



RAPPORTI ISTISAN 17|2

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

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*)

A cura di C. Gandin, S. Ghirini, L. Galluzzo, S. Martire,
R. Scipione ed E. Scafato per il gruppo di lavoro RARHA WP5



EPIDEMIOLOGIA
E SANITÀ PUBBLICA

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**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*)**

A cura di Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo,
Sonia Martire, Riccardo Scipione ed Emanuele Scafato
per il gruppo di lavoro RARHA WP5

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

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

Rapporti ISTISAN
17/2

Istituto Superiore di Sanità

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*).

A cura di Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Sonia Martire, Riccardo Scipione ed Emanuele Scafato per il gruppo di lavoro RARHA WP5

2017, xii, 86 p. Rapporti ISTISAN 17/2

Il documento sintetizza il lavoro svolto nell'ambito della *Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)* co-finanziata dall'Unione Europea sulla riduzione del danno alcol-correlato finalizzato a identificare i principi di buone pratiche per l'utilizzo di linee guida sul consumo di alcol a basso rischio come strumento di salute pubblica. L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS), sede del Centro Collaborativo della Organizzazione Mondiale della Sanità per la ricerca sull'alcol su nomina governativa e mandato del Ministero della Salute, ha rappresentato l'Italia nella *Joint Action RARHA* finalizzata a sostenere la collaborazione tra gli Stati Membri al fine di migliorare la comparabilità dei dati sul consumo, il rischio e il danno alcol-correlato e favorire approcci comuni d'informazione e sensibilizzazione efficace rivolti alla popolazione. Le attuali linee guida nei Paesi europei mostrano considerevoli variazioni delle quantità di alcol consumato considerate a basso rischio. Il lavoro della *Joint Action RARHA* è stato svolto per far luce sui fattori alla base di tale variazione e per esplorare la possibilità di raggiungere un certo grado di consenso. È auspicabile che i principi e le conclusioni derivanti da questo lavoro possano essere utilizzate per informare eventuali azioni future e per lo sviluppo di politiche.

Parole chiave: Alcol; Linee guida sul consumo di alcol; Consumo a basso rischio; Promozione della salute

Istituto Superiore di Sanità

Good practice principles for low risk drinking guidelines: the activities of the European *Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)*.

Edited by Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Sonia Martire, Riccardo Scipione and Emanuele Scafato for the RARHA WP5 working group

2017, xii, 86 p. Rapporti ISTISAN 17/2 (in Italian)

This document summarizes the work carried out under the frame of the *Joint Action* co-financed by the European Union on Reducing Alcohol-Related Harm (RARHA) designed to identify good practice principles for the use of low risk drinking guidelines as a public health tool. The National Observatory on Alcohol of the Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) as World Health Organization Collaborating Centre for Research on Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Health Problems formally appointed by the government and on mandate of the Italian Ministry of Health, has represented Italy in the *Joint Action RARHA* aimed at supporting the cooperation between Member States in order to improve the comparability of data on alcohol consumption, on alcohol-related risks and harms and to foster common information and awareness of risks approaches for the population. Current guidelines in the European countries show considerable variations on the amount of alcohol consumed considered as low risk. The work of the *Joint Action RARHA* was done to highlight on the factors behind this change, and to explore the possibility of reaching a consensus. It is desirable that the principles and conclusions arising from this work can be used to inform future activities and policy development.

Key words: Alcohol; Drinking guidelines; Low risk drinking; Health promotion

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

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

Citare questo documento come segue:

Gandin C, Ghirini S, Galluzzo L, Martire S, Scipione R, Scafato E per il gruppo di lavoro RARHA WP5 (Ed.). *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).

Legale rappresentante dell'Istituto Superiore di Sanità: *Gualtiero Ricciardi*

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

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Paola De Castro* e *Sandra Salinetti*

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

Componenti del gruppo di lavoro del Work Package 5 della Joint Action RARHA
“Good practice principles in the use of drinking guidelines to reduce alcohol related harm”

<i>Affiliazioni</i>		<i>Partecipanti</i>
Work-package leader		
FI	National Institute for Health and Welfare (THL)	Pia Mäkelä , Marjatta Montonen
IT	Istituto Superiore di Sanità	Emanuele Scafato , Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Sonia Martire, Lucia Galluzzo
Task leader		
DE	Coordination office for drug-related issues, Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL)	Doris Sarrazin , Rebekka Steffens
IE	Health Research Board (HRB)	Deirde Mongan , Jean Long
IE	Health Service Executive (HSE)	Sandra Coughlan , Joseph Doyle, Andy Walker
BE	European Alcohol Policy Alliance (Eurocare)	Mariann Skar , Sandra Tricas-Sauras, Aleksandra Kaczmarek, Nils Games
Partner		
AT	Gesundheit Österreich GmbH (GÖG)	Alfred Uhl
BE	Service public fédéral Santé publique (SPF)	Mathieu Capouet
CH	Federal Commission for Alcohol Issues (FCAL)	Michel Graf, Jann Schumacher
CY	Ministry of Health	Lampros Samartzis
CY	Cyprus Anti-Drugs Council (CAC)	Leda Christodoulou
DE	Federal Centre for Health Education (BzGA)	Axel Budde
DK	Health and Medicines Authority (SST)	Kit Broholm
EE	National Institute for Health Development (TAI)	Maris Jesse, Mariliis Tael-Öeren
ES	Ministry of Health, Social Services and Equality	María V. Librada, Tomás Hernández, Pilar Campos
ES	Public Health Agency of Catalonia, Generalitat de Catalunya (GENCAT)	Joan Colom
FR	National Association on Addictology (ANPAA)	Claude Rivière
HR	Croatian Institute of Public Health (CIPH)	Iva Pejnović Franelić
HR	Institute of Public Health A Stampar (IPHAS)	Marina Kuzman
IS	Directorate of Health (EL)	Rafn M Jónsson
MT	Foundation for Social Welfare Services (FSWS)	Manuel Mangani
NO	Institute of Public Health (FHI)	Vigdis Vindenes, Gudrun Høiseth, Stig Tore Bogstrand
PL	State Agency for the Prevention of Alcohol- Related Problems (PARPA)	Katarzyna Okulicz-Kozaryn, Krzysztof Brzozka
PT	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)	Graça Vilar, Natacha Torres da Silva
SI	National Institute of Public Health (NIJZ)	Sandra Radoš Krnel
UK	Liverpool John Moores University (LJMU)	Lisa Jones, Geoff Bates

AT Austria; BE Belgio; CH Svizzera; CY Cipro; DE Germania; DK Danimarca; EE Estonia; ES Spagna; FI Finlandia;
FR Francia; HR Croazia; IE Irlanda; IS Islanda; IT Italia; MT Malta; NO Norvegia; PL Polonia; PT Portogallo; SI Slovenia;
UK Regno Unito

