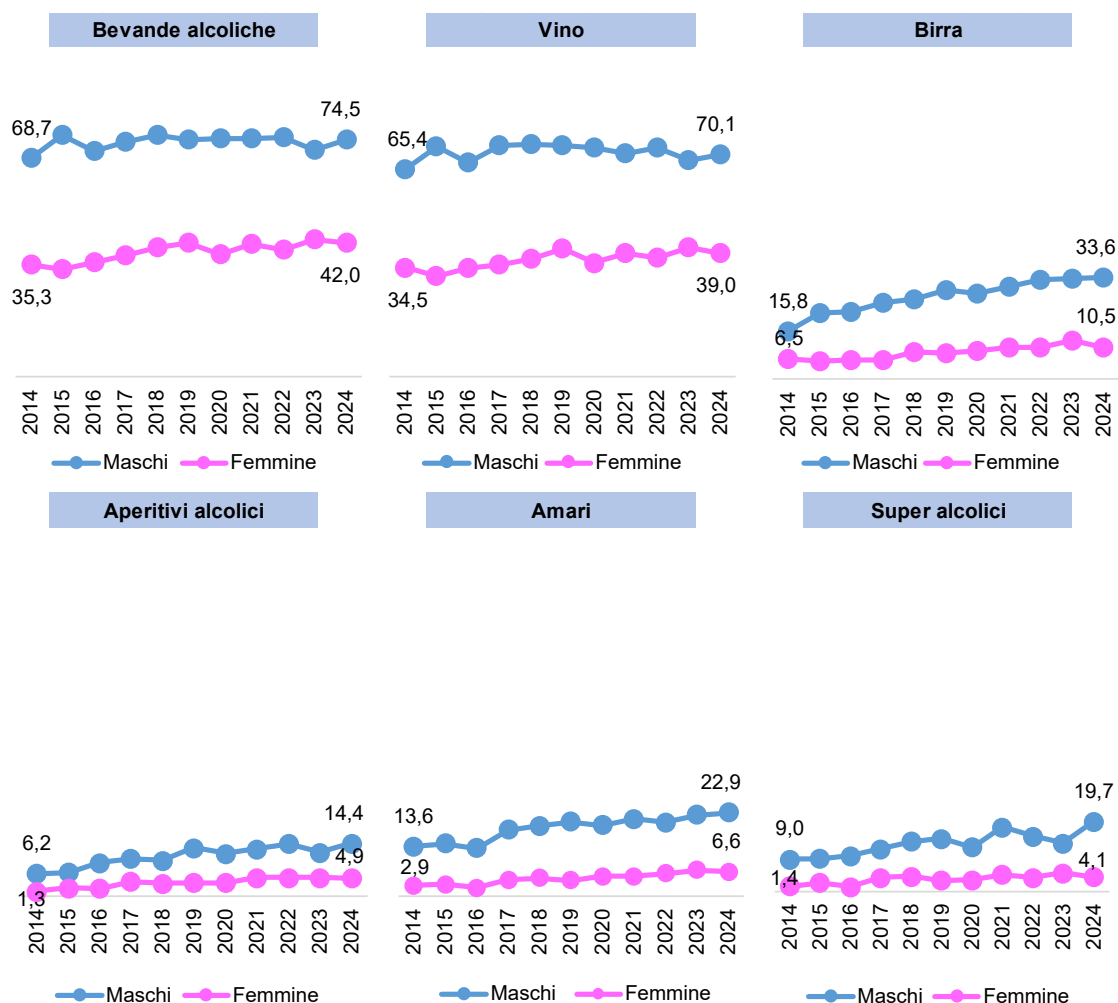


Figura 45. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥85 anni) delle diverse bevande alcoliche per sesso. Italia, 2014-2024
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

Nel 2024 la bevanda più consumata per entrambi i sessi rimane il vino, bevuto dal 70,1% dei maschi e dal 39,0% delle femmine ultra 85enni, in entrambi i casi senza variazioni di rilievo né rispetto all'anno scorso, né nell'ultimo decennio. La birra è stata consumata dal 33,6% dei maschi e dal 10,5% delle femmine. L'analisi del trend registrato nel corso degli ultimi dieci anni mostra che per i maschi il dato è aumentato del 112,7%. Hanno consumato amari nel 2024 il 22,9% degli anziani maschi (+68,4% rispetto al 2014) e il 6,6% delle loro coetanee (+127,6% rispetto al 2014) e gli aperitivi alcolici il 14,4% dei maschi (+132,3% rispetto al 2014) e il 4,9% delle femmine (+276,9% rispetto al 2014). I superalcolici, infine, sono stati bevuti dal 19,7% dei maschi (+118,9% rispetto al 2014) e dal 4,1% delle femmine (+192,9% rispetto al 2014) ultra 85enni. Le percentuali di consumatori delle bevande considerate sono significativamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne (vedi Figura 45).

Nel corso del 2024 il 27,0% dei maschi e il 5,4% delle femmine hanno consumato bevande alcoliche in modalità abituale eccedentaria e, rispettivamente, il 21,7% e l'6,7% hanno consumato bevande alcoliche lontano dai pasti (Figura 46). Anche in questa fascia d'età si confermano i trend

in aumento dei consumatori fuori pasto, che fanno registrare nel 2024 un aumento rispetto al 2014 del 110,7% per i maschi e del 148,1% per le femmine. Il 3,4% dei maschi e l'0,7% delle femmine hanno infine consumato alcol in modalità *binge drinking* (Figura 46). In totale si stima che nell'anno 2024 sono stati quasi 320.000 gli ultra 85enni che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'ISS e non si osservano variazioni statisticamente significative rispetto ai precedenti anni.

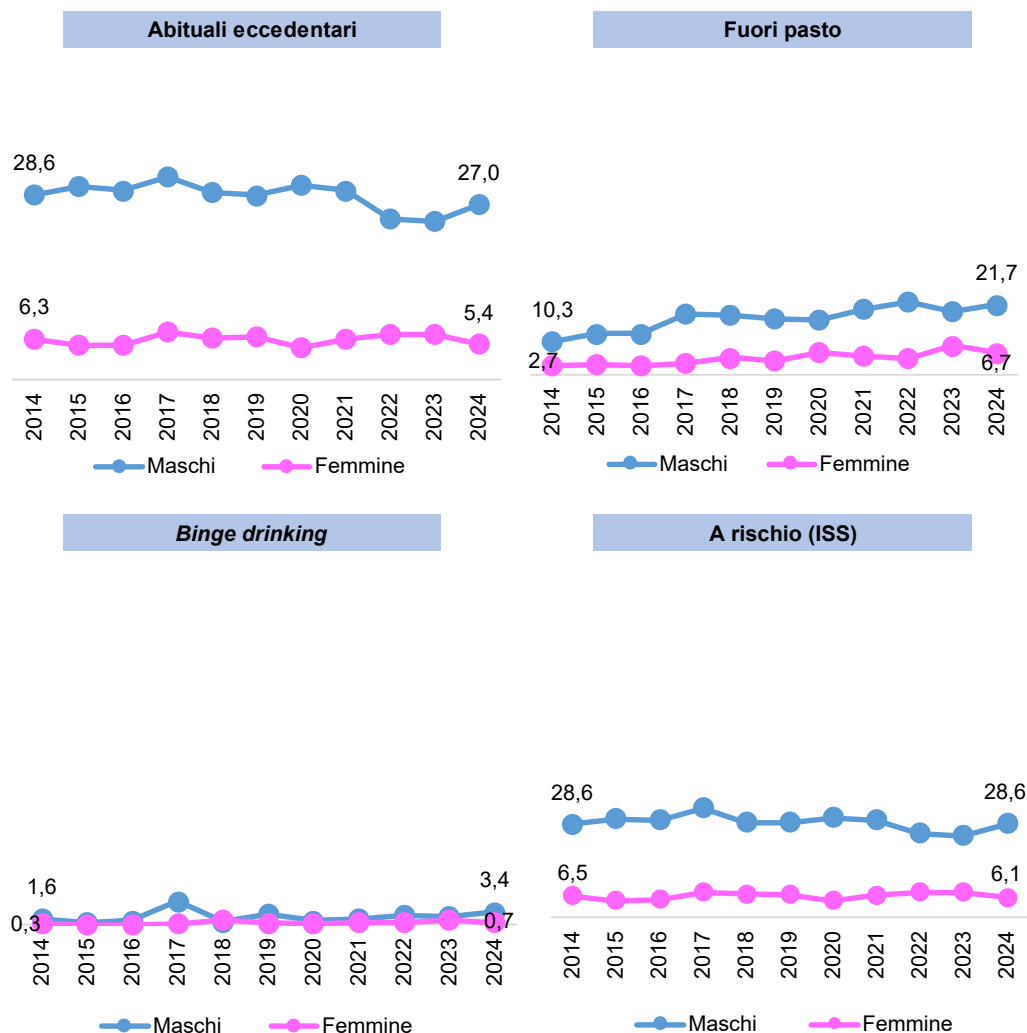


Figura 46. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥85 anni) per tipologia di comportamento a rischio, per sesso. Italia 2014-2024
Fonte: Elaborazioni SISMA, ONA-ISS su dati dell'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie

PARTE 2
Altre attività dell'ONA-ISS

ATTIVITÀ INTERNAZIONALI ED EUROPEE SU PREVENZIONE E POLITICHE ALCOLOGICHE

Nel corso del 2025, l'ONA-ISS ha partecipato a numerose attività europee e internazionali connesse alla prevenzione e alle politiche sull'alcol e i problemi alcol-correlati. Le attività sono ascrivibili alla partecipazione formale a progettualità, a gruppi di lavoro, a condivisione e aggiornamento periodico, a consultazioni principalmente della WHO, della Commissione Europea e dell'OECD.

L'ONA-ISS ha svolto, per 20 anni consecutivi, fino al 2021, attività in qualità di *WHO Collaborating Centre Research & Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems* (WHO CC-ITA79) secondo piani di lavoro concordati tra il Ministero della Salute, l'ISS e la WHO, sede centrale di Ginevra passando a svolgere nel 2023, su richiesta della WHO, un ruolo più centrale attraverso contratti di servizio rivolti a prestazioni e ad attività di consulenza tecnico-scientifica internazionale sui principali rapporti della WHO, sulle tematiche emergenti dalle nuove strategie (globale ed europea). A tal riguardo, l'ONA-ISS, su nomina della WHO e del Ministero della Salute, ha partecipato in qualità di *Focal Point* e di *National Counterpart* governativo del Network formale degli Stati membri ai meeting in presenza organizzati dalla WHO e alle consultazioni online con e tra gli organismi internazionali e gli Stati membri (ampliate a quelle con i rappresentanti della società civile e delle università, quelle delle organizzazioni professionali e delle organizzazioni di *advocacy* non governative). Sono state inoltre assicurate le attività di condivisione e aggiornamento periodico nazionali, quelle di valutazioni delle migliori pratiche europee e internazionali, la partecipazione a progettualità e a gruppi di lavoro di alto livello derivanti dalla nomina della WHO nei *Technical Advisory Group of experts* (TAG-ADE) e nei *Technical expert group* internazionali.

Nel dettaglio sono di seguito riportate le principali attività del 2025.

Attività congiunte con la WHO

Sostegno alla diffusione del “Global alcohol action plan 2022-2030” della WHO, HQ

È continuato nel 2025 il sostegno a livello nazionale e regionale da parte dell'ONA-ISS alla diffusione dell'approccio orientato all'azione del Piano d'Azione Globale sull'Alcol 2022-2030 (“Global Alcohol Action Plan”) che mira a ridurre il consumo dannoso di alcol attraverso strategie efficaci e basate sull'evidenza (18).

Il Piano d'Azione è parte della più ampia strategia mondiale di lotta alle malattie cronicodegenerative, in linea con gli SDG dell'Agenda 2030 della Nazioni Unite, in particolare con l'obiettivo SDG 3.5 che prevede la riduzione del 10% del consumo dannoso di alcol entro il 2025 (22-24). Il documento, sviluppato per implementare ulteriormente ed efficacemente la strategia globale di riduzione dell'uso e del consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica (4), sostiene le politiche ad alto impatto, le azioni multisettoriali, le migliori risposte del sistema sanitario e sociale, la sensibilizzazione sui rischi dell'alcol e la mobilitazione delle risorse necessarie. Tale documento strategico propone azioni e misure specifiche da attuare attraverso i ruoli chiave e le componenti indispensabili per i *policy maker*, le più recenti evidenze di efficacia e costo-efficacia delle opzioni politiche per ridurre l'impatto del consumo dannoso di alcol. Esso

richiama anche l'attenzione sulle responsabilità dell'industria e sui conflitti d'interesse con quelli di salute, segnala le interferenze del settore della produzione che rallentano le politiche di salute pubblica sull'alcol ostacolando il raggiungimento degli SDG e sollecita i Governi a evitare di coinvolgere l'industria nelle politiche di prevenzione sull'alcol, evitando partnership per iniziative di prevenzione che sono di esclusiva pertinenza del settore di salute pubblica e che devono essere svolte da operatori sanitari.

Le azioni e gli obiettivi in esso contenuti necessitano di essere inserite nel nuovo Piano Nazionale di Prevenzione del nostro Paese e nei Piani Regionali di Prevenzione o, auspicabilmente, in un rinnovato Piano Nazionale Alcol e Salute che potrebbe permettere all'Italia di mantenere l'impegno previsto dagli SDG dell'Agenda 2030 di riduzione del 20% dei consumi medi di alcol *pro-capite*, dei consumatori dannosi di alcol e della mortalità alcol-attribuibile, contribuendo contemporaneamente a ridurre l'incidenza elevata di cancro come richiesto dall'EU *Beating Cancer Plan* europeo e dal Codice Europeo contro il cancro della WHO di cui è stata pubblicato un aggiornamento nel corso del 2025 (93, 10).