INDICE

Presentazione	v
Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm (RARHA): quadro generale <i>Marjatta Montonen, Pia Mäkelä, Emanuele Scafato, Claudia Gandin</i> <i>per il gruppo di lavoro WP5 della Joint Action RARHA</i>	1
Verso un approccio comune nell'uso di linee guida per la riduzione dei danni alcol-correlati nella popolazione <i>Marjatta Montonen, Pia Mäkelä, Emanuele Scafato, Lucia Galluzzo, Silvia Ghirini,</i> <i>Claudia Gandin, Lisa Jones</i>	7
Concetto di Unità Alcolica e informazioni al consumatore sulle bevande alcoliche <i>Deirdre Mongan</i>	27
Orientamenti per ridurre i danni alcol-correlati nei giovani <i>Rebekka Steffens, Doris Sarrazin</i>	40
Linee guida in Europa in supporto all'identificazione precoce e all'intervento breve per i disordini alcol-correlati <i>Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Sonia Martire</i>	49
APPENDICE A Componenti del gruppo di lavoro ITA-RARHA	59
APPENDICE B Effetti positivi del consumo di alcol per la salute.....	63
APPENDICE C Istantanee in Paesi europei: sviluppo di linee guida nazionali sul consumo di alcol a basso rischio	67
Definizione delle linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: l'esperienza italiana	69
Un quarto di secolo di campagne sull'alcol in Danimarca	73
Revisione delle linee guida del consumo di alcol negli adulti nel Regno Unito	77
Orientamenti sul consumo di alcol in Svizzera	81
Sviluppo di linee guida sul consumo di alcol in Finlandia	83

PRESENTAZIONE

Un rapporto dell'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) del 2015 sugli aspetti economici dei danni alcol-correlati e sulle politiche di contrasto "Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy" ha evidenziato che per effettuare scelte razionali ed efficienti, i consumatori devono essere informati sulle caratteristiche di ciò che consumano, sui benefici reali e sui rischi e costi a cui sono esposti come conseguenza del consumo (1). Tale rapporto indica che, oltre alla generica percezione che consumare grandi quantità di alcol è dannoso, i consumatori hanno conoscenze vaghe del perché l'alcol è dannoso per la salute. Il rapporto considera questo aspetto un *market failure* "fallimento del mercato"; la quasi totale assenza di informazioni riguardanti la salute sulle etichette delle bevande alcoliche è un esempio calzante. Alla base di tali iniziative di promozione di salute c'è la considerazione che le persone hanno il diritto di essere informate sui rischi legati al consumo di alcol, e che sia un compito dei Governi e della comunità di salute pubblica affrontare le lacune di conoscenza per contribuire ad evitare scelte sbagliate e concentrarsi sui rischi evitabili.

Questi concetti sono alla base delle attività svolte dalla *Joint Action* sulla riduzione dei danni alcol-correlati *Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)*, co-finanziata dalla Commissione Europea e dai Governi dei Paesi partecipanti, nell'ambito dell'"Health Programme (2008-2013)", i cui risultati e conclusioni sono il frutto di un lavoro che ha coinvolto 26 organizzazioni di 20 Paesi e ha beneficiato della consulenza di circa 150 esperti in tema di alcol e di salute pubblica.

Gli esperti consultati sostengono che le linee guida per la popolazione sul consumo di alcol a basso rischio, una delle principali linee di azione del programma, possono essere meglio formulate a livello nazionale tenendo conto di circostanze nazionali, tra cui i modelli di consumo di alcol e i danni prevalenti, la percezione della popolazione e le esigenze di informazione. L'adozione di un criterio comune per il consumo a "basso" rischio è stato proposto come ulteriore strumento per informare il processo decisionale. Utilizzando il rischio da esposizione all'alcol nel corso della vita come criterio comune contribuirebbe alla trasparenza nella definizione "a basso rischio" e potrebbe contribuire ad un livello minimo comune di tutela della salute pubblica. Il potenziale delle linee guida nazionali e dei messaggi per informare e sensibilizzare l'opinione pubblica può essere amplificato integrando attività simili e attraverso la condivisione di messaggi chiave. È auspicabile che i principi di buona pratica individuati dalla *Joint Action RARHA* possano contribuire a tal fine. Se le scelte sane da parte degli individui possono essere sostenute attraverso azioni e politiche nazionali, le politiche di sanità pubblica a livello nazionale possono essere sostenute attraverso politiche e azioni a livello europeo. Vi è un'urgente necessità per la Commissione Europea di proporre come applicare gli obblighi di informazione alimentare dell'Unione Europea (UE) sulle bevande alcoliche per garantire che le informazioni rilevanti di salute di base siano fornite sulle confezioni in tutta l'UE, e di suggerire un quadro comune per le informazioni sulla confezione che permetta agli Stati Membri di evidenziare i rischi alcol-correlati e come ridurli in base alle esigenze e alle priorità nazionali.

Un'altra linea di azione per la quale la *Joint Action RARHA*, attraverso la cooperazione tra la *World Health Organization* (WHO) e la Commissione Europea, potrà fornire punti di partenza per un'azione europea, riguarda la formulazione di un "codice europeo contro i danni alcol-correlati", una serie di messaggi chiave ai consumatori di alcol, alla popolazione, agli operatori sanitari. Il lavoro svolto dalla *Joint Action RARHA* indica un ampio accordo tra esperti su aspetti di base quali ad esempio che "il consumo quotidiano eccedentario e quello

episodico eccessivo sono entrambi modelli di consumo potenzialmente dannosi”. Una serie di messaggi chiave da una fonte autorevole europea fornirebbe un punto di riferimento e un supporto per iniziative di informazione nazionale e di frontiera.

L’informazione ai consumatori sulle bevande alcoliche e le linee guida sul consumo a basso rischio non sono una bacchetta magica sulla riduzione dei danni alcol-correlati. La ricerca in questo settore indica che le politiche più efficaci nel ridurre i danni ai consumatori di alcol e per la società in generale sono le misure che controllano la disponibilità, l’accessibilità e la promozione delle bevande alcoliche. Questi sono i parametri chiave che influenzano il comportamento dei consumatori. Tuttavia, l’informazione sui rischi legati al consumo di alcol e sui modi per evitare tali rischi contribuisce ad aumentare la consapevolezza circa la necessità di azioni individuali e politiche pubbliche – e il non riuscire a fornire tali informazioni con precisione e affidabilità non può considerarsi etico.

Il presente rapporto è basato sulla traduzione e adattamento della pubblicazione dal titolo: “Good practice principles for low risk drinking guidelines” a cura di Marjatta Montonen, Pia Mäkelä, Emanuele Scafato e Claudia Gandin in rappresentanza del gruppo di lavoro WP5 della *Joint Action RARHA* (2). Esso sintetizza il lavoro svolto in Europa per la riduzione dei danni alcol-correlati con la finalità di identificare principi di buona pratica per la formulazione e la comunicazione di linee guida sul consumo a basso rischio. Il documento originale, disponibile alla pagina www.rarha.eu, rappresenta il punto di vista degli autori, di loro esclusiva responsabilità e non può in alcun modo essere preso per riflettere le opinioni della Commissione Europea e/o dell’Agenzia Esecutiva *Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency* o di qualsiasi altro organismo dell’UE.

L’Osservatorio Nazionale Alcol dell’Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS), sede del *WHO Collaborative Centre Research on Alcohol*, su nomina governativa e mandato del Ministero della Salute, ha rappresentato l’Italia nella *Joint Action RARHA*; alle attività nazionali di supporto alla *Joint Action RARHA* ha collaborato il gruppo di lavoro ITA-RARHA (Appendice A) secondo un accordo di collaborazione tra la Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali del Ministero della Salute e l’ISS. Il volume in italiano e l’adattamento del testo è stato curato dall’ONA-ISS in collaborazione con la Società Italiana di Alcolologia (SIA) attraverso il gruppo di lavoro congiunto ISS-SIA e le competenze della rete ITACA (*Italian Collaborating Network on Alcohol*) dei Centri Alcolologici Regionali della Toscana e della Liguria secondo il piano di lavoro condiviso con il *WHO Collaborative Centre Research on Alcohol*.

Nel presente documento di sintesi, ogni capitolo è accreditato per nome degli autori, i risultati e le conclusioni presentate nascono da uno sforzo collettivo del gruppo di lavoro del WP5. Il punto di vista di un gruppo di esperti e parti interessate è stato inoltre raccolto attraverso una indagine online, diverse riunioni di esperti nel corso delle quali i risultati preliminari sono stati presentati e discussi e mediante due indagini Delphi. L’analisi Delphi è un metodo di indagine utilizzato per ottenere il parere di esperti di un determinato settore, opinione che si ottiene effettuando indagini utilizzando questionari (con risposta anonima) che vengono sviluppati e raffinati in fasi sequenziali (round) e quindi sottoposti all’opinione degli esperti fino ad ottenere un consenso. Il processo guida pertanto il gruppo verso un consenso. Tale analisi è stata ideata da Olaf Helmer e Norman Dalkey della *Rand Corporation* nel 1953 con lo scopo di affrontare problematiche militari. Ogni round si traduce in una risposta mediana (3).

Una serie di documenti di lavoro e relazioni sono al momento disponibili sul sito web della *Joint Action*. Ogni capitolo si conclude riassumendo le principali conclusioni e le linee guida che nascono da quella particolare tematica di lavoro.

Questo volume si articola nei seguenti capitoli:

– *Joint Action on reducing alcohol related harm (RARHA): quadro generale*

Il capitolo descrive brevemente la *Joint Action*. L’iniziativa ha riunito tutti gli Stati Membri dell’UE nonché l’Islanda, la Norvegia e la Svizzera in attività destinate a rafforzare la base di conoscenze per ridurre i danni alcol-correlati. Le organizzazioni e gli esperti nazionali sono stati designati dai rispettivi Ministeri della Salute. Tra i partner e i collaboratori sono incluse organizzazioni non governative quali Eurocare (*European Alcohol Policy Alliance*) ed EuroHealthNet; organizzazioni di esperti come lo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, l’Ufficio Regionale della WHO e la divisione salute dell’OECD. Il CNAPA (*Committee on National Alcohol Policy and Action* - Comitato sulle politiche e azioni nazionali sull’alcol) ha agito come *Advisory Group* nella *Joint Action*.

Il capitolo riassume in particolare il lavoro sulle linee guida sul consumo di alcol relativo al Work Package 5 dal titolo “Principi di buone pratiche nell’uso di linee guida sul consumo di alcol per la riduzione dei danni alcol-correlati”, co-coordinato dal *Finnish National Institute for Health and Welfare* (THL) e dall’ISS con la partecipazione attiva di 26 organizzazioni di 20 Paesi europei.

– *Verso un approccio comune nell’uso di linee guida per la riduzione dei danni alcol-correlati*

Il capitolo descrive gli aspetti metodologici della definizione di consumo a basso rischio, le variazioni nazionali nelle linee guida sul consumo a basso rischio per la riduzione dei danni alcol-correlati e presenta brevemente i risultati sul rischio di mortalità alcol-attribuibile nel corso della vita di calcoli effettuati in 7 Paesi europei. Le componenti, i messaggi chiave, le finalità e la pertinenza in sanità pubblica delle linee guida del consumo a basso rischio sono esaminate alla luce della letteratura pubblicata e del parere di un gruppo di 50 esperti di sanità pubblica e del settore delle dipendenze individuati dai membri del CNAPA dell’UE, attività effettuata mediante analisi Delphi.

Lo scopo è stato quello di esplorare la possibilità di ottenere un consenso potenziale sui principi di buone pratiche per le linee guida sul consumo di alcol come strumento di salute pubblica.

L’indagine ha indicato un ampio consenso tra gli esperti sulla diffusione di linee guida sul consumo a basso rischio per la popolazione in generale. La motivazione principale per gli esperti è attribuita al fatto che i consumatori hanno il diritto di essere informati sui rischi connessi al proprio consumo di alcol al fine di ridurre e/o evitare i rischi. La responsabilità di fornire informazioni basate sulle evidenze sui rischi e su come ridurli spetta ai governi e alle proprie strutture di salute pubblica.

Secondo l’opinione degli esperti rispetto alle linee guida a “basso rischio”, ad “alto rischio” e per le linee guida sul “consumo episodico eccessivo” i tre tipi di linee guida di consumo possono servire a scopi diversi in misura diversa: possono incoraggiare i consumatori ad alto rischio a ridurre il consumo; possono attirare l’attenzione della popolazione dei consumatori a rischio sulle proprie abitudini di consumo e infine influenzare gli atteggiamenti e le abitudini di consumo della popolazione generale. L’intento specifico delle linee guida per quanto riguarda il consumo episodico eccessivo (detto anche occasionale, di una singola occasione, *binge drinking*) è quello di ridurre il rischio di danni da stato di ubriachezza al bevitore stesso e a terzi. Un punto di vista ampiamente condiviso ha riguardato l’incorporare nelle linee guida a basso rischio informazioni/raccomandazioni (*advice*) per ridurre il rischio di un consumo di alcol nel

lungo periodo e per limitare le singole occasioni di consumo eccessivo e quindi ridurre il rischio di danni immediati.