Sostegno alla diffusione del “WHO Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders”

È continuata nel 2025 la diffusione da parte dell'ONA-ISS dei messaggi chiave contenuti nel rapporto della WHO sullo stato globale di alcol e salute e sul trattamento dei disturbi da uso di sostanze (1).

Il rapporto presenta gli ultimi dati disponibili sulle tendenze del consumo di alcol, le stime del carico di malattie alcol-attribuibili e le risposte politiche a livello mondiale. L'ONA-ISS fornisce i dati nazionali grazie alla gestione del SISMA (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/>). Il documento fornisce anche un aggiornamento sui progressi relativi ai due indicatori chiave stabiliti nell'obiettivo SDG 3.5, il consumo di alcol e la copertura del trattamento per disturbi da uso di sostanze. Il documento definisce otto settori prioritari in cui è necessario intervenire per il raggiungimento dell'obiettivo SDG 3.5: i messaggi chiave sottolineano quanto segue:

- Sono necessarie campagne di *advocacy* globali e coordinate per aumentare la consapevolezza su dimensioni e impatto dell'uso di sostanze e dei disturbi correlati sulla salute e sullo sviluppo psicofisico.
- In Italia, come in molte altre nazioni, non è stato raggiunto l'obiettivo previsto per il 2025 di riduzione della mortalità da consumo dannoso di alcol *pro-capite*. L'alcol è la sostanza psicoattiva più diffusa che spesso conduce verso l'uso di sostanze illegali, nonostante ciò, le istituzioni non attivano le necessarie azioni di tutela in particolare mirate ai più vulnerabili: minori, adolescenti, donne, anziani.
- Le capacità di prevenzione e trattamento dei disturbi da uso di alcol e sostanze sono parte integrante della copertura sanitaria universale e dovrebbero essere rafforzate come previsto dall'obiettivo SDG 3.5.
- Sono necessari sforzi maggiori per favorire la formazione degli operatori sanitari a tutti i livelli, non solo per assicurare interventi efficaci di prevenzione e trattamento di condizioni mediche dovute all'uso di sostanze, ma anche per implementare le strategie più adeguate di sanità pubblica.
- Le tendenze attuali indicano che l'obiettivo globale di riduzione del 20% del consumo dannoso di alcol non potrà essere raggiunto entro il 2030, a meno di un forte impegno politico di *advocacy* e una mobilitazione di risorse per garantire la piena implementazione

del Piano d'azione globale sull'alcol (18), con particolare attenzione alle misure politiche ad alto impatto incluse nel pacchetto SAFER della WHO (41).

- È necessario incrementare gli sforzi internazionali per il trasferimento delle conoscenze e delle competenze, con l'obiettivo di consentire lo sviluppo e l'attuazione di politiche sanitarie pubbliche efficaci, compreso il rafforzamento delle reti dei punti focali nazionali, del personale delle autorità sanitarie e dei tecnici.
- Il raggiungimento dell'obiettivo SDG 3.5 richiede il coinvolgimento attivo e l'*empowerment* delle organizzazioni della società civile, delle associazioni professionali e delle persone che hanno sofferto di disturbi da uso di alcol e sostanze.
- È necessario un sistema di monitoraggio multilivello, capacità e infrastrutture di ricerca per una migliore comparazione dei dati e per monitorare i progressi rispetto al SDG 3.5.
- La mobilitazione e l'allocatione delle risorse e nuove forme di finanziamento dovrebbero essere incrementati per sostenere l'implementazione delle politiche sanitarie pubbliche e rafforzare la capacità dei sistemi sanitari e sociali di affrontare il consumo di alcol e sostanze e il disturbo correlato.

Supporto tecnico-scientifico all'*Evidence into Action Alcohol Project* della WHO e al lancio della *European Alcohol Health Alliance*

Sono continuate nel 2025 le attività di supporto tecnico scientifico all'*Evidence into Action Alcohol Project* (EVID-ACTION). Il progetto, cofinanziato dalla Commissione Europea (CE) e dall'UE, è stato lanciato ufficialmente a dicembre 2022, in contemporanea al lancio della terza edizione del volume "Alcohol: no ordinary commodity" (94), sul quale si basa, con l'obiettivo di utilizzare le evidenze scientifiche per promuovere e facilitare l'implementazione di efficaci politiche sull'alcol nell'UE, in Islanda, Norvegia e Ucraina rivolte ad aumentare la consapevolezza dei rischi alcol-correlati.

Le numerose attività del progetto sono state rivolte a supportare l'implementazione delle aree prioritarie dello *European Framework for Action on Alcohol* della WHO sull'alcol (21) e a contribuire alla realizzazione degli obiettivi dello "Europe's Beating Cancer Plan" (93), mentre gli obiettivi EVID-ACTION sono in linea con il "Global alcohol action plan" (2022-2030) (18) della WHO in modo particolare su 3 aree principali:

1. etichettatura delle bevande alcoliche – sviluppare evidenze per sostenere l'implementazione di efficaci avvertenze (*warning*) sulla salute sull'alcol, con un'attenzione specifica ai rischi di cancro;
2. alfabetizzazione sanitaria;
3. screening e brevi interventi.

I risultati attesi sono:

- migliorare le capacità tecniche di tutti gli Stati membri nel ridurre i danni dovuti al consumo di alcol, in stretta collaborazione con gli Stati membri e la Commissione;
- facilitare una maggiore consapevolezza da parte del pubblico e dei decisori politici sui legami tra consumo di alcol e rischi di cancro e sostegno a misure politiche basate sull'evidenza per ridurre tali rischi;
- sviluppare e implementare pacchetti di formazione per gli Stati membri sull'attuazione di interventi brevi per ridurre i danni alcol-correlati;
- rafforzare la capacità delle autorità sanitarie nazionali di applicare metodi innovativi nelle attività di promozione della salute per ridurre i danni dovuti al consumo di alcol.

L'ONA-ISS ha condiviso con il progetto EVID ACTION le strategie di prevenzione e le politiche sull'alcol del Ministero della Salute, le modalità di monitoraggio epidemiologico del SISMA e il sistema di sorveglianza dell'ONA-ISS fornendo la disponibilità italiana a condividere le esperienze con gli altri Stati membri offrendo la riconosciuta competenza tecnico-scientifica per una cooperazione multisettoriale di successo sull'alcol, una più efficace comunicazione per aumentare la consapevolezza sui legami tra consumo di alcol e rischio di cancro, impegnandosi a collaborare alla raccolta degli input dagli Stati membri e alla produzione e implementazione della bozza di *toolkit* che la WHO sta producendo per supportare gli Stati membri nell'attuazione delle politiche sui prezzi degli alcolici (modello SAFER) e in senso ampio del progetto strategico per la comunicazione per EVID-ACTION (37).

L'ONA-ISS collabora alla diffusione delle iniziative della WHO sull'alcol, destinate a diffondere le conoscenze, gli aggiornamenti, e a supportare azioni efficaci specifiche basate sull'evidenza scientifica. Nel 2025 il supporto tecnico scientifico dell'ONA-ISS ad attività che rientrano nel progetto EVID ACTION ha riguardato la serie di webinar su alcol e cancro organizzati dall'Ufficio Regionale per l'Europa della IARC/WHO che saranno riportate successivamente in un paragrafo dedicato.

Per l'importanza degli argomenti, si segnala inoltre nel 2025 la partecipazione dei ricercatori dell'ONA-ISS ai gruppi di lavoro nell'ambito dei webinar della WHO della "Special Initiative on NCDs and Innovation":

- Alcohol Labelling: The Ongoing Momentum in Europe (06.10.2025)
- Lanch of the NCD Quick Buys— actions tackling noncommunicable diseases that deliver measurable public health benefits within five years or less (24.03.2025).

Di recente, a livello internazionale si è formata una nuova coalizione di organizzazioni sanitarie ed esperti per promuovere la riduzione delle malattie, degli infortuni e dei decessi correlati all'alcol: the *European Alcohol Health Alliance* (EHAA). Lanciata nel corso del congresso della *European Association for the Study of the Liver Diseases* (EASL, Associazione Europea per lo Studio del Fegato) a maggio 2025 ad Amsterdam, l'EHAA è co-fondata e sostenuta dalla WHO, Ufficio Regionale per l'Europa e dall'EASL. Con il completamento del progetto EVID ACTION alla fine del 2025, allo stato attuale l'EHAA funge da nuova piattaforma per consentire ai responsabili politici di attuare misure basate sull'evidenza.

L'Alleanza Europea per la Salute sull'Alcol riunisce organizzazioni europee di professionisti sanitari per dare maggiore voce alla comunità medica nel processo decisionale. L'Alleanza si propone di ridurre l'impatto dell'alcol sulla salute, sensibilizzare l'opinione pubblica e promuovere l'attuazione di politiche efficaci basate sull'evidenza. L'Alleanza metterà in luce i legami, spesso trascurati, tra l'alcol e altri danni alla salute, come alcol e cancro, malattie cardiache, suicidio e sindrome feto-alcolica, sulla salute mentale. Al centro della missione dell'Alleanza c'è l'appello a proteggere bambini e adolescenti dai danni causati dall'alcol: essi costituiscono un gruppo particolarmente vulnerabile, esposto a rischi che iniziano con la gravidanza e continuano con la negligenza, la violenza associata al consumo di alcol da parte dei genitori e i primi episodi di uso di alcol durante l'infanzia e l'adolescenza. A tal riguardo, l'Alleanza si impegnerà per una maggiore tutela, che includa restrizioni alla pubblicità degli alcolici, sulla disponibilità fisica ed economica delle bevande alcoliche. Inoltre, tale coalizione si adopererà per porre fine ai sussidi per la produzione di bevande alcoliche.

Al febbraio 2026, l'EHAA riunisce oltre 25 associazioni mediche e sanitarie. Tra i membri chiave, i cofondatori e cioè la WHO, Ufficio Regionale per l'Europa, l'EASL, e, tra le tante organizzazioni, il *Comité Permanent Des Medecins Europeens* (CPME), la *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (WONCA Europe), la *European Society for Medical Oncology* (ESMO), la *Association of European Cancer League* (ECL), lo *European Heart Network* (EHN), la *United*

European Gastroenterology (UEG), e numerose altre società specializzate in psichiatria (*European Psychiatric Association*, EPA), geriatria (*European Geriatric Medicine Society*, EuGMS), pediatria (*European Academy of Paediatrics*, EAP; *European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*, ESPGHAN), nutrizione (*European Federation of the Associations of Dietitians*, EFAD; *European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*, ESPEN), neurologia (*European Academy of Neurology*, EAN) e medicina d'urgenza (*European Society For Emergency Medicine*, EUSEM).

Partecipazione e diffusione delle evidenze scientifiche dei webinar su alcol e cancro della IARC/WHO

Nel 2025, a partire dal mese di maggio, è stata svolta una nuova serie di webinar su alcol e cancro organizzata dall'Ufficio Regionale per l'Europa della IARC/WHO. La nuova serie, conclusa il 24 settembre 2025, è rientrata nel progetto *Evidence into Action Alcohol* (EVID-ACTION) della WHO e dell'Unione Europea (UE), finanziato dalla Commissione Europea.

Il consumo di alcol rimane un importante problema di salute pubblica, in parte a causa del suo ruolo ben noto nell'aumento del rischio di cancro. La IARC classifica le bevande alcoliche come cancerogene di Gruppo 1, sulla base di sufficienti evidenze scientifiche relative al nesso causale tra alcol e tumori del cavo orale, faringe, laringe, esofago, fegato, colon-retto e mammella. I Manuali IARC sulla Prevenzione del Cancro forniscono revisioni complete e valutazioni sul consenso delle evidenze sugli interventi che riducono l'incidenza o la mortalità per cancro. Sviluppati da gruppi di lavoro interdisciplinari di esperti internazionali, essi sintetizzano diversi flussi di evidenze utilizzando una metodologia rigorosa e trasparente. I volumi più recenti, il 20A e 20B (95, 11) si concentrano sulla riduzione/cessazione del consumo di bevande alcoliche per la prevenzione del cancro. Insieme, questi volumi supportano le evidenze che dimostrano come i danni alcol-correlati siano prevenibili attraverso politiche efficaci basate sull'evidenza. La serie si proponeva di:

- presentare la IARC come Agenzia e i Manuali IARC sulla Prevenzione del Cancro
- presentare le principali conclusioni dei Manuali, Volumi 20A e 20B
- trasformare le evidenze scientifiche in spunti concreti per i decisori politici
- creare coinvolgimento in vista del lancio ufficiale del Volume 20B avvenuta successivamente alla conclusione della serie di webinar, nell'ottobre 2025.

L'obiettivo dei webinar è stato quello di riesaminare e discutere le evidenze scientifiche esistenti alla base dei tre “migliori acquisti” (*best buys*) e i *quick buys* raccomandati dalla WHO per ridurre il consumo di alcol e il carico di malattia alcol-attribuibile, ed esplorarne la specifica rilevanza per la prevenzione del cancro (96):

1. accessibilità economica: tasse sull'alcol e prezzo minimo
2. disponibilità: restrizioni su dove, quando e a chi può essere venduto l'alcol
3. attrattività: divieti/restrizioni sul marketing e la promozione dell'alcol.

I ricercatori dell'ONA-ISS hanno partecipato agli eventi, garantito il consueto supporto tecnico-scientifico, facilitato la diffusione delle evidenze scientifiche sull'importanza delle politiche sull'alcol a livello nazionale, fornendo le evidenze sull'impatto mondiale dell'uso di alcol, lo stato attuale della ricerca sulle politiche sull'alcol e l'efficacia di strategie e interventi basati sulle evidenze, realizzando contributi specifici pubblicati su epicentro.

Ogni sessione ha incluso presentazioni di esperti, discussioni interattive e domande e risposte del pubblico. Per approfondimenti, consulta i contributi preparati dai ricercatori dell'ONA-ISS (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/webinar-iarc-oms-2025>) per ciascun webinar:

- 27 maggio 2025
Understanding alcohol and cancer – science and policy (European Week Against Cancer)
(<https://www.epicentro.iss.it/alcol/webinar-iarc-oms-2025-27-maggio>)
- 18 giugno 2025
Tax and price policies – the economic approach to reducing alcohol harm
(<https://www.epicentro.iss.it/alcol/webinar-iarc-oms-2025-18-giugno>).
- 3 settembre 2025
Availability policies – regulating access to reduce consumption
(<https://www.epicentro.iss.it/alcol/webinar-iarc-oms-2025-3-settembre>).
- 24 settembre 2025
Marketing bans – the role of advertising in alcohol consumption
(<https://www.epicentro.iss.it/alcol/webinar-iarc-oms-2025-24-settembre>).

Sostegno alla diffusione del Manuale sulle politiche in materia di alcol e prevenzione del cancro della IARC/WHO

Con la pubblicazione del manuale sulle politiche in materia di alcol e prevenzione del cancro della IARC, “Alcohol Policies. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Volume 20B” (11), la WHO/Europa e i suoi partner hanno colto l’occasione per trasformare le evidenze scientifiche in un’azione politica coordinata. Il 14 e 15 ottobre 2025 la WHO/Europa in collaborazione con la IARC ha lanciato il manuale con un evento, tenutosi a Copenaghen, che ha fatto seguito alla serie di 4 webinar su descritta relativa alle politiche sull’alcol e la prevenzione del cancro e ha concluso la presentazione dei progressi fatti in tema di alcol e cancro.

Il manuale è il risultato del lavoro di un gruppo di 20 esperti internazionali indipendenti, convocati dalla IARC, che da giugno a ottobre 2024 ha esaminato le evidenze scientifiche sull’efficacia di alcune politiche sulla riduzione del consumo di bevande alcoliche. In particolare, tra le diverse politiche, sono stati valutati i cosiddetti “interventi ad alto impatto” che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all’alcol a livello di popolazione:

1. aumento della tassazione e politiche di prezzo
2. riduzione della disponibilità fisica
3. marketing dell’alcol
4. interventi coordinati, ad esempio in assistenza sanitaria primaria quali l’identificazione precoce e l’intervento breve, gli interventi psicosociali e quelli farmacologici.

A tal riguardo, sebbene sia di poco aumentato il numero di Paesi che adottano politiche nazionali sull’alcol, molto deve essere ancora fatto per l’implementazione effettiva degli interventi politici ad alto impatto, come le politiche dei prezzi, il marketing e le limitazioni della disponibilità di bevande alcoliche. Con l’obiettivo di presentare le attuali evidenze sulle politiche alcolologiche e la prevenzione del cancro e facilitare la pianificazione di attività per affrontare al meglio i danni alcol-correlati nella Regione europea, la pubblicazione si concentra sul “come” adottare politiche efficaci, comunicare adeguatamente con la popolazione e superare le resistenze.

I ricercatori dell’ONA-ISS hanno partecipato alle attività sottese al lancio del manuale, hanno garantito il consueto supporto tecnico-scientifico, l’expertise epidemiologica e di sorveglianza favorendo la diffusione delle evidenze scientifiche in esso contenute. Per ulteriori approfondimenti è possibile consultare la pagina di epicentro dedicata, preparata dai ricercatori dell’ONA-ISS ove sono segnalati una serie di documenti di interesse specifico e il link al manuale

(lingua inglese): <https://www.epicentro.iss.it/alcol/politiche-alcol-prevenzione-cancro-manuale-iarc-oms-europa-2025>.

Traduzione e diffusione del volume “Alcohol Policy Playbook”, il manuale della WHO per orientare le sfide delle politiche sull'alcol

Nel 2025, l'ONA-ISS ha curato la traduzione e l'adattamento in italiano della sintesi del suddetto manuale, la versione italiana del volantino e dei materiali di accompagnamento, pensato per sfatare i miti su tutto ciò che la disinformazione diffonde in Europa e nel mondo, ed ha reso disponibile, in occasione dell'*Alcohol Prevention Day 2025*, il documento integrale tradotto in lingua italiana dal titolo: “Rafforzare le capacità dei difensori della salute pubblica per orientare le sfide della politica sull'alcol. Il manuale per la politica sull'alcol”. Tale attività è in continuità con quanto svolto nel 2024, anno in cui i ricercatori dell'ONA-ISS hanno svolto un ruolo attivo nella revisione della bozza del documento originale della WHO “Alcohol Policy Playbook” fino alla sua pubblicazione.

L'“Alcohol Policy Playbook” è un vero e proprio manuale pensato per rafforzare e conferire ai sostenitori della salute pubblica un maggior potere di orientamento nelle sfide poste dalle politiche sull'alcol. Il documento ha richiesto 4 anni di lavoro nel corso dei quali i principali esperti mondiali, tra i quali quelli dell'ONA-ISS, che ne sono coautori. L'obiettivo del documento è quello di migliorare la risposta della sanità pubblica ai problemi legati all'alcol fornendo una risorsa, che può essere utilizzata dai funzionari governativi, dalle organizzazioni non governative e dalla comunità della sanità pubblica, per rispondere alle strategie e alle tattiche degli operatori economici nella produzione e nel commercio di alcol, di seguito denominata con il termine ampio “industria dell'alcol”. Il “Playbook” riconosce il conflitto di interessi tra gli obiettivi di salute pubblica volti a ridurre il consumo di alcol nella popolazione, e i danni ad esso correlati, e le motivazioni orientate al profitto dell'industria dell'alcol. In particolare, esso valuta criticamente una serie di affermazioni dall'industria dell'alcol e come contrastarle.

L'“Alcohol Policy Playbook” ha lo scopo di aiutare i *policy maker* a identificare la differenza intercorrente tra la narrazione dei portatori d'interessi commerciali in una prospettiva orientata al profitto e quella più coerente con gli interessi di salute pubblica basati sulle evidenze scientifiche. La finalità è assicurare che le politiche implementate ignorino l'influenza e l'interferenza del settore della produzione, dell'industria, delle lobbies e si basino invece sulla coerente espressione di vocazione di tutela della salute e della prevenzione basati sulle evidenze scientifiche a cui ogni decisore politico dovrebbe ispirare il proprio ruolo istituzionale.

Il documento è modellato sul “Tobacco Control Playbook” della WHO, che evidenzia alcune delle sfide per attuare la Convenzione quadro della WHO sul controllo del tabacco (98, 99) (*Framework Convention on Tobacco Control*, FCTC) e suggerisce alcuni argomenti basati sull'evidenza che possono essere utilizzati per superare queste sfide.

L'“Alcohol Policy Playbook” descrive le strategie e le tattiche dell'industria dell'alcol a beneficio dei principali gruppi di stakeholder che sono 3:

1. funzionari governativi coinvolti nella definizione, implementazione, valutazione, applicazione e monitoraggio delle politiche sull'alcol;
2. organizzazioni della società civile, comprese le organizzazioni non governative che lavorano nel campo della difesa politica, nonché sostenitori e leader delle comunità locali;
3. comunità della sanità pubblica e cioè i professionisti medici, gli operatori sanitari, gli accademici e il personale della ricerca coinvolti nello studio del consumo e dei danni alcol-correlati e, in particolare, delle politiche di controllo dell'alcol.

Per ulteriori dettagli si rimanda a “Rafforzare le capacità dei difensori della salute pubblica per orientare le sfide della politica sull’alcol: il manuale per la politica sull’alcol”, la traduzione italiana e l’adattamento a cura dell’ONA-ISS del documento della WHO *Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook* (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2025/MANUALE%20POLITICHE%20ALCOL%20ALCOHOL%20POLICY%20PLAYBOOK%20.pdf>), al contributo dei ricercatori dell’ONA-ISS pubblicato su epicentro: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/alcohol-policy-playbook> e alla pagina web dedicata della WHO: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2024-5624-45389-76520>.

Partecipazione alle attività dei *Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours 2025*

Nel giugno 2025 si è svolta la 5^a edizione del Forum su alcol, droghe e dipendenze comportamentali dell’*Head Quarter* della WHO (*Fifth WHO Forum on Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours*, FADAB), a cura del *Department of Mental Health and Substance Use*, al quale i ricercatori dell’ONA-ISS hanno partecipato su invito della WHO, così come è stato per le precedenti edizioni (2017, 2019, 2021 e 2023). In questo ambito, i ricercatori dell’ONA-ISS sono stati coinvolti attivamente nelle attività del Forum e preso parte alle consultazioni mondiali per la valutazione in itinere del Piano d’azione globale sull’alcol 2022-2030 al quale hanno contribuito fin dalla definizione delle prime attività nel 2019.

L’obiettivo principale del quinto FADAB è stato quello di promuovere partnership e collaborazioni internazionali per accelerare e sostenere azioni di salute pubblica volte a ridurre il carico sanitario e sociale dovuto all’uso di sostanze e ai comportamenti di dipendenza. Durante il forum si è discussa l’opportunità di discutere una varietà di argomenti organizzati attorno a diverse tematiche principali che affrontano le seguenti dimensioni di salute pubblica: (1) consumo di alcol; (2) consumo di droghe psicoattive; (3) comportamenti di dipendenza (gioco d’azzardo e gioco d’azzardo); e (4) questioni trasversali. Nel Forum del 2025 si è consolidato il consenso della comunità scientifica e di salute pubblica mondiale sulla necessità e urgenza di promuovere e sostenere sforzi congiunti e collaborazioni internazionali in grado di favorire i progressi verso il raggiungimento degli SDG, tra cui anche l’obiettivo di salute SDG 3.5 che richiede il rafforzamento della prevenzione e del trattamento dell’uso di sostanze e dei disturbi da uso di sostanze, con particolare riguardo all’alcol.

Aggiornamenti rispetto alle attività del Forum della WHO sono resi disponibile alla pagina di epicentro: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/IV-forum-mondiale-alcol-droghe-dipendenze-comportamentali>.

Contratto di servizio con la WHO, *Less Alcohol Unit*

L’ONA-ISS ha assicurato, su incarico diretto della *Less Alcohol Unit* dell’*Health Promotion Department, Healthier Populations Division* dell’*Head Quarter* della WHO (HQ, WHO) di Ginevra (attivato nel dicembre 2023) attività di collaborazione e consulenza rispetto a una serie di argomenti tra cui le politiche di etichettatura delle bevande alcoliche, alcol e giovani e gli indicatori delle politiche di controllo sull’alcol e competenze specifiche sui sistemi di monitoraggio epidemiologici governativi formali basati sul SISMA per migliorare la *Dashboard* della WHO sulla base dell’esperienza dell’ONA-ISS del SISMA online (<https://www.epicentro.iss.it/alcol/monitoraggio-sisma/index>) (WHO Registration 2023/1416523-0 Purchase Order 203302150 Unit Reference 23.1.LES.002).

Partecipazione a progetti della Commissione Europea

Sono continuate oltre la scadenza progettuale, le attività di diffusione delle informazioni e delle metodologie dei tre contratti di servizio con la Commissione Europea e la *European Health and Digital Executive Agency* (HADEA), affidate all'ONA-ISS in rappresentanza dell'Italia, attività che fanno seguito alla EU Joint Action RARHA (*Reducing Alcohol Related Harm*), in coordinamento operativo e partnership consortile tra le principali istituzioni europee:

- DEEP SEAS (*Developing and Extending Evidence and Practice from the Standard European Alcohol Survey*);
- FAR-SEAS (*Fetal Alcohol Reduction and exchange of European knowledge after SEAS-Standard European Alcohol Survey*);
- AlHaMBRA (*Alcohol Harm - Measuring and Building Capacity*).

Per tutti i contratti di servizio all'ONA-ISS è stato richiesto di porgere consulenza per la produzione di uno standard operativo per l'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve (IPIB) sul consumo di alcol in gravidanza e sulla prevenzione della sindrome fetoalcolica, basato sulle esperienze già finanziate per corsi IPIB in assistenza sanitaria primaria all'ISS dal Ministero della Salute e inserite nel Piano Nazionale di Prevenzione oltre che per la valutazione e supervisione dei protocolli, dei manuali operativi, della formazione specifica e delle linee guida relative agli studi pilota attuati a livello regionale (in Portogallo e in Polonia). Non sono ancora stati resi disponibili i rapporti e i documenti tecnico scientifici a cura della Commissione Europea prodotti dai partecipanti europei (incluso l'ONA-ISS). In particolare, l'ONA-ISS ha collaborato alla pubblicazione delle linee guida FAR SEAS (54) e un riassunto delle attività FAR-SEAS in lingua italiana (56).