Tra gli esperti si è raggiunto un sostanziale consenso su una serie di punti relativi ai principi, alle componenti e ai messaggi chiave delle linee guida del consumo a basso rischio. A beneficio della salute pubblica, le linee guida sul consumo dovrebbero contenere informazioni basate sulle evidenze sui rischi a diversi livelli di consumo di alcol, contribuire a correggere informazioni scorrette circa la probabilità di effetti positivi o negativi sulla salute del consumo di alcol, facilitare i consumatori di alcol a mantenere basso il rischio di eventi avversi. Il messaggio centrale nelle linee guida deve essere sui rischi e non sui benefici. Per gli effetti positivi, nel complesso sempre più controversi, si rimanda ad una breve trattazione in Appendice B.

Un ampio consenso di opinione riguarda il fatto che sarebbe auspicabile che gli enti/istituti di salute pubblici europei giungano ad un accordo su un concetto comune di consumo a basso rischio: l'intento di promuovere linee guida comuni di consumo a basso rischio da parte dei Paesi europei potrebbe essere maggiormente accettato dalla popolazione. Tuttavia, l'adozione di linee guida a basso rischio comuni a tutti i Paesi europei non sembra possibile: in alcuni Paesi le linee guida a basso rischio hanno una lunga storia, in altri gli organismi di salute pubblica hanno scelto di non disseminare questo tipo di avvertenze. Una comunicazione del rischio più pertinente ed efficace potrebbe essere raggiunta attraverso la formulazione di linee guida che tengano conto delle sfide nazionali rispetto ai danni alcol-correlati, nonché della preesistente percezione del rischio e del danno alcol-correlato tra la popolazione. In ogni caso, lo spostamento verso un approccio più in linea può essere possibile applicando i principi di buone pratiche, le componenti e i messaggi chiave identificati dalla Joint Action RARHA.

Per sostenere i singoli Paesi nelle loro azioni di sanità pubblica e amplificare il messaggio generale per i consumatori di alcol e la società in generale potrebbe essere seguito l'esempio dello *European Code Against Cancer*. Una serie di messaggi chiave sui danni alcol-correlati e su come ridurre i danni potrebbe essere rilasciato attraverso la cooperazione tra la WHO e la Commissione Europea. Il lavoro svolto dalla *Joint Action RARHA* fornisce i punti di partenza verso un "Codice europeo sull'alcol". In accordo con la linea della WHO, il messaggio centrale è sempre quello che la soluzione ideale per la salute è non bere affatto. Tuttavia, la consapevolezza del rischio è necessaria per evitare scelte inadeguate, ma le linee guida del consumo di alcol a basso rischio da sole non riescono a portare ad un consistente cambiamento comportamentale a livello di popolazione.

Le misure per migliorare il potenziale delle linee guida sul consumo, sostenute dalla maggioranza degli esperti consultati, sono le seguenti:

- applicare e far rispettare il limite di 18 anni di età per la vendita e la somministrazione di qualsiasi bevanda alcolica;
- supportare in particolare i servizi sanitari di base, nell'identificazione dei consumatori a rischio e offrire loro interventi finalizzati alla riduzione del consumo a rischio come parte della pratica clinica; fornire la formazione professionale specifica richiesta;
- fornire informazioni utili per la salute sulle etichette delle bevande alcoliche, in particolare il loro contenuto calorico, i grammi di alcol puro contenuti in una bottiglia o altra confezione;
- richiedere che le bevande alcoliche e la pubblicità di alcolici contengano informazioni sui rischi per la salute associati al consumo di alcol.

Infine, l'adozione del rischio cumulativo di mortalità alcol-correlata nel corso della vita è suggerito come parametro comune per la valutazione dei rischi e fornire informazioni

utili per le linee guida a basso rischio. Cinque contributi in appendice descrivono come le linee guida nazionali sul consumo si sono evolute nel corso del tempo.

Nella *Joint Action RARHA*, il rischio di mortalità alcol-attribuibile nel corso della vita è stato calcolato per 7 Paesi seguendo l'approccio adottato in Australia. Il rischio di mortalità nel corso della vita è uno standard comune per la valutazione del rischio da fattori esterni, come ad esempio da tossine alimentari o ambientali. Esprimere il rischio come il numero di decessi per persone esposte illustra la sua grandezza e consente di osservare diversi tipi di rischio uno accanto all'altro. I calcoli sono stati eseguiti per ciascun Paese separatamente al fine di esplorare la misura in cui la variazione culturale rispetto al consumo di alcol e le strutture di mortalità si riflettono sui livelli di rischio. I risultati mostrano che, nonostante le differenze tra Paesi, nel corso della vita il rischio di morte a causa dell'alcol è inferiore a 1 su 100 in tutti i Paesi a un livello medio di consumo di 10 grammi di alcol puro al giorno. In alcuni Paesi le attuali linee guida a basso rischio utilizzano questo livello o sono leggermente al di sotto, in altri il livello di rischio considerato è maggiore a 1 su 100. Questo esercizio ha dimostrato che il rischio cumulativo di morte per malattie o lesioni alcol-correlate può essere utilizzato come parametro comune per la valutazione dei rischi da alcol a livello nazionale e che i tali risultati sono in grado di fornire elementi di discussione sul livello di protezione della salute pubblica associato alle linee guida di consumo. L'attività di ricerca svolta negli ultimi dieci anni ha inequivocabilmente fornito elementi per affermare che l'alcol è un fattore di rischio per alcuni tipi di cancro, ed elementi rispetto agli effetti cardioprotettivi dell'alcol. In conformità con le nuove evidenze scientifiche, le più recenti revisioni delle linee guida sul consumo di alcol nazionali hanno ridotto le quantità da non superare per ridurre il rischio di danno alcol-correlato. Alla luce dei risultati dei calcoli effettuati nell'ambito del progetto RARHA, il rischio di mortalità nel corso della vita di 1 decesso alcol-attribuibile su 100 può essere considerato il limite massimo per un "basso" rischio che richiederebbe una revisione al ribasso delle linee guida sul consumo a basso rischio in alcuni Paesi europei. In alternativa, gli organismi nazionali preposti per la formulazione delle linee guida potrebbero adottare un atteggiamento più cauto e scegliere un livello in cui il numero di decessi alcol-attribuibili sarebbe inferiore. La scelta del livello pari a 1 decesso alcol-attribuibile su 1000, per esempio, richiederebbe una revisione al ribasso per le attuali linee guida, in questo caso, nella maggior parte dei Paesi europei.