È in corso un programma di ricerca nazionale, il progetto IPIB-DIALCOM finanziato all'ONA-ISS dal Ministero della Salute, per favorire l'attivazione di piani d'implementazione locali delle attività di identificazione precoce e intervento breve sul consumo di alcol e altri disturbi comportamentali (IPIB) sulla base di quanto prodotto nell'ambito delle attività del contratto di servizio DEEP SEAS. Nell'ambito del suddetto progetto l'ONA-ISS ha svolto corsi di formazione sull'Identificazione Precoce e l'Intervento Breve sul Disturbo da Uso di Alcol diretti a medici dell'assistenza sanitaria primaria e altre figure professionali sanitarie presso l'Istituto Superiore di Sanità, l'Ordine Provinciale di Roma dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (OMCeO), a livello regionale, in particolare nella Regione Abruzzo (ASL Teramo e ASL2 Lanciano-Vasto-Chieti), attività che continueranno alla fine di luglio 2026.

Nel corso del 2025 sono state valutate e approvate dalla Commissione Europea due Joint Action alle quali i ricercatori dell'ONA-ISS avevano contribuito alla stesura nel 2024. Le 2 Joint Action sono di seguito riportate:

- *Joint Action PRISM - Prevention oriented Rights-based approach to Support Mental health in vulnerable population groups*. EU4H-2024-JA-IBA-03. Joint Actions 2024 (coordinamento spagnolo: Ane Fullaondo), con inizio attività il 1° settembre 2025;
- *Joint action SAFE - Health promotion and disease prevention including smoke- and aerosol- free environments*. EU4H: V3.0-01.05.2024. Joint Actions 2024 (coordinamento greco: Costantine Vardavas), con attività iniziate il 15 ottobre 2025.

Con riferimento alla JA PRISM, di cui l'ISS è *Competent Authority*, ed è coinvolto nelle varie attività con più Centri, di cui uno è il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD), per la stesura dei protocolli dei diversi *work package*, nel 2025 i ricercatori dell'ONA-ISS hanno partecipato a circa 30 riunioni online e alcune in presenza (riunioni europee mensili e nazionali, *study visit*, *kick off meeting*, *consortium meeting*, *lead meeting*).

PRISM è una *Joint Action* europea volta a ridurre il carico delle malattie mentali con particolare attenzione ai gruppi di popolazione vulnerabili. Gli obiettivi generali di JA PRISM consistono, infatti, nel ridurre l'impatto dei disturbi mentali, con un'attenzione prioritaria ai gruppi vulnerabili, attraverso la promozione del benessere psicologico, la prevenzione efficace delle problematiche di salute mentale e il miglioramento dell'accesso ai trattamenti e ai servizi dedicati. Il progetto opera negli Stati Membri dell'Unione Europea e nei Paesi associati, sostenendo il trasferimento e l'implementazione, in nuovi contesti, di pratiche validate e promettenti. L'analisi dei bisogni condotta dagli Stati Membri evidenzia tre aree prioritarie: la prevenzione del suicidio, la solitudine negli anziani e il benessere emotivo di bambini e adolescenti. Per rispondere ai bisogni degli Stati Membri, JA PRISM ha selezionato tre pratiche di comprovata efficacia e adattabilità di seguito riportate:

- *BIZI Programme* (Spagna): formazione online breve e interattiva per operatori comunitari non sanitari (educatori, assistenti sociali, farmacisti, forze dell'ordine, eccetera) volta a sviluppare competenze di prevenzione del suicidio e raggiungere indirettamente la popolazione a rischio.
- *Circle of Friends* (Finlandia): cicli di incontri di gruppo facilitati da volontari e professionisti quale intervento contro la solitudine degli anziani, per promuovere l'inclusione sociale, l'*empowerment* e la qualità della vita.
- *Act, Belong, Commit – ABC* (Danimarca, origine Australia): approccio universale e positivo alla salute mentale, con il principio "agisci, partecipa, impegnati", che promuove il benessere emotivo e la resilienza soprattutto nei bambini e nei giovani, ma applicabile a tutte le fasce di età.

Il fine ultimo è contribuire alla promozione di un approccio preventivo, centrato sulla persona, rafforzando la resilienza e il benessere psicosociale delle popolazioni più fragili, inclusi migranti, anziani, giovani e soggetti con dipendenze o condizioni mentali pregresse.

L'ONA-ISS parteciperà in particolare all'implementazione e diffusione della buona pratica BIZI, che prevede l'adattamento e la disseminazione di un corso di formazione per la prevenzione del suicidio, con specifica attenzione alla tematica dell'alcol. Per quanto riguarda le buone pratiche ABC e *Circle of Friends*, i ricercatori dell'ONA-ISS contribuiranno alla metodologia con l'integrazione delle *cross-cutting issues* (tematiche trasversali), contribuendo alla formazione del personale e alla predisposizione di materiali informativi sull'alcol destinati a fasce vulnerabili di popolazione.

Alla JA SAFE, iniziata il 15 ottobre 2025, sulla promozione della salute e la prevenzione delle malattie compresi gli ambienti senza fumo e aerosol, partecipano 62 istituzioni di 23 Paesi europei per promuovere la prevenzione e proteggere la salute pubblica in tutta Europa. Il progetto avrà una durata di 4 anni (2025-2029) ed è coordinato dalla Grecia, Università di Atene. Anche per questa JA l'ISS è *Competent Authority*, coinvolto nelle varie attività con due centri di cui uno è il CNDD con la responsabilità delle attività sull'alcol a carico dei ricercatori dell'ONA-ISS.

Le attività della JA contribuiranno al Piano europeo di lotta contro il cancro (93) rafforzando le politiche per prevenire l'iniziazione al consumo di tabacco e nicotina tra i giovani e promuovere misure efficaci per ridurre i danni correlati all'alcol in particolare, rispetto a quest'ultimo, rafforzare gli approcci di prevenzione dell'alcol come componente centrale delle strategie di prevenzione del cancro e delle malattie non trasmissibili (NCD). La JA-SAFE è organizzata in 9 work package (WP), i primi quattro trasversali, i restanti 5 tematici. In particolare, il WP6 "Preventing Alcohol related Harm in Europe", interamente dedicato all'alcol, mira a sostenere quanto espressamente indicato dall'obiettivo politico dell'iniziativa UE sulle malattie non trasmissibili e per l'attuazione del Piano Europeo per la lotta contro il cancro relativamente all'uso

dannoso di alcol; coinvolge i ricercatori dell'ONA-ISS del CNDD in tutte le attività in programma come di seguito elencate:

- Attività 6.1. Mappatura e valutazione dell'esposizione dei giovani al marketing dell'alcol
- Attività 6.2. Identificazione e sperimentazione di approcci innovativi e buone pratiche relative alla riduzione del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati tra i giovani
- Attività 6.3. Identificazione di approcci innovativi e buone pratiche per la gestione dell'e-commerce e della consegna a domicilio
- Attività 6.4. Identificazione di buone pratiche nella comunicazione delle informazioni sul consumo di alcol a basso rischio alla popolazione generale e ai gruppi vulnerabili.
- Attività 6.5. Identificare e promuovere pratiche di identificazione precoce e intervento breve per ridurre il consumo di alcol in diversi contesti e per selezionati gruppi vulnerabili di popolazione, incluso uno studio di fattibilità e condivisione delle conoscenze.

Nel corso del 2025, i ricercatori dell'ONA hanno partecipato nel complesso a 12 riunioni online finalizzate alla stesura dei protocolli di studio delle diverse attività e al *kick off meeting* ad Atene dello scorso novembre 2025. Per le attività 6.5, l'ONA è co-responsabile con la *Fundació de Recerca Clínic* (FRCB) di Barcellona (Spagna), che amplieranno la capacità di utilizzare strumenti di IPIB in diversi contesti in cui queste pratiche sono meno implementate e per gruppi vulnerabili (es. giovani e anziani a rischio, rifugiati/migranti e vittime di traumi da conflitto, eccetera), in Paesi selezionati. Tra le attività, lo sviluppo di materiali adattabili per l'implementazione di programmi di identificazione precoce e intervento breve sull'uso dannoso di alcol, incluso uno studio di fattibilità relativamente all'implementazione degli stessi.

Sostegno a “Awareness Week on Alcohol Related Harm” 2025

La settimana europea di prevenzione sui danni alcol-correlati (*Awareness Week on Alcohol Related Harm*, Awarh) è stata istituita nel 2013 per aumentare la consapevolezza sui danni causati dall'alcol e sulla necessità di affrontarli attraverso un approccio politico integrato. Ogni anno viene scelto un tema su cui incentrare l'iniziativa e sul quale confrontarsi.

Per Awarh-25 Eurocare, insieme a EALS e UEG hanno organizzato una conferenza dal titolo “Rethinking Prevention: A Dialogue with Youth” che si è tenuto il 4 novembre presso il Parlamento europeo a Bruxelles.

In Italia Awarh è sostenuta dall'ONA-ISS in collaborazione con la SIA, incoraggiando a organizzare eventi a livello nazionale e locale e rendendo disponibili materiali di comunicazione e informazione prodotti negli anni dall'iniziativa.

Relativamente a Awarh-25, tra i fattori di rischio che contribuiscono ai costi sanitari, l'alcol è particolarmente significativo per i giovani. Il ricambio generazionale sta modificando in Europa gli atteggiamenti dei giovani nei confronti dell'alcol, portando a un calo dei consumi rispetto alle generazioni precedenti. L'industria sta correndo ai ripari puntando su un marketing più aggressivo, utilizzando partnership con *influencer*, festival musicali e campagne sui social media, e promuovendo nuovi prodotti destinati specificamente ai giovani, ad esempio i cocktail “ready to drink”. L'evento ha visto la partecipazione di rappresentanti di giovani, giovani professionisti della salute, responsabili politici e ricercatori per promuovere un dialogo significativo e informato sulle evidenze di come le politiche di prevenzione possono rispondere meglio alle esigenze e alle preoccupazioni delle giovani generazioni. L'ONA-ISS ha partecipato alle riunioni di lavoro

europee di consultazione sulla campagna e ha contribuito alla diffusione del messaggio della campagna nel corso dell'anno.

Partecipazione al progetto internazionale per lo sviluppo di nuovi strumenti diagnostici su *gaming* e *gambling*

L'impegno dei ricercatori dell'ONA-ISS nella partecipazione alle politiche e alle iniziative di prevenzione internazionali è rivolto anche, in qualità di componenti del gruppo di esperti, al *WHO collaborative project on the development of new international screening and diagnostic instruments for gaming disorder and gambling disorder* che, a partire dall'esperienza ventennale di sviluppo dell'AUDIT sta sviluppando il test di popolazione utile per l'identificazione precoce nella popolazione della dipendenza da giochi / gioco d'azzardo anche sulla base della consolidata collaborazione nel network mondiale *Global information system on resources for the prevention and treatment of substance use disorders*.

L'ONA-ISS contribuisce alle attività guidate dall'*Head Quarter* della WHO, di un gruppo di lavoro costituito da 18 membri e composto da esperti clinici e di ricerca internazionali nella classificazione nosologica, in psichiatria, psicologia clinica, medicina interna, medicina generale, epidemiologia, neurobiologia e salute pubblica. Tale progetto permetterà quanto di seguito riportato:

- facilitare l'identificazione e la diagnosi del disturbo da gioco e del disturbo da gioco d'azzardo;
- contribuire al monitoraggio del fenomeno fornendo stime di prevalenza comparabili;
- facilitare la formazione di operatori esperti con capacità specifiche;
- supportare la pratica clinica e gli studi di popolazione;
- aiutare a sviluppare e valutare percorsi terapeutici/interventi per i pazienti e a supporto dei parenti.

Oltre a ciò, l'implementazione di tale progetto richiamerà l'attenzione dei decisori politici e l'inclusione della problematica tra le priorità delle agende sanitarie nazionali rispetto ai servizi a supporto del fenomeno e sensibilizzerà l'opinione pubblica sulle conseguenze negative del gioco e del gioco d'azzardo.

Il protocollo sviluppato prevede 10 passaggi sequenziali e costruiti grazie alle conoscenze e ai risultati ottenuti dalle attività delle fasi precedenti (100-102).

Sono continuati nel 2025 gli incontri online ai quali i ricercatori dell'ONA-ISS hanno preso parte sulla tematica specifica che sono stati 4 (di cui uno in presenza lo scorso dicembre 2025 ad Istanbul) e più in particolare, hanno preso parte attiva allo sviluppo dello strumento per lo screening del *gaming* e del *gambling* DISDAB (*Diagnostic Interview Schedule for Disorders due to Addictive Behaviours*) della WHO e alla stesura del protocollo di studio per attivare uno studio pilota di valutazione dello stesso in alcune Regioni a livello globale per l'implementazione a livello nazionale su un campione di Paesi, inclusa l'Italia, in corso di completamento che si svolgerà tra il 2026 e il 2027.

Nel corso dell'ultima riunione ad Istanbul dello scorso dicembre 2025, che ha ospitato 55 esperti provenienti da 22 Paesi, è stato sottolineato che, con il crescente riconoscimento globale del disturbo da gioco d'azzardo e della dipendenza da videogiochi (*gambling - gaming*), sono assolutamente necessarie strategie di prevenzione efficaci, meccanismi di identificazione precoce

e servizi di trattamento accessibili. Da quando entrambi i disturbi sono stati formalmente inclusi nella Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-11) nel 2019, i governi e i sistemi sanitari sono stati chiamati a rispondere utilizzando strumenti standardizzati e basati sull'evidenza.

Altre attività e partecipazione a network internazionali

L'ONA-ISS ha svolto un ruolo d'interfaccia diretta con numerosi *network* internazionali favorito dalla *membership* a gran parte di quelli esistenti nel settore della prevenzione alcol-correlata:

- APN – *Alcohol Policy Network*
- INEBRIA – *International Network on Brief Interventions for Alcohol & Other Drugs*
- *EurohealthNet*
- EUFAS – *European Federation of Addiction Societies*.

In particolare, i ricercatori dell'ONA-ISS partecipano attivamente ai meeting annuali INEBRIA e ai simposi APN (che si sono svolti rispettivamente a San Francisco e Barcellona nel settembre e novembre 2025).

Per le attività del network *EuroHealthNet*, si segnala la partecipazione ai lavori di gruppo e al seminario online: “Scientific Symposium – Social inequalities in health in the EU” nel settembre 2025.

Monitoraggio internazionale ed europeo

Le attività relative alla fornitura di informazioni e di dati italiani richiesti per le *survey* annuali della WHO e per l'OECD, sono rese possibili grazie al sistema di monitoraggio e sorveglianza epidemiologica SISMA dell'ONA-ISS contribuisce quindi a livello internazionale al monitoraggio delle numerose iniziative di contrasto al consumo rischioso e dannoso di alcol.

La principale attività del 2025 è stata la revisione dei dati per l'Italia per il rapporto “Health at a Glance: Europe” dell'OECD (2025).

IMPLICAZIONI DI SALUTE PUBBLICA PER PREVENIRE RISCHI E DANNI ALCOL-CORRELATI: INDICAZIONI PER RINNOVATE POLITICHE IN ITALIA

La Regione Europea della WHO è l'area con il più alto consumo di alcol al mondo, con oltre 11 litri di alcol puro pro-capite all'anno tra gli adulti (15+), e con la più alta percentuale di problemi di salute e di decessi alcol-correlati. Il consumo di alcol è il terzo fattore di rischio per malattia e morte prematura nella Regione, dopo tabacco e ipertensione (2), e rappresenta uno dei principali fattori di rischio prevenibili per malattia, disabilità e morte prematura a livello globale. I rischi per la salute aumentano con la quantità, le modalità e la durata dell'esposizione al consumo di alcol: almeno 40 malattie e condizioni elencate nella ICD-10 della WHO (5) sono totalmente attribuibili all'alcol e oltre 200 sono parzialmente attribuibili all'alcol. Le malattie attribuibili all'alcol appartengono a due categorie: le malattie croniche non trasmissibili (tra cui numerosi tipi di cancro, malattie cardiovascolari, cirrosi epatica e disfunzioni metaboliche) e le lesioni, accidentali e intenzionali (autolesionismo e violenza interpersonale tra cui suicidi, omicidi e incidenti stradali).

Per quanto riguarda il cancro, esiste un nesso causale accertato tra il consumo di alcol e lo sviluppo di almeno sette tipi di cancro: tumori del cavo orale, della faringe, dell'esofago, del fegato, della laringe, del colon-retto e tumore al seno nelle donne. Nel corso del 2025, un esteso dibattito svoltosi tra maggio e settembre attraverso una serie di webinar, eventi e pubblicazioni che hanno coinvolto diversi attori della comunità scientifica, sanitaria e delle politiche pubbliche, nonché organismi internazionali, ha discusso ampiamente dell'efficacia delle politiche alcolologiche in relazione ai rischi oncologici, evidenziando come tali rischi siano presenti anche in caso di consumi modesti di alcol. Il consumo moderato di alcol comporta un rischio che è necessario comunicare ai consumatori per renderli consapevoli che il rischio non è mai pari a zero e aumenta proporzionalmente alle quantità assunte. A questo riguardo, l'aggiornamento del Codice Europeo contro il cancro (*European Code Against Cancer - ECAC5*, quinta edizione) della IARC della WHO e pubblicato a febbraio 2025, indica, al punto 6, tra le azioni concrete e scientificamente validate che ogni persona può adottare per ridurre significativamente il rischio di sviluppare tumori, di *Evitare le bevande alcoliche. Ogni quantità di alcol aumenta il rischio di tumore* (10). Il dibattito ha portato alla pubblicazione di un manuale da parte della IARC/WHO che riassume gli interventi ad alto impatto che si sono dimostrati efficaci nel ridurre i danni legati all'alcol a livello di popolazione. Tra questi, oltre a una serie di misure politiche di controllo (quali l'aumento della tassazione e le politiche di prezzo, la riduzione della disponibilità fisica delle bevande alcoliche e il controllo sul marketing dell'alcol) emergono gli interventi coordinati, ad esempio a livello di assistenza sanitaria primaria, rivolti all'identificazione precoce del consumo dannoso di alcol (11).

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

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

I danni correlati all'alcol, come estesamente affrontato dalla *Global strategy on alcohol* della WHO, non riguardano soltanto i consumatori ma anche le persone che li circondano e la società nel complesso: è noto, infatti, che il consumo di alcol ha pesanti ripercussioni sulle famiglie di coloro che bevono in modo rischioso o dannoso e sulla comunità in generale, a causa del deterioramento delle relazioni personali e lavorative, di atti criminali (come vandalismo e violenza), di perdita di produttività e dei costi sanitari. Inoltre, il consumo dannoso di alcol amplifica le disuguaglianze sociali, con impatti maggiori sulle popolazioni socio-economicamente svantaggiate (1, 4).

L'impatto dell'uso dannoso dell'alcol comporta significative perdite sociali ed economiche legate ai costi nel settore della giustizia, alla perdita di produttività della forza lavoro e alla disoccupazione, e ai costi attribuiti al dolore e alla sofferenza (4). Secondo la WHO l'uso dannoso di alcol è uno dei principali fattori di rischio per la salute della popolazione a livello mondiale e ha un impatto diretto su molti SDG delle Nazioni Unite da raggiungere entro il 2030 (23-26). La WHO ha rilevato che l'interferenza dell'industria alla realizzazione delle misure politiche di salute pubblica sull'alcol ha ostacolato, compromesso e/o ritardato il raggiungimento di 13 dei 17 SDG. A questo riguardo, ciò ha inciso su una serie di indicatori relativi alla salute: la salute dei bambini, le malattie infettive e gli incidenti stradali, nonché su una gamma ancora più ampia di indicatori relativi all'economia, allo sviluppo sociale, all'ambiente e alle uguaglianze.

Secondo quanto riportato dal "Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders" della WHO (1), le azioni prioritarie necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo SDG 3.5 sono:

- Campagne di *advocacy* globali e coordinate per aumentare la consapevolezza su dimensioni e impatto dell'uso di sostanze e dei disturbi correlati sulla salute e sullo sviluppo psicofisico.
- Azioni di tutela da attivare in particolare mirate a gruppi di popolazione più vulnerabili: minori, adolescenti, donne, anziani.
- Maggiori sforzi per favorire la formazione degli operatori sanitari a tutti i livelli, non solo per assicurare interventi efficaci di prevenzione e trattamento di condizioni mediche dovute all'uso di sostanze, ma anche per implementare le strategie più adeguate di sanità pubblica.
- Un forte impegno politico di *advocacy* e una mobilitazione di risorse per garantire la piena implementazione del "Global alcohol action plan 2022-2030" (18), con particolare attenzione alle misure politiche ad alto impatto, incluse nel pacchetto SAFER della WHO (103) per il raggiungimento dell'obiettivo globale di riduzione del 20% del consumo dannoso di alcol entro il 2030.
- Maggiori sforzi internazionali per il trasferimento delle conoscenze e delle competenze, con l'obiettivo di consentire lo sviluppo e l'attuazione di politiche sanitarie pubbliche efficaci, compreso il rafforzamento delle reti dei punti focali nazionali, del personale delle autorità sanitarie e dei tecnici.
- Il coinvolgimento attivo e l'empowerment delle organizzazioni della società civile, delle associazioni professionali e delle persone che hanno sofferto di disturbi da uso di alcol e sostanze.
- Un sistema di monitoraggio multilivello, capacità e infrastrutture di ricerca per una migliore comparazione dei dati e per monitorare i progressi rispetto all'SDG 3.5.
- La mobilitazione e l'allocazione delle risorse e nuove forme di finanziamento per sostenere l'implementazione delle politiche sanitarie pubbliche e rafforzare la capacità dei sistemi sanitari e sociali di affrontare il consumo di alcol e sostanze e il disturbo correlato.

Per contrastare il consumo dannoso di alcol, la “Global strategy to reduce the harmful use of alcohol” della WHO (4) promuove misure politiche ad alto impatto che si sono dimostrate efficaci nel ridurre i danni legati all’alcol, come le politiche dei prezzi, la regolamentazione/restrizione del marketing e le limitazioni della disponibilità fisica di bevande alcoliche (orari e giorni di vendita, densità dei punti vendita, rispetto dell’età minima), definendole *best buys* – migliori acquisti – per prevenire o ridurre i danni alcol-correlati, e invita tutti i Paesi a rafforzare e implementare con urgenza le politiche nazionali. Più di recente, le *quick buys* hanno aggiornato le *best buys*, aggiungendo ai 3 migliori acquisti su descritti, la fornitura di programmi di IPIB per i DUA (96). A 15 anni dall’approvazione della “Global strategy to reduce the harmful use of alcohol” della WHO (2010) (4) e la disponibilità di altre strategie globali ed europee dopo il 2010, sono ancora pochi i Paesi nel mondo che adottano politiche alcologiche ad alto impatto, quali le politiche sulla disponibilità fisica ed economica delle bevande alcoliche e il marketing. Per accelerare l’implementazione della Strategia Globale, la 75ª Assemblea Mondiale della Sanità ha adottato il “Global action plan on alcohol 2022-2030”, che ha trasformato la strategia globale in azioni concrete e misurabili per raggiungere risultati tangibili (18). L’obiettivo delle strategie mondiali, oltre al benessere della popolazione globale, mira a ridurre l’impatto economico che l’alcol esercita sulla società, legato a un carico globale di malattia, mortalità e disabilità evitabili. Secondo le recenti stime dell’OECD, i danni correlati all’alcol rappresentano un onere economico per i Paesi OECD pari a circa il 2,4% della loro spesa sanitaria annuale.

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

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

Per quanto riguarda i *binge drinker*, nel 2024 si sono registrati valori record in Italia: sono stati 4 milioni e 450mila gli italiani e le italiane che hanno bevuto per ubriacarsi, il 12,4% dei maschi e il 4,6% delle femmine, le frequenze più alte mai registrate per le femmine e le più alte a partire dal 2011 per i maschi. Sono 79mila i minori 11-17enni di entrambi i sessi che bevono per ubriacarsi, ma è tra i 18 e i 44 anni che si raggiungono i valori massimi in assoluto nella

popolazione. Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile sono inferiori all'1% tra i ragazzi di 11-15 anni, aumentano nell'adolescenza, raggiungendo i valori massimi tra i maschi nella fascia di età 18-44 anni (19,9% nella fascia di età 18-24 e 20,6% nella fascia di età 25-44) e tra le femmine nella fascia di età 18-24 (12,1%); oltre queste età i valori diminuiscono, raggiungendo tra gli ultra 75enni il 4,1% tra i maschi e lo 0,9% tra le femmine. In 10 anni l'aumento dei consumatori *binge drinker* è stato del 24,0% tra i maschi e dell'84,0% tra le femmine, a testimoniare l'invarianza di un fenomeno che non si giova, da oltre un decennio, di adeguate misure e di pur richieste iniziative di efficace prevenzione e contrasto, con elevati costi sociali, sanitari ed economici.

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

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

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

Tra le femmine, nel 2024, il 57,1% delle italiane di età superiore a 11 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno, ovvero quasi 16 milioni di persone. Le consumatrici a rischio sono oltre 2 milioni e mezzo (9,1%), mentre il 4,6% delle donne si ubriaca, con un trend in continua crescita negli ultimi 10 anni. Preoccupante il costante aumento negli ultimi 10 anni della percentuale di donne che consuma fuori pasto e che beve per ubriacarsi (*binge drinking*) che riguarda tutte le fasce di età, in particolare quella delle donne in età fertile e delle anziane. Tra le minorenni (11-17enni), nelle quali qualsiasi tipo di consumo è da considerarsi rischioso per la salute, il 13,3% sono consumatrici a rischio, ben 260.000, il 5,6% hanno consumato alcolici lontano dai pasti, e l'1,5% ha praticato il *binge drinking*. La riduzione

dell'esposizione all'alcol nelle donne rappresenta una priorità per la sanità pubblica, in linea con la Strategia Globale della WHO per la riduzione dell'uso dannoso di alcol, che promuove interventi efficaci per limitare i danni alcol-correlati e proteggere i gruppi più vulnerabili. In Italia, l'ONA-ISS richiama la necessità di rafforzare le politiche di prevenzione, l'informazione basata su evidenze scientifiche e l'identificazione precoce dei consumi a rischio nei servizi sanitari. Azioni mirate sono particolarmente rilevanti per le giovani, le donne in età fertile e durante la gravidanza, con l'obiettivo di ridurre i rischi alcol-correlati e promuovere scelte di salute consapevoli lungo tutto il corso della vita. Da includere inoltre nelle azioni interventi sulle donne anziane molto spesso portatrici di patologie croniche che necessitano trattamento farmacologico ove l'alcol interferisce sull'efficacia del farmaco.