- *Concetto di Unità Alcolica e informazioni al consumatore sulle bevande alcoliche*
Il concetto di Unità Alcolica (UA) o *Standard Drink (SD)* è usato per fornire informazioni ai consumatori e aiutarli a misurare il proprio consumo di alcol. È spesso usato per descrivere i livelli di consumo di alcol nel comunicare le linee guida delle autorità pubbliche in materia di consumo a basso rischio. La UA è definita come la quantità di qualsiasi bevanda alcolica contenente un determinato numero di grammi (g) di alcol puro. Nei Paesi europei il valore più comune è 10 g seguita da 12 g di alcol puro, quest'ultimo utilizzato anche in Italia. Nonostante l'apparente semplicità della definizione e una discreta consapevolezza del concetto di UA, l'evidenza in diversi Paesi indica che la comprensione da parte dei consumatori del significato di tali termini e la loro capacità di applicarli sono limitate. Ampie variazioni nelle misure delle UA nazionali ne aumentano ulteriormente la complessità. Dal momento che le informazioni sono sempre più accessibili oltre i confini nazionali e linguistici, le discrepanze nelle informazioni sulle UA e sulle linee guida del consumo a basso rischio espresse in UA possono portare a problemi di comunicazione dei risultati della ricerca e delle raccomandazioni (*advice*) di salute.

Il capitolo presenta una rassegna sull'uso della UA e riassume i risultati delle ricerche sulla comprensione della popolazione su tale concetto. L'utilità di una definizione comune nell'UE di UA rispetto alle variazioni attuali di grandezza da un Paese all'altro è discusso in questo capitolo, così come l'utilità di fornire informazioni sulla salute nel contenitore delle bevande alcoliche.

Dalle attività svolte è tuttora controversa la fattibilità dell'adozione di una definizione comune di UA data l'attuale variazione nelle definizioni tra nazioni. Ci sono motivi per sostenere che in linea di principio la grandezza della UA di un determinato Paese dovrebbe riflettere quella dei contenitori più comunemente utilizzati per servire bevande nello stesso Paese. Nel mercato unico dell'UE la mancanza di una definizione comune di UA può tuttavia rappresentare un ostacolo nel richiedere che i contenitori delle bevande alcoliche contengano una dichiarazione sul numero di UA in esso contenuti, informazioni che potrebbero invece aiutare i consumatori a calcolare e monitorare il loro consumo. Nel capitolo vengono anche discusse alternative alle UA sulle bottiglie quali ad esempio l'indicazione nel contenitore del contenuto di alcol puro in grammi. Nell'UE, al momento, solo informazioni minimali sulla salute sono fornite sulle confezioni di bevande alcoliche. Gli esperti e il pubblico in generale concordano ampiamente nel fornire ulteriori informazioni sugli aspetti relativi alla salute sui contenitori, in particolare il contenuto calorico, e messaggi obbligatori sui rischi per la salute da includere sia sulle etichette che sulla pubblicità delle bevande alcoliche. Ottenere informazioni sulle implicazioni per la salute del consumo di bevande alcoliche è un diritto del consumatore, e la misura di rendere disponibili le informazioni sulla confezione è un approccio potenzialmente efficace per colmare tali lacune informative, in particolare se utilizzato nell'ambito di più ampie attività di comunicazione e di sanità pubblica.

– *Orientamenti per ridurre i danni alcol-correlati nei giovani*

Il consumo di alcol da parte dei giovani è comune in tutti i Paesi europei, incluso il bere per ubriacarsi, nonostante un quadro normativo che non consente il consumo da parte di soggetti al di sotto di un certo limite di età.

Il capitolo si concentra sulle linee guida per ridurre i danni alcol-correlati nei giovani. Dal momento che i giovani sono particolarmente vulnerabili ai danni alcol-correlati, le linee guida per ridurre tali danni nei giovani sono state affrontate separatamente nell'ambito delle attività della *Joint Action RARHA*. A tal fine, sono state raccolte informazioni sulle attuali raccomandazioni *advice* fornite ai giovani, ai genitori o ai professionisti nei Paesi europei, sullo status quo delle linee guida vigenti per i giovani, e tali informazioni sono state poi utilizzate per sviluppare un'indagine conoscitiva (tramite analisi Delphi) sull'opinione di un gruppo di esperti europei identificati dai membri del CNAPA. L'obiettivo è stato quello di raccogliere potenziali consensi rispetto ad una serie di interventi e politiche efficaci a protezione della popolazione giovanile.

Tra i principali consensi raggiunti vi è il fatto che i giovani hanno il diritto di essere informati sui rischi connessi al consumo e alle conseguenze a lungo termine ma che le linee guida per i giovani devono concentrarsi sulle conseguenze a breve termine poiché più rilevanti per i giovani e a maggiore impatto sul loro comportamento. Le linee guida rivolte a giovani di età compresa dai 18 ai 25 anni dovrebbero concentrarsi sulla riduzione dei danni da *binge drinking*/consumo episodico eccessivo/bere per ubriacarsi. Attualmente, i limiti di età di legge non sono uguali per tutti gli Stati Membri dell'UE; la maggior parte degli esperti concorda nell'allineare i limiti di età a 18 anni in tutti gli Stati Membri dell'UE. A quest'ultimo riguardo, gli esperti non hanno invece raggiunto un accordo per quanto riguarda la posizione rispetto al consumo di alcol per i minori di 18 anni dove alcuni esperti sostengono la tolleranza zero per i minori di 18 anni, altri invece

un approccio rivolto a minimizzare il rischio per coloro che bevono. In generale, il rispetto dei limiti di età di legge nei Paesi europei non è soddisfacente. Misure di controllo a questo riguardo sono notoriamente efficaci per aumentare il rispetto alla conformità. Un punto di vista ampiamente condiviso tra gli esperti è che per promuovere la conoscenza e l'applicazione delle norme sui limiti di età, è necessaria una politica sull'alcol integrata a misure strutturali e individuali di prevenzione, piuttosto che azioni isolate. Un approccio integrato sarebbe particolarmente importante a livello locale, così come importante il ruolo chiave dei genitori nella riduzione dei danni alcol-correlati dei loro ragazzi.

– *Linee guida in Europa in supporto all'identificazione precoce e all'intervento breve per i disordini alcol-correlati*

Le linee guida sul consumo di alcol e sulle modalità di consumo associate a un elevato rischio di danno vengono utilizzate per aiutare i professionisti della salute nell'identificazione dei consumatori a rischio e motivarli verso la riduzione dei consumi e dei danni alcol-correlati prevenendo così l'insorgenza di una dipendenza e di altre patologie severe che richiedono un trattamento specialistico. I consumatori a rischio, in particolare, sono spesso inconsapevoli di essere a rischio di danni per la salute e sociali. I consumatori a rischio e quelli con consumo dannoso sono i due gruppi principali di destinatari degli interventi di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) per prevenire l'insorgenza di disordini alcol-correlati di grado severo. Una volta che la dipendenza da alcol si è sviluppata, il cambiamento delle abitudini di consumo diventa più difficile e può richiedere un trattamento specialistico. Ci sono evidenze sostanziali sull'efficacia dell'implementazione dell'IPIB nell'assistenza sanitaria primaria nella prevenzione delle malattie alcol-correlate. La strategia globale della WHO incoraggia l'integrazione dell'IPIB nella pratica routinaria degli operatori sanitari di base. Nell'ambito delle attività della *Joint Action RARHA* è stata svolta un'indagine sulla disponibilità e sul supporto di linee guida nazionali sull'IPIB nei Paesi europei.