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

Nel 2024 i consumatori a rischio di età superiore ai 65 anni sono il 29,3% dei maschi e il 7,5% delle femmine, mentre l'81,2% dei maschi e il 50,1% delle femmine di 65 o più anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica e, nel corso degli ultimi dieci anni, per le femmine si registra un incremento del 14,9% nelle consumatrici. Nel corso dell'ultimo decennio si registra, sia per i maschi che per le femmine, un aumento significativo nel consumo di tutti i tipi di bevande alcoliche, a eccezione del vino per i maschi che rimane stabile. I comportamenti a rischio più praticati sono il consumo fuori pasto praticato dal 30,0% dei maschi e dal 10,3% delle femmine, seguito dal consumo abituale eccedentario praticato dal 26,9% dei maschi e dal 6,3% delle femmine. Il 5,5% dei maschi e l'1,4% delle femmine ultrasessantacinquenni ha praticato il *binge drinking*. Gli anziani rappresentano uno degli obiettivi più negletti della prevenzione andando a rappresentare anche la quota più consistente di consumatori dannosi (il 2,34% dei maschi e l'1,19% delle femmine dai 65 anni in su) non intercettati dalle strutture e dai professionisti del SSN pur essendo le persone con la massima probabilità clinica di contatto con il medico. È urgente intervenire con informazione, comunicazione e sensibilizzazione personalizzata su milioni di anziani, e sulla formazione professionale di medici e operatori sanitari. Gli anziani rappresentano uno dei gruppi meno raggiunti dalla prevenzione, nonostante costituiscano una quota rilevante di consumatori dannosi (2,34% dei maschi e 1,19% delle femmine) che non vengono intercettati dalle strutture e dai professionisti del SSN, pur essendo le persone con la massima probabilità clinica di contatto con il medico. È urgente rafforzare informazione, prevenzione e formazione dei medici, sfruttando il frequente contatto degli anziani con il sistema sanitario per intercettare precocemente il rischio alcol. Nonostante le sollecitazioni della WHO per accelerare l'adozione di misure di contrasto al consumo dannoso di alcol e le evidenze che sottolineano l'urgenza e la necessità di politiche di salute pubblica di prevenzione alcol-correlata, con azioni incisive coerenti con gli impegni presi per l'Agenda 2030 attraverso gli SDG, l'Italia vede ulteriormente crescere, anziché diminuire, i consumi medi *pro-capite*. Sia prendendo come riferimento il 2010 che il 2016 come linee di base per la verifica della riduzione del consumo, il consumo in Italia è infatti cresciuto. Nel 2022 il consumo totale *pro-capite* è stato pari a 8,3 litri di alcol puro, valore che colloca il nostro Paese tra quelli a consumo relativamente basso rispetto alla media europea, ma distante dal consumo medio mondiale di 5,0 litri *pro-capite* stimato dalla WHO nello stesso anno. Nonostante il livello complessivamente contenuto, l'Italia registra un incremento del 7,6% nel periodo 2016–2022, configurandosi come il secondo maggiore aumento nell'Unione Europea, preceduto soltanto dalla Lettonia (+14,1%). La posizione italiana risulta inoltre particolarmente significativa quando confrontata con quella degli altri grandi Paesi produttori di vino, quali Francia, Spagna, Grecia e Portogallo che, pur registrando livelli assoluti di consumo alcolico

generalmente più elevati, mostrano tendenze stazionarie o declinanti nel periodo considerato. Nel 2022, ad esempio, il consumo totale *pro-capite* risulta pari a circa 11 litri in Francia, Spagna, e Portogallo, senza tuttavia evidenziare aumenti analoghi a quello osservato in Italia. Questi dati suggeriscono che l'Italia costituisca un'eccezione nel panorama europeo, risultando l'unico grande Paese produttore di vino a mostrare un incremento significativo del consumo complessivo *pro-capite* negli ultimi sei anni. Risulta pertanto necessario monitorare con attenzione l'evoluzione del consumo alcolico in Italia nei prossimi anni, in particolare in relazione al target previsto per il 2030 nell'ambito dell'SDG3.5, in quanto l'andamento rilevato, pur partendo da valori assoluti moderati, potrebbe costituire un elemento critico per il raggiungimento di tali obiettivi. È pertanto necessario definire strategie preventive mirate, soprattutto nei gruppi di popolazione più esposti ai cambiamenti nei pattern di consumo.

La chiave d'intervento principale per la programmazione della prevenzione in Italia consiste in un'azione incisiva, richiamata anche dal Libro Bianco sull'alcol del Ministero della Salute (104) e tuttora ancora disattesa, volta ad implementare senza interferenze da parte dell'industria le misure contenute nel "Global alcohol action plan" della WHO (18). La Conferenza Nazionale Alcol del Ministero della Salute aveva sottolineato l'urgenza di colmare i *gap* della prevenzione già identificati da anni nel merito della prevenzione per i giovani, indicando come prioritari gli interventi di prevenzione in ambito scolastico e l'aggancio precoce dei giovani vulnerabili, della riorganizzazione dell'assistenza territoriale e strutturazione delle reti curanti. Necessaria anche l'adozione di una formazione obbligatoria specifica per l'IPIB per il rafforzamento dell'approccio di comunità, assicurando un adeguato reperimento e una stabile dotazione di risorse, da recuperare anche attraverso la tassazione dell'alcol e la creazione di fondi di scopo a favore della salute, della ricerca e della prevenzione, essendo questa una priorità per la salute pubblica. È fondamentale dare priorità alle strategie di prevenzione e promozione della salute rispetto agli approcci di riduzione del danno e di autoregolamentazione promosse dall'industria che si sono dimostrate inefficaci nel tutelare la salute pubblica. I governi, secondo la WHO, dovrebbero impegnarsi nell'attuazione di strategie globali di sanità pubblica evitando di affidarsi alle promesse volontarie dell'industria che l'esperienza ultratrentennale di monitoraggio ha dimostrato essere ampiamente disattese. Il linguaggio della prevenzione deve eliminare ambiguità e superare il concetto imperfetto e obsoleto di "uso dannoso di alcol", poiché l'evidenza scientifica dimostra che tale terminologia travisa la questione fondamentale: il consumo di alcol è di per sé un importante fattore di rischio per le malattie non trasmissibili e non esiste una quantità di consumo sicura per la salute. L'attenzione, come ribadito da decenni, dovrebbe spostarsi sulla riduzione del consumo complessivo di alcol, dei danni e dei costi, nonché sulla promozione dei benefici associati alle politiche sull'alcol a livello di popolazione.

In presenza di un panorama d'interventi regionali e locali disomogenei, privi di linee guida condivise e di protocolli validati per l'intervento e il *case management*, l'Istituto Superiore di Sanità, nell'ambito delle proprie competenze, ha coordinato attraverso il Sistema Nazionale Linee Guida, la predisposizione di linee guida sui Disturbi da Uso di Alcol rese disponibili per l'SSN (105) e inoltre ha partecipato ai lavori del Tavolo Tecnico di Lavoro per la realizzazione del Piano Nazionale della Prevenzione in materia di Dipendenze istituito presso il Ministero della Salute. Parallelamente l'ISS ha predisposto gli interventi dedicati all'IPIB, che includono la formazione per le professioni sanitarie secondo l'Azione Centrale specifica IPIB-DIALCOM finanziata dal Ministero della Salute e svolta dall'ONA-ISS attraverso corsi di formazione specifica secondo lo standard della WHO. Inoltre, grazie all'accordo di collaborazione SISMA DG (Sistema di Monitoraggio Alcol Donne e Giovani), conclusosi lo scorso anno, l'ONA-ISS ha incluso l'aspetto di tutela dei minori, dei giovani e delle donne nell'ottica di fornire un sistema più accurato, il cui standard si pone come ulteriore servizio e arricchisce il patrimonio informativo su dati e le

tendenze di genere e di età da porgere ai decisori politici per le indispensabili azioni di prevenzione consequenziali.

Un recente rassegna della ricerca internazionale e svedese esamina le evidenze a sostegno dei benefici derivanti dalla riduzione del consumo di alcol per i singoli individui e per le popolazioni (106). A questo riguardo, a livello cardiovascolare, la riduzione del consumo di alcol abbassa la pressione sanguigna, migliora la funzionalità cardiaca e riduce il rischio di malattie cardiache, ictus e fibrillazione atriale, soprattutto per i forti bevitori. Rispetto al cancro, con la riduzione del consumo di alcol si riduce il rischio di tumori correlati all'alcol, in particolare i tumori della bocca, gola, esofago, colon e seno nelle donne. Per quanto riguarda la salute cerebrale, ridurre il consumo così come evitare il consumo episodico eccessivo e ritardare l'inizio del consumo di alcol in giovane età, promuove la salute cognitiva e neurologica e riduce il rischio di demenza, soprattutto a esordio precoce. Ridurre il consumo di alcol, inoltre, migliora il benessere mentale, riduce i sintomi depressivi e migliora la qualità della vita. In ultimo, ma non per ultimo, ridurre il consumo di alcol riduce il rischio di aborto spontaneo e migliora la fertilità sia negli uomini che nelle donne (106). Anche se vengono riportate in letteratura associazioni protettive riguardo al consumo occasionale di alcol, e si discute molto sugli effetti sulla salute di bassi livelli di consumo, secondo la WHO, considerando tutti i presunti vantaggi, gli effetti dannosi del consumo di alcol sulla salute, i possibili benefici sembrano sempre più improbabili e insignificanti rispetto ai danni. I danni sono direttamente correlati alla dose di etanolo, alle modalità di consumo (es. piccole quantità quasi tutti i giorni, grandi quantità una volta alla settimana) e al numero di anni in cui questo si verifica. Le persone riducono il consumo o smettono di bere per una varietà di motivi, fra cui i fattori ambientali, per esempio cambiamenti nelle politiche sull'alcol che ne modificano l'accessibilità economica o la disponibilità fisica; un cambiamento nelle "norme sociali" relative al consumo di alcol, tale da renderlo meno desiderabile o "attraente", o cambiamenti all'interno della propria rete sociale (es. un nuovo partner che non incoraggia il consumo). Esistono anche fattori individuali che tendono a portare a una riduzione del consumo, per esempio, con l'avanzare dell'età, l'equilibrio tra gli effetti piacevoli e spiacevoli dell'alcol tende a spostarsi, per cui spesso le persone consumano meno alcol. Allo stesso modo, chi sviluppa una patologia cronica diventa fragile e può ridurre il consumo di alcol o smettere completamente di bere. Alcune persone possono ridurre il consumo semplicemente perché desiderano migliorare la salute, dormire meglio, perdere peso, risparmiare denaro o migliorare le proprie relazioni. Altri ancora possono ridurre il consumo o astenersi completamente dall'alcol nel tentativo di affrontare un disturbo da uso di alcol (106). Il punto chiave è che il consumo di alcol non è statico: le persone possono e modificano le proprie abitudini di consumo nel tempo fino al punto che per quanto riguarda la salute delle popolazioni o dei singoli individui, la sintesi delle evidenze scientifiche degli ultimi decenni è che "*Less is better than more* - Meno è meglio che di più". Ciò nonostante, troppo spesso l'attenzione si concentra sui danni e sugli effetti del "di più", mentre relativamente meno attenzione viene dedicata ai benefici del bere meno e ai modi in cui si potrebbe ridurre il consumo di alcol.

Data la portata e la gravità dei problemi di salute pubblica legati al consumo di alcol, nonché la crescente comorbidità associata all'uso di droghe e ai comportamenti di dipendenza, emerge la necessità di politiche rinnovate. Tali politiche dovrebbero offrire una piattaforma solida per rafforzare la prevenzione e accelerare i progressi nell'affrontare problematiche che incidono profondamente sulla salute e sul benessere delle persone. Questi fenomeni comportano inoltre ingenti costi che ricadono impropriamente sulla collettività, spesso per logiche di convenienza economica e di profitto di ampi settori produttivi. I guadagni generati – inclusi quelli derivanti dalle entrate fiscali dello Stato – non vengono infatti adeguatamente reinvestiti per coprire i danni causati dall'alcol. Inoltre, tali dinamiche raramente sono accompagnate da efficaci richiami a politiche di responsabilità sociale d'impresa, da tassazioni di scopo finalizzate alla creazione di fondi per i danni alcol-correlati o dall'introduzione del cosiddetto *minimum price*. Quest'ultimo

ha dimostrato, già nel primo anno di applicazione, di poter ridurre ospedalizzazioni, decessi e costi sanitari e sociali, liberando risorse da reinvestire in salute, benessere, servizi e sviluppo della società (107).

Gli esperti sottolineano in tutto il mondo la necessità di intensificare i messaggi di prevenzione dell'alcol, in particolare per le donne e i giovani. Per i bambini, le abilità psicosociali devono essere sviluppate fin dalla scuola elementare o media, così come indicato nel Libro Bianco sull'Alcol del Ministero della Salute le cui indicazioni e raccomandazioni non hanno ricevuto implementazione da parte dei decisori politici, pur nella consapevolezza che educare, informare, sensibilizzare i minori consentirà loro di resistere meglio alla pressione sociale, di rifiutare il pericolo e di diventare consapevoli delle trappole del marketing (104).