Quest'ultimo capitolo fornisce linee guida per supportare l'implementazione dell'IPIB per il consumo rischioso e dannoso di alcol nei servizi di assistenza sanitaria primaria, di emergenza, nei luoghi di lavoro e nei servizi sociali.

Il confronto con i dati precedentemente raccolti mostra che il numero di organizzazioni in Europa formalmente incaricate di sviluppare linee guida cliniche per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol è aumentato nel corso del tempo, così come il numero dei Paesi in cui le linee guida multidisciplinari sono disponibili. Anche se questa è una chiara indicazione che le attività supportate dalla WHO e dalla Commissione Europea che si sono succedute nel corso degli ultimi 30 anni stanno dando risultati positivi, è ancora necessario supportare l'integrazione, non ancora presente in molti Paesi, dell'implementazione dell'IPIB nella pratica clinica di routine.

In questo rapporto è fornita una sintesi delle principali linee guida per sostenere l'implementazione dell'IPIB nell'assistenza primaria e altri contesti, anche sulla base del lavoro svolto in precedenti progetti europei sullo stesso ambito. Secondo il progetto europeo *Optimizing Delivery of Health care Interventions* (ODHIN), per sostenere l'IPIB a livello nazionale sono necessari una coalizione/gruppo di esperti sull'alcol, una strategia di comunicazione/informazione, finanziamenti per la formazione dei professionisti e attività per la diffusione di conoscenze e strumenti. Sono anche necessarie azioni quali la fornitura e la valutazione dei programmi IPIB nei sistemi nazionali di monitoraggio sull'alcol, così come un piano nazionale o politiche di prevenzione dei disturbi alcol-correlati e della dipendenza da alcol. Vengono inoltre fornite linee guida per l'implementazione dell'IPIB in vari contesti basate sulle evidenze e sul parere di esperti

(progetto *Brief interventions in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings*, BISTAIRS). La formazione degli operatori, la disponibilità di strumenti di screening, materiali e tecniche per offrire un intervento breve sono cruciali in tutti i suddetti contesti. Uno dei risultati attesi del piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol per gli anni 2012-2020, è la progressiva riduzione del divario tra coloro che potrebbero trarre vantaggio da un intervento breve (o da un programma di trattamento/riabilitazione) e quelli che effettivamente ricevono un trattamento. Il raggiungimento degli obiettivi della strategia globale sull'alcol e del piano d'azione europeo richiama ad uno spostamento di enfasi dal trattamento di problemi alcol-correlati alla prevenzione tramite l'identificazione precoce e l'intervento breve del consumo rischioso di alcol

Bibliografia

1. Sassi F (Ed.). *Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy*. Paris: OECD Publishing; 2015.
2. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of *Joint Action RARHA's Work Package 5 working group* (Ed.). *RARHA Reducing Alcohol Related Harm. Good practice principles for low risk drinking guidelines*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>; ultima consultazione 10.01.2017.
3. Reid N. The Delphi technique: its contribution to the evaluation of professional practice. In: Ellis R (Ed). *Professional competence and quality assurance in the caring professions*. Chapman Hall: New York, 1998.

JOINT ACTION ON REDUCING ALCOHOL RELATED HARM (RARHA): QUADRO GENERALE

Marjatta Montonen (a), Pia Mäkelä (a), Emanuele Scafato (b), Claudia Gandin (b) per il gruppo di lavoro WP5 della *Joint Action* RARHA

(a) *National Institute for Health and Welfare (THL), Helsinki, Finlandia*

(b) *Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma, Italia*

Generalità e partner

L'alcol è in Europa il secondo fattore di rischio in termini di mortalità, morbilità e disabilità. Gli Stati Membri hanno congiuntamente aderito nel 2006 alle priorità individuate dalla strategia comunitaria "EU strategy to support Member States in reducing alcohol related harm" adottata dal Parlamento europeo al fine di contrastare l'impatto alcol-correlato (1). Con oltre 55 milioni di adulti a maggior rischio, oltre 195.000 morti, 23 milioni di alcol-dipendenti, l'Europa è l'area geografica in cui il consumo medio di alcol è il doppio rispetto alla media mondiale. La media di 30 grammi *pro-capite* di alcol consumato al giorno in Europa è causa di 132.000 nuovi casi di cancro e di impatto in termini di mortalità, morbilità e disabilità per oltre 60 malattie con costi che, nel 2003, incidevano per l'1,3% sul PIL europeo (di cui 66 miliardi solo per la componente legata ai problemi alcol-correlati) (2).

Allo stato attuale, la sfida principale è rappresentata dall'adozione di politiche che partano dalla valutazione dell'impatto alcol-correlato e dal monitoraggio epidemiologico, attività utili ad identificare azioni le cui competenze coinvolgono vari ambiti oltre a quello sanitario, quali, ad esempio, il settore della produzione, il marketing, la sicurezza stradale. Un'ulteriore azione di fondamentale importanza è attribuita all'incremento della consapevolezza sui rischi e sui danni causati dall'alcol e alle informazioni alla popolazione sulle quantità che si riscontrano associate ad un incremento del rischio individuale per favorire una scelta consapevole.

La *Joint Action* RARHA, finanziata nell'ambito del Secondo Programma di Azione Comunitaria in materia di Salute, nasce come risposta alle esigenze di mobilitare gli Stati Membri e favorire la cooperazione per lo sviluppo e la condivisione di un approccio comune in linea con la strategia europea sull'alcol. RARHA è la prima *Joint Action* europea specificamente diretta al problema dell'alcol ed è stata promossa su iniziativa dei rappresentanti degli Stati Membri coinvolti nel *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA), l'organismo creato dalla Commissione Europea per supportare l'implementazione della strategia europea sull'alcol.

L'Osservatorio Nazionale Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ONA-ISS) su nomina governativa e mandato del Ministero della Salute, ha rappresentato l'Italia nella *Joint Action* finalizzata a sostenere la collaborazione tra gli Stati Membri al fine di migliorare la comparabilità dei dati sul consumo, il rischio e il danno alcol-correlato e favorire approcci comuni d'informazione e sensibilizzazione efficace rivolti alla popolazione; è stato quindi coinvolto in tutte le attività dell'azione comune e inoltre è stato leader delle attività relative alla valutazione globale della *Joint Action* e co-leader di quelle sull'uso di linee guida sul consumo di alcol a basso rischio.

Lo stretto e continuo contatto con il CNAPA nel corso delle attività della *Joint Action*, che ha avuto funzioni di guida e indirizzo, ha assicurato l'aderenza alle esigenze dei singoli Stati Membri.

La *Joint Action* RARHA è stata effettuata tra il 2014 e il dicembre 2016 con il co-finanziamento dell' "Health Programme" della Commissione Europea ed è stata coordinata dal Portogallo.

La *Joint Action* ha coinvolto 30 nazioni europee (27 Stati Membri + Islanda, Norvegia e Svizzera), rappresentate da enti e istituzioni pubbliche, organizzazioni non governative e università, affiancate da organizzazioni internazionali quali lo *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*, la WHO, il Gruppo Pompidou e l' *Organisation for Economic Co-operation and Development*.

Nel totale ha riunito un totale di 32 partner associati e 28 partner collaboranti in attività destinate a rafforzare la base di conoscenze per ridurre i danni alcol-correlati.

Le organizzazioni e gli esperti nazionali che hanno partecipato alle attività sono stati designati dai rispettivi Ministeri della Salute. Il CNAPA ha agito come *Advisory Group* nella *Joint Action*.

I *Work Package* (WP) della *Joint Action* RARHA finalizzati alla realizzazione degli obiettivi specifici del progetto sono stati 6:

- WP1, WP2: Coordinamento e disseminazione della *Joint Action*
Leader: *Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências* (SICAD), Portogallo;
- WP3: Valutazione della *Joint Action*
Leader: Istituto Superiore di Sanità (ISS), Italia
- WP4: Monitoraggio del consumo di alcol e del danno alcol-correlato
Leader: *State Agency for the Prevention of Alcohol-Related Problems* (PARPA), Polonia
Co-leader: *Institut Für Therapieforchung München* (IFT), Germania
- WP5: Linee guida per la riduzione del danno alcol-correlato
Leader: *National Institute for Health and Welfare* (THL), Finlandia
Co-leader: Istituto Superiore di Sanità (ISS), Italia
- WP6: *Tool-kit*
Leader: *Institute of Public Health of the Republic of Slovenia* (IVZ), Slovenia
Co-leader: *Federal Centre for Health Education* (BzgA), Germania

Filoni di attività

Di seguito sono riportati i 3 principali filoni di attività della *Joint Action* RARHA:

- Il primo, sul monitoraggio, ha raccolto e comparato una serie di dati epidemiologici sull'alcol in diversi Paesi partecipanti mediante un'indagine sui livelli e modalità di consumo effettuata nel 2015, e attraverso la raccolta, ri-codifica e analisi di dati provenienti da indagini condotte nel periodo 2008-2012. Il monitoraggio dell'andamento del consumo di alcol e dei danni alcol-correlati è essenziale per la formulazione di politiche di sanità pubblica, e dati comparabili permettono di valutare l'andamento delle azioni di contrasto sviluppate nel tempo a livello nazionale. Questa attività RARHA fornisce informazioni aggiornate per una valutazione comparata, così come la metodologia e gli strumenti di base per il monitoraggio periodico e l'analisi degli

andamenti temporali delle abitudini di consumo nei Paesi europei. È in corso la preparazione di un rapporto finale di attività.

- Il secondo, il *tool-kit*, ha sviluppato un “pacchetto” di buone pratiche basate sulle evidenze per prevenire i danni causati dall’alcol focalizzando l’attenzione su argomenti quali gli interventi brevi, gli interventi nelle scuole e le attività di sensibilizzazione della popolazione. Le buone pratiche incluse nel *tool-kit* sono esempi di iniziative di successo in Europa selezionati sulla base di una serie di criteri di rispondenza in termini di valutazione della qualità degli interventi; per il contesto nazionale, hanno rispettato i criteri valutativi, per le attività di sensibilizzazione della popolazione, l’*Alcohol Prevention Day* e, per gli interventi brevi, i corsi di formazione per formatori degli operatori sanitari sull’Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) sul consumo rischioso e dannoso di alcol dell’ONA-ISS (3).
- Il terzo filone di attività, quello sulle “linee guida”, a cui fa espressamente riferimento il presente rapporto, dal titolo “principi di buone pratiche nell’utilizzo di linee guida sul consumo di alcol per la riduzione dei danni alcol-correlati” ha riguardato le linee guida del consumo di alcol a basso rischio come misura di salute pubblica, basandosi su fonti complementari di conoscenza, raccolta e aggiornamento di informazioni, sull’attuale implementazione delle linee guida nei Paesi europei, sulla rassegna della letteratura scientifica disponibile, sul calcolo del rischio di mortalità alcol-attribuibile nel corso della vita per alcuni Paesi selezionati, e infine sull’opinione di un gruppo di esperti consultati (analisi Delphi) rispetto ad una serie di principi di buona pratica per informare la discussione sul tema specifico, i processi decisionali e le pratiche nel settore (4-8). L’obiettivo è stato quello di ampliare le basi comuni tra i Paesi europei nella definizione di consumo di alcol a basso rischio e contribuire a inviare messaggi più allineati alla popolazione e agli operatori sanitari.

Tali attività sono state co-coordinate dal *Finnish Institute for Health and Welfare* (THL) e dall’ISS con la partecipazione attiva di 26 organizzazioni di 20 Paesi europei.

Il lavoro sulle linee guida è stato suddiviso in diverse aree complementari e collegate, ciascuna con un proprio coordinamento. Molte delle informazioni riguardanti ciascuna singola area di attività svolta sono riassunte in documenti di lavoro e rapporti ai quali si rimanda per maggiori dettagli. Le singole aree di attività trattate includono: le attuali linee guida sul consumo di alcol a basso rischio nei Paesi europei partecipanti; le linee guida relative al consumo di alcol tra i giovani; le pratiche d’identificazione precoce ed intervento breve del consumo rischioso e dannoso di alcol; le definizioni, gli usi e la comprensione pubblica del concetto di Unità Alcolica e del consumatore rispetto alla comunicazione del rischio alcol-correlato. Una parte importante del lavoro è consistita nella stesura di un rapporto sulle attuali conoscenze sul rischio di eventi negativi per la salute a diversi livelli di consumo di alcol e il calcolo del rischio di mortalità alcol-attribuibile nel corso della vita in 7 Paesi europei, rappresentativi di vari modelli di consumo e mortalità europei (9).