Manca in Italia un indispensabile strumento di consultazione che non a caso era stato previsto dall'art. 4 della Legge quadro sull'alcol del 2001 n. 125 nella Consulta Nazionale Alcol come spazio di condivisione, valutazione e di proposizione di pareri e proposte, dopo la sua ingiustificabile soppressione. Si tratta di un intervento sostanzialmente a costo zero considerato che la gran parte dei componenti di nomina della Consulta non necessita di costi da sostenere (28). Salienti, per ciascuna priorità da affrontare, le conclusioni, le raccomandazioni e le implicazioni di salute pubblica del libro Bianco, libro di riferimento del Ministero della Salute, a copertura dei gaps registrati in un'ottica spiccatamente istituzionale e governativa, come nella tradizione dei libri bianchi, individuando misure, azioni e interventi basati sull'evidenza scientifica e sull'efficacia (anche aggiornabili) su:

- interventi di prevenzione in ambito scolastico e l'aggancio precoce dei giovani vulnerabili
- alcol e guida;
- la formazione in alcologia;
- le Reti Curanti (104).

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096745>; ultima consultazione 20.03.2026.
2. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Fact Sheet on Alcohol Consumption, Alcohol-Attributable Harm and Alcohol Policy Responses in European Union Member States, Norway and Switzerland (2018)*. Copenhagen: WHO; 2018. Disponibile all'indirizzo: [https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-\(2018\)](https://www.who.int/europe/publications/m/item/fact-sheet-on-alcohol-consumption--alcohol-attributable-harm-and-alcohol-policy-responses-in-european-union-member-states--norway-and-switzerland-(2018)); ultima consultazione 20.03.2026.
3. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019*. Copenhagen: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2019-3544-43303-60695>; ultima consultazione 20.03.2026.
4. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599931>. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*. Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 20.03.2026.
5. World Health Organization. *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati. Decima revisione*. 3 voll. Traduzione della prima edizione a cura del Ministero della Sanità. Roma: Ministero della Sanità; 2001. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1929_allegato.pdf; ultima consultazione 20.03.2026.
6. Rehm J, Imtiaz S. A narrative review of alcohol consumption as a risk factor for global burden of disease. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2016;11:37.
7. Rehm J, Gmel GE Sr, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, Probst C, Roerecke M, Room R, Samokhvalov AV, Shield KD, Shuper PA. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction*. 2017;112(6):968-1001.
8. Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, El Ghissassi F, Bouvard V, Altieri A, Coglianò V; WHO International Agency for Research on Cancer Monograph Working Group. Carcinogenicity of alcoholic beverages. *Lancet Oncol*. 2007;8(4):292-293.
9. Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW (Ed.). *World Cancer Report 2020*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020.
10. IARC/WHO. *European Code Against Cancer, V edizione (ECAC5)*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://cancer-code-europe.iarc.who.int/wp-content/uploads/2025/10/European-Code-Against-Cancer-5th-edition.pdf>; ultima consultazione 20.03.2026.
11. IARC/WHO. *Alcohol policies*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2025. (IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 20B). Disponibile all'indirizzo: <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Alcohol-Policies-2025>; ultima consultazione 20.03.2026.
12. World Health Organization. *Alcohol health warning labels: a public health perspective for Europe*. WHO Regional Office for Europe; 2025. Disponibile all'indirizzo:

- <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/60c1964c-a890-4007-bcc8-b80d3e582879/content> ; ultima consultazione 20.03.2026
13. Ferreira Borges C, Kokole D, Galea G, Neufeld M, Rehm J. Label warning about alcohol-attributable cancer risks should be mandated urgently. *Lancet Public Health* .2025;10(5):e358-e359.
 14. Chudley A, Conry J, Cook JL, Looock C, Rosales T, LeBlanc N, et al. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ*. 2005;172(5) Suppl:S1–S21.
 15. Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J, Burd L, Popova S. Global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2017;171:948-56.
 16. Popova S, Charness ME, Burd L, Crawford A, Hoyme HE, Mukherjee RAS, Riley EP, Elliott EJ. Fetal alcohol spectrum disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2023;9(1):11. doi: 10.1038/s41572-023-00420-x.
 17. World Health Organization. *Political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases*. Geneva: WHO; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf; ultima consultazione 20.03.2026.
 18. World Health Organization. *Global alcohol action plan 2022–2030*. Geneva: WHO; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376939/9789240090101-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 20.03.2026.
 19. European Commission. Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. *An EU strategy to support Member States in reducing alcohol-related harm*. Brussels, Commission of the EC, 2006. Disponibile all'indirizzo: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=celex%3A52006DC0625>; ultima consultazione 20.03.2026.
 20. World Health Organization.. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/107307/9789289002868-eng.pdf?sequence=1>. Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. *Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020*. Roma: ISS; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/european%20action%20plan%202012%202020%20italian%20translation.pdf>; ultima consultazione 20.03.2026.
 21. World Health Organization,. *Implementation of the European Framework for Action on Alcohol 2022–2025. Final progress report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstreams/cedc8477-44fa-41cd-b427-8eb9c1bd44e4/download>; ultima consultazione 20.03.2026.
 22. United Nations-Department of Economic and Social Affairs. *The 2030 agenda for sustainable development. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development*. New York: United Nations; 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://sdgs.un.org/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development-17981>; ultima consultazione 20.03.2026.
 23. World Health Organization. *Fact sheet on the SDGs: Alcohol consumption and sustainable development (2020)*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/340806/WHO-EURO-2020-2370-42125-58041-eng.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 20.03.2026.
 24. United Nations. *The Sustainable Development Goals Report 2024*. New York: United Nations; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2024.pdf>; ultima consultazione 20.03.2026.
 25. Istituto Nazionale di Statistica. *Rapporto SDGs 2025. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia*. Roma: ISTAT, 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-sdgs-2025-informazioni-statistiche-per-lagenda-2030-in-italia>; ultima consultazione 20.03.2026.

26. United Nations. *The Sustainable Development Goals Report 2025*. New York: United Nations; 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/pdf>; ultima consultazione 20.03.2026
27. Ministero della Salute, Direzione generale dei corretti stili di vita e dei rapporti con l'ecosistema, Ufficio 2 Promozione dei corretti stili di vita nella popolazione. *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"*. Roma: Ministero della Salute; 2024. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3059_allegato.pdf; ultima consultazione 20.03.2026
28. Italia. Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 125, 30 marzo 2001.
29. Guo K, Jiang H, Shield K.D, Spithoff S, Lange S. Alcohol consumption per capita and suicide mortality: a meta-analysis. *JAMA Network Open*. 2025;8(1).
30. Zhu Y, Llamosas-Falcón L, Kerr W, Puka K, Probst C. Alcohol consumption and ischemic heart disease mortality by socioeconomic status: a cohort study. *JAMA Network Open*. 2024;7(3):e.
31. Norström T, Landberg J. Per capita alcohol consumption and mortality from alcohol-related causes in the European Union. *Addiction*. 2020;115(4).
32. Shield KD, Franklin A, Wettlaufer A, Sohi I, Bhulabhai M, Farkouh E.K, Radu I.G, Kassam I, Munnery M, Remtulla R, Richter S, Safa F, Tasnim S, Thakral A, Qamar M, Rehm J. National, regional, and global statistics on alcohol consumption and the alcohol-attributable burden of disease: recent systematic analysis. *Lancet Public Health*. 2025;2(3):11–24.
33. European Commission. *Road safety thematic report – Alcohol and drugs*. Brussels: European Road Safety Observatory, European Commission, Directorate General for Transport; 2025.
34. Dong M, Lee YY, Cha JS, Huang G. Drinking and driving: A systematic review of the impacts of alcohol consumption on manual and automated driving performance. *J Safety Res*. 2024;89:1-12. doi:10.1016/j.jsr.2024.01.006.
35. Kassym L, Kussainova A, Semenova Y, Kussainov A, Marapov D, Zhanaspayev M, Urazalina Z, Akhmetova A, Tokanov M, Smail Y, Bjørklund G. Worldwide prevalence of alcohol use in non-fatally injured motor vehicle drivers: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(5):758.
36. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Manno V, Vichi M e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *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 e del Piano Nazionale Prevenzione. Rapporto 2025*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025. (Rapporti ISTISAN 25/5).
37. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Matone A, Vichi M e il gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). *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 e del Piano Nazionale Prevenzione. Rapporto 2024*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2024. (Rapporti ISTISAN 24/3).
38. Inter-Agency and Expert Group on SDG Indicators (IAEG-SDGs): *Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations; 2017-2025. Disponibile all'indirizzo: <https://unstats.un.org/sdgs/indicators/indicators-list> ; ultima consultazione 20.03.2026
39. World Health Organization. *Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020*. Geneva: WHO; 2013. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>; ultima consultazione 20.03.2026.

40. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017. Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 109, 12 maggio 2017.
41. Sistema Statistico Nazionale, Istituto Nazionale di Statistica. *Piano di attuazione per l'anno 2020 del Programma statistico nazionale 2023-2025*. Roma: ISTAT; 2024. Disponibile all'indirizzo: <https://www.sistan.it/index.php?id=688>; ultima consultazione 30.01.2025.
42. Tinto A (Ed.). *BES 2023. Il benessere equo e sostenibile in Italia*. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/04/Bes-2023-Ebook.pdf>; ultima consultazione 30.01.2025.
43. Rumgay H, Shield K, Charvat H, Ferrari P, Sornpaisarn B, Obot I, Islami F, Lemmens VEPP, Rehm J, Soerjomataram I. Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: A population-based study. *Lancet Oncol*. 2021;22:1071-80.
44. Shield KD, Gmel G, Gmel G, Mäkelä P, Probst C, Room R, Rehm J. Life-time risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in seven European countries: implications for low-risk drinking guidelines. *Addiction*. 2017;112(9):1535-1544. doi: 10.1111/add.13827.
45. Shield K, Manthey J, Rylett M, et al. National, Regional, and global burdens of disease from 2000 to 2016 attributable to alcohol use: a comparative risk assessment study. *Lancet Public Health*. 2020;5:e51-61.
46. Ronksley PE, Brien SE, Turner BJ, Mukamal KJ, Ghali WA. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2011;342:d671.
47. International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. *Alcohol and cancer in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.; 2020. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336595/WHO-EURO-2020-1435-41185-56004-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; ultima consultazione 30.01.2025.
48. Benjamin O, Anderson, Berdzuili N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge H.P, Krech R, Mikkelsen B, Neufeld M, Poznyak V, Rekve D, Slama S, Tello J, Ferreira-Borges C. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet*. 2023;8(1):E6-E7.
49. Scafato E, Gandin C. *Aumentare la consapevolezza del legame tra alcol e cancro: la dichiarazione congiunta OMS Europa/IARC al Parlamento europeo*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/dichiarazione-congiunta-oms-iarc-2023>; ultima consultazione 30.01.2025.
50. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. *Infografica OMS: 5 cose da sapere su alcol e cancro*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2022. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/8%20SCAFATO%20FINALE%20FACSHEET%20CANCRO%20E%20ALCOL%20TRADUZIONE%20PER%20OMS.pdf>; ultima consultazione 20.03.2024.
51. Testino G, Ghiselli A, Balbinot P, Gandin C, Patussi V, Scafato E, Caputo F. Alcol e rischio oncologico. *Alcologia*. 2024;54:79-85
52. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. Alcol e tassazione, necessità e urgenza delle più efficaci ma contrastate misure delle politiche di prevenzione per ridurre la mortalità per cancro e i rischi per la salute causati dall'alcol in Europa e in Italia. *Alcologia*. 2021;46:12-16
53. McCabe SE, Hughes TL, Fish JN, Hoak S, Kcomt L, Evans-Polce RJ, Engstrom C, Leary K, Veliz P, West BT, McCabe VV, Boyd CJ. Is it all in the family? Sexual identity differences in DSM-5 alcohol and other drug use disorders and associations with alcohol and other drug misuse history among parents, offspring, and other relatives. *Subst Abus*. 2022;43(1):1277-85. doi: 10.1080/08897077.2022.2095080.
54. Bruguera C, Segura L, Okulicz-Kozaryn K, Gandin C, Matrai S, Braddick F, Zin-Sędek M, Slodownik L, Scafato E, Colom J. Prevention of alcohol exposed pregnancies in Europe: The FAR SEAS Guidelines. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024;24(246):1-5. doi: 10.1186/s12884-024-06452-9.

55. Okulicz-Kozaryn K, Segura-García L, Bruguera C, Braddick F, Zin-Sędek M, Gandin C, Słodownik-Przybyłek L, Scafato E, Ghirini S, Colom J, Matrai S. Reducing the risk of prenatal alcohol exposure and FASD through social services: promising results from the FAR SEAS pilot project. *Front Psychiatry*. 2023;14:1243904. doi: 10.3389/fpsy.2023.1243904.
56. Scafato E, Gandin C, Ghirini S, Matone A. I danni legati al consumo di alcol in gravidanza: il progetto europeo FAR SEAS e il contributo dell'Osservatorio Nazionale Alcol dell'ISS per la prevenzione della sindrome fetoalcolica. *Alcologia*. 2022;48:18-24.
57. 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. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>; ultima consultazione 30.01.2025.
58. Scafato E, Silvia G, Lucia G, Claudia G. The implementation in Europe (EU) of the low risk drinking guidelines: results from the RARHA survey. *Addict Sci Clin Pract*. 2015;10(Suppl 2):P17. doi: 10.1186/1940-0640-10-S2-P17.
59. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 30.01.2025.
60. Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R e 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)
61. Natella F, Canali R, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Ghiselli A, La Vecchia C, Pelucchi C, Peparao M, Poli A, Ranaldi G, Roselli M, Scafato E, Ticca M. Capitolo 9: Bevande alcoliche. In: *Linee guida per una sana alimentazione. Dossier scientifico. Edizione 2018*. Roma: Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione CREA; 2020. p. 1015-122.
62. Dal Maso L, La Vecchia C, Polesel J, Talamini R, Levi F, Conti E, Zambon P, Negri E, Franceschi S. Alcohol drinking outside meals and cancers of the upper aero-digestive tract. *Int J Cancer*. 2002;102(4):435-7. doi: 10.1002/ijc.10723.
63. Shi M, Ahmedin N.J, Zong X, Yilmaz O.H, Bishehsari F, Cao Y. Alcohol drinking without meals is associated with risk of gastrointestinal cancers, including early-onset cases. *Gastroenterology*. 2024; 166(2):341-344.e5
64. Zhao J, Stockwell T, Naimi T, Churchill S, Clay J, Sherk A. Association between daily alcohol intake and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analyses. *JAMA Netw Open*. 2023;6(3):e236185. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.6185
65. Burton R, Sheron N. No level of alcohol consumption improves health. *Lancet*. 2018;392(10152):987-88.
66. Cherpitel CJ, Ye Y, Bond J, Rehm J, Poznyak V, Macdonald S, et al. Emergency room collaborative alcohol analysis project (ERCAAP) and the WHO collaborative study on alcohol and injuries. Multi-level analysis of alcohol-related injury among emergency department patients: a cross-national study. *Addiction*. 2005;100(12):1840-50.
67. Istituto Nazionale di Statistica. Glossario. In: *Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà. Anno 2021*. Roma: ISTAT; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files//2022/05/Glossario_fattori_rischio_salute_2021.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.
68. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007 Jul;31(7):1208-17. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00403.x.

69. Gual A, Segura L, Contel M, Heather N, Colom J. Audit-3 and audit-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol Alcohol.* 2002;37(6):591-6. doi: 10.1093/alcalc/37.6.591. PMID: 12414553.
70. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Understanding binge drinking*. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 2021. Disponibile all'indirizzo: https://www.niaaa.nih.gov/sites/default/files/publications/NIAAA_Binge_Drinking_3.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.
71. Jones SA, Lueras JM, Nagel BJ. Effects of binge drinking on the developing brain. *Alcohol Res.* 2018;39(1):87-96.
72. Committee on National Alcohol Policy and Action. *Action plan on youth drinking and on heavy episodic drinking (binge drinking) (2014-2020*)*. CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: https://health.ec.europa.eu/system/files/2018-03/alcohol_key-doc_cnapa_ap_2014_0.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.
73. WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Problems – Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS. *Piano d'Azione sul consumo di alcol nei giovani e sul consumo eccessivo episodico (binge drinking) (2014-2016)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. Disponibile all'indirizzo: [https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20\(binge%20drinking\)%2014-16.pdf](https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2015/Piano%20di%20Azione%20Consumo%20di%20Alcol%20nei%20giovani%20e%20sul%20consumo%20eccessivo%20episodico%20(binge%20drinking)%2014-16.pdf); ultima consultazione 30.01.2025.
74. World Health Organization - Regional Office for Europe. *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014–2016) endorsed by CNAPA: progress evaluation report*. Copenhagen: WHO; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346532/WHO-EURO-2019-3574-43333-60793-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>; ultima consultazione 30.01.2025.
75. DSM-5 Task Force. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013
76. Scafato E, Gandin C, Patussi V e il gruppo di lavoro IPiB (Ed.). *L'alcol e l'assistenza sanitaria primaria. Linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve*. Roma: Istituto Superiore di Sanità – WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems – Osservatorio Nazionale Alcol; 2010. Disponibile all'indirizzo: https://www.epicentro.iss.it/alcol/linee/linee_guida_cliniche.pdf; ultima consultazione 30.01.2025.
77. Babor T, et al. *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2001.
78. Matone A, Ghirini S, Gandin C and Scafato E. Alcohol consumption and COVID-19 in Europe: how the pandemic hit the weak. *Ann Ist Super Sanità* 2022; 58(1): 6-15
79. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie-CCM. *Piano Nazionale Alcol e Salute-PNAS 2007-2010*. Roma: Ministero della Salute; 2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_623_allegato.pdf; ultima consultazione 20.03.2024.
80. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. *Piano Nazionale Prevenzione-PNP. 2020-2025*. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2955_allegato.pdf; ultima consultazione 20.03.2024.
81. Ministero della Salute. *I Piani Regionali della Prevenzione 2020-2025*. Roma: Ministero della Salute; 2021. Disponibile all'indirizzo: <https://www.pianiregionalidellaprevenzione.it/Default.aspx?ReturnUrl=%2f>; ultima consultazione 30.01.2025.

82. Minelli G, Manno V, D'Ottavi SM, Masocco M, Rago G, Vichi M, Cialesi R, Frova L, Demaria M, Conti S. *La mortalità in Italia nell'anno 2006*. (Rapporti ISTISAN 10/26).
83. Carinci A, Manno V, Maraschini A, Del Sordo E, Ceccarelli E, Vichi M, Loreto G, Guaita A, Galati F, Cialesi R, Frova L, Grippo F, Pappagallo M, Marchetti S, Minelli G. *La mortalità in Italia nell'anno 2022*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2025 (Rapporti ISTISAN 25/6).
84. Istituto Nazionale di Statistica. *Tasso di mortalità sostanzialmente stabile nel 2022, malattie circolatorie, tumori e Covid-19 tra le prime cause di morte. Anno 2022*. Roma: ISTAT; 2025. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/wp-content/uploads/2025/06/Report-cause-di-morte_Anno-2022.pdf; ultima consultazione 20.03.2026.
85. Istituto Nazionale di Statistica. *15° censimento generale della popolazione e delle abitazioni 9 ottobre 2011*. Roma: ISTAT; 2012. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/censimenti-permanenti/censimenti-precedenti/popolazione-e-abitazioni/popolazione-2011>; ultima consultazione 30.01.2025.
86. Centro di Ricerca Alimenti e Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione. Edizione 2018*. Roma: CREA; 2020. Disponibile all'indirizzo: https://www.crea.gov.it/en/web/alimenti-e-nutrizione/dettaglio-servizio/-/asset_publisher/F0XeJNWBgoFK/content/crea-presenta-le-nuove-linee-guida-per-una-sana-alimentazione/20126; ultima consultazione 30.01.2025.
87. Italia. Legge 25 novembre 2024, n. 177. Interventi in materia di sicurezza stradale e delega al Governo per la revisione del codice della strada, di cui al decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285. (24G00199). *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n. 280 del 29 novembre 2024.
88. Nuevo R, Chatterji S, Verdes E, Naidoo N, Ayuso-Mateos JL, Miret M. Prevalence of alcohol consumption and pattern of use among the elderly in the WHO European Region. *Eur Addict Res*. 2015;21(2):88-96. doi: 10.1159/000360002.
89. Rigler SK. Alcoholism in the elderly. *American Family Physician*. 2000;61(6):1710-6.
90. Patil SS, Suryanarayana SP, Rajaram D, Shivraj NS, Murthy NS. Risk factors for falls among elderly: A community-based study. *Int J Community Med Public Health*. 2015;4(3):135-40.
91. Riuttanen A, Jäntti S.J. & Mattila V.M. Alcohol use in severely injured trauma patients. *Sci Rep*. 2020;10:17891. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-74753-y>
92. Istituto Nazionale di Statistica. *Demografia in cifre. Popolazione residente per sesso, età e stato civile al 1° gennaio 2023*. Roma: ISTAT; 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://demo.istat.it/app/?l=it&a=2023&i=POS>; ultima consultazione 30/01/2025
93. European Commission. *Europe's Beating Cancer Plan. Communication from the commission to the European Parliament and the Council*. Bruxelles: EC; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-02/eu_cancer-plan_en_0.pdf; ultima consultazione 20.03.2026.
94. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E, Rehm J, Room R, Rossow I, Sornpaisarn B. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Third edition*. Oxford: Oxford University Press; 2022.
95. IARC/WHO. *Reduction or cessation of alcohol consumption*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2025. (IARC Handbooks of Cancer Prevention Volume 20A). Disponibile all'indirizzo: <https://www.iarc.who.int/faq/iarc-handbooks-of-cancer-prevention-volume-20a-reduction-or-cessation-of-alcohol-consumption/> ; ultima consultazione 20.03.2026.
96. Galea G, Ekberg A, Ciobanu A, Corbex M, Farrington J, Ferreira-Borges C, Kokole D, Losada M.L, Neufeld M, Rakovac I, Tsoy E, Wickramasinghe K, Williams J, McKee M, Stuckler D. Quick buys for prevention and control of noncommunicable diseases. *The Lancet Regional Health - Europe* 2025;52: 101281. <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2025.101281>
97. World Health Organization. *Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges alcohol policy playbook*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024. Disponibile

- all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379378/WHO-EURO-2024-5624-45389-64949-eng.pdf?sequence=2>. Edizione Italiana a cura di Scafato E, Gandin C, Matone A, Ghirini S, Osservatorio Nazionale Alcol, Istituto Superiore di Sanità. *Rafforzare le capacità dei difensori della salute pubblica per orientare le sfide della politica sull'alcol: il manuale per la politica sull'alcol*. Roma: ISS; 2025. Disponibile all'indirizzo: <https://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2025/MANUALE%20POLITICHE%20ALCOL%20ALCOHOL%20POLICY%20PLAYBOOK%20.pdf>; ultima consultazione 20.03.2026.
98. World Health Organization. *Tobacco control playbook*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347383/WHO-EURO-2019-3700-43459-61071-eng.pdf?sequence=1> ; ultima consultazione 30.01.2025
 99. World Health Organization. *WHO Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)*. Geneva: WHO; 2003. Disponibile all'indirizzo: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42811/9241591013.pdf?sequence=1> ; ultima consultazione 20.03.2026.
 100. Carragher N, Billieux J, Bowden-Jones H, Achab S, Potenza M, Rumpf H-J, Long J, Demetrovics Z, Gentile D, Hodgins D, Aricak O, Baigent M, Gandin C, Rahimi-Movaghar A, Scafato E, Assanangkornchai S, Siste K, Hao W, King D, Babor T, Saunders JB, Higuchi S, Poznyak V. Brief overview of the WHO Collaborative Project on the Development of New International Screening and Diagnostic Instruments for Gaming Disorder and Gambling Disorder. *Addiction*. 2022;117:2119-21. doi: 10.1111/add.15780.
 101. Gandin C, Scafato E. La necessità di strumenti internazionali diagnostici e di screening per il disturbo da gioco (gaming): il progetto collaborativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Osservatorio Nazionale Alcol. Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. *Alcologia*. 2022;48:112-117
 102. Rumpf HJ, Achab S, Billieux J, Bowden-Jones H, Carragher N, Demetrovics Z, Higuchi S, King DL, Mann K, Potenza M, Saunders JB, Abbott M, Ambekar A, Aricak OT, Assanangkornchai S, Bahar N, Borges G, Brand M, Chan EM, Chung T, Derevensky J, Kashef AE, Farrell M, Fineberg NA, Gandin C, Gentile DA, Griffiths MD, Goudriaan AE, Grall-Bronnec M, Hao W, Hodgins DC, Ip P, Király O, Lee HK, Kuss D, Lemmens JS, Long J, Lopez-Fernandez O, Mihara S, Petry NM, Pontes HM, Rahimi-Movaghar A, Rehbein F, Rehm J, Scafato E, Sharma M, Spritzer D, Stein DJ, Tam P, Weinstein A, Wittchen HU, Wölfling K, Zullino D, Poznyak V. Including Gaming Disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective. *J Behav Addict*. 2018;7(3):556-561. doi: 10.1556/2006.7.2018.59
 103. World Health Organization. *The SAFER initiative. A world free from alcohol related harm*. Geneva: WHO; 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/initiatives/SAFER>; ultima consultazione 20.03.2026.
 104. Scafato E, Gandin C, Giannini MA, Migliore M, Zavan V, Greco G, Bravi A per il Tavolo Tecnico di lavoro sull'Alcol (Ed.). *Libro Bianco "Informare, educare, curare: verso un modello partecipativo e integrato dell'alcolologia italiana"*. Roma: Ministero della Salute; 2022. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3274_allegato.pdf; ultima consultazione 20.03.2026.
 105. Centro di Riferimento Alcologico Regione Lazio, Dipartimento Salute Mentale ASL ROMA 1, Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale – Regione Lazio ASL ROMA 1. *Linee guida trattamento del disturbo da uso di alcol – DUA*; Roma: ISS-SNLG; 2024. https://www.iss.it/documents/20126/10609977/LG_C0029+ASLRM1_DUA.pdf/b64a9e11-ae8e-f476-a2e5-493aa5e85fb9?t=1766066327200; ultima consultazione 20.03.2026.
 106. Dangardt F, Holder H, Naimi T, Stockwell T, Andréasson S, Chikritzhs T. *Health and social benefits from reduced alcohol consumption: when less is more. Alcohol and Society*. 2025. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening, SFAM, SAFF, CERA, IOGT i Norge, Hjärnfonden, Movendi International, SLAN, Junis, UNF & IOGT-NTO.

107. Public Health Scotland. *Evaluating the impact of minimum unit pricing for alcohol in Scotland: Final report A synthesis of the evidence*. Scotland: PHS; 2023. Disponibile all'indirizzo: <https://publichealthscotland.scot/media/20366/evaluating-the-impact-of-minimum-unit-pricing-foralcohol-in-scotland-final-report.pdf>; ultima consultazione 20.03.2026.

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di aprile 2026*

*Stampato in proprio
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

Roma, aprile 2026