Di questo filone di ricerca, sulle linee guida, è stato sviluppato un documento di sintesi in lingua inglese (7) di cui questo rapporto ne rappresenta la traduzione e adattamento a cura dell’ISS per la sua diffusione a livello nazionale.

Tra i Paesi europei esistono variazioni considerevoli nelle linee guida per quanto riguarda la quantità di alcol consumato considerato a basso rischio. Dal momento che le informazioni sui livelli di rischio rispetto al consumo di alcol sono sempre più accessibili oltre i confini nazionali e linguistici, le discrepanze a tale riguardo possono portare a messaggi equivoci dei risultati delle ricerche e delle avvertenze di salute. Le linee guida

sul consumo di alcol a basso rischio sono state introdotte dai Paesi individualmente, senza un coordinamento. A livello nazionale sebbene gli esperti abbiano attinto a conoscenze condivise a livello internazionale sui rischi e sugli effetti rispetto al consumo di alcol, al momento di formulare le linee guida nazionali, sono giunti a conclusioni diverse. Una delle attività dei WP della *Joint Action RARHA* è consistita nel fornire una panoramica delle attuali pratiche e basi scientifiche, e nell'esplorare la possibilità di poter raggiungere un certo grado di consenso. Il documento di sintesi delle attività sulle buone pratiche nell'uso di linee guida sul consumo di alcol si basa sulla documentazione pubblicata e sul lavoro svolto dalla *Joint Action RARHA*. Nel documento di sintesi sono descritte le variazioni nelle linee guida tra nazioni sul consumo a basso rischio e gli aspetti metodologici della definizione di consumo a basso rischio. I risultati sul rischio di mortalità alcol-attribuibile nel corso della vita di calcoli effettuati in 7 Paesi europei sono presentati brevemente. Le componenti, i messaggi chiave, le finalità e la pertinenza in sanità pubblica delle linee guida del consumo a basso rischio sono esaminate alla luce della letteratura pubblicata e del parere di un gruppo di esperti (tramite analisi Delphi). In questo rapporto sono inclusi, in Appendice C, cinque contributi ritenuti particolarmente validi per descrivere come le linee guida nazionali sul consumo si sono evolute nel corso del tempo, tra cui il contributo italiano fornito dal Centro di Ricerca per gli Alimenti e la nutrizione (CREA).

Fin dall'inizio il filone delle linee guida ha attinto a una vasta gamma di competenze, oltre alla partecipazione formale dei partner europei, per acquisire una conoscenza più approfondita su questioni chiave. Due indagini Delphi sono state effettuate, ciascuna delle quali ha coinvolto più di 50 partecipanti. Gli esperti per le indagini sono stati nominati dai membri stessi del CNAPA e segnalati dai partner della *Joint Action RARHA*.

Un'indagine Delphi, coordinata dal *Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), Koordinationsstelle Sucht* tedesco, è stata diretta ad esperti di prevenzione e ricercatori specializzati nel consumo di alcol tra i giovani. Prendendo come punto di partenza le attuali linee guida nazionali e la letteratura rilevante le due interrogazioni dell'indagine Delphi hanno contribuito a favorire la comprensione sul grado di conoscenza e sui tipi di intervento da promuovere sui giovani, i genitori e gli operatori nella riduzione dei danni causati dall'alcol in giovane età (10).

Un'altra indagine Delphi, condotta dal *Finnish Institute for Health and Welfare (THL)*, è stata rivolta ad esperti di salute pubblica e di dipendenze per ampliare il grado di conoscenze su questioni chiave riguardanti le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio come misura di salute pubblica. L'indagine ha affrontato questioni relative alla fornitura di informazioni sul consumo a basso rischio alla popolazione, le componenti chiave e i messaggi chiave, il concetto di unità alcolica e le informazioni rilevanti di salute per i consumatori da fornire sulle etichette delle bevande alcoliche. Le basi scientifiche e gli aspetti metodologici sono stati inoltre considerati, così come la possibilità di un approccio comune per la definizione del consumo a basso rischio di alcol (6).

Il documento sintetizza un'altra attività, quella relativa ad una rassegna sull'uso dell'Unità Alcolica (UA o *Standard Drink, SD*) e riassume i risultati delle ricerche sulla comprensione della popolazione del concetto di UA. L'utilità di una definizione comune in Europa di UA rispetto alle variazioni attuali di grandezza da un Paese all'altro è discusso così come l'utilità di indicare nel contenitore delle bevande alcoliche il numero di UA. Data la mancanza di una definizione comune di UA nell'UE, come alternativa è suggerita quella di indicare il contenuto in grammi di alcol puro sul recipiente delle bevande alcoliche. Infine, il capitolo del documento di sintesi sull'Unità Alcolica presenta

l'opinione dei consumatori e degli esperti sull'utilità delle informazioni sulle etichette dei contenitori delle bevande alcoliche. Sul fornire ai consumatori informazioni sui danni legati al consumo di alcol, un rapporto dell'OECD del 2015 sugli aspetti economici dei danni alcol-correlati e sulle politiche di contrasto ("Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy") ha evidenziato che per effettuare scelte razionali ed efficienti, i consumatori devono essere informati sulle caratteristiche di ciò che consumano, sui benefici reali e sui rischi e costi a cui sono esposti come conseguenza del consumo (11). Il rapporto indica che, oltre alla generica percezione che consumare grandi quantità di alcol è dannoso, i consumatori hanno conoscenze vaghe del perché l'alcol è dannoso per la salute. Fornire informazioni alla popolazione sull'alcol e sulle problematiche alcol-correlate consente scelte informate, e la sensibilizzazione degli effetti dell'alcol sugli individui e la società contribuisce al sostegno pubblico delle misure per il controllo della disponibilità, dell'accessibilità e delle promozioni sulle bevande alcoliche. Sensibilizzazione, interventi nelle scuole e interventi brevi sono tutte iniziative comunitarie importanti per proteggere i bambini e i giovani e per prevenire i danni ai consumatori di alcol e a coloro che vivono al loro fianco.

Infine, un capitolo del documento è dedicato alle linee guida per supportare l'implementazione dell'IPIB per il consumo rischioso e dannoso di alcol nei servizi di assistenza sanitaria primaria, di emergenza, nei luoghi di lavoro e nei servizi sociali a cura dell'ISS che sintetizza, oltre alle attività specifiche svolte nell'ambito della *Joint Action RARHA*, le informazioni di interesse più rilevanti emerse dai principali progetti della Commissione Europea e della WHO sull'argomento negli ultimi 30 anni.

Questo documento riassume i punti chiave dei vari documenti e rapporti e presenta i principi di buone pratiche sulle linee guida sul consumo di alcol basate sulle conoscenze attuali, sull'opinione di esperti del settore e riflettono ampiamente il punto di vista condiviso tra i partner.

Bibliografia

1. 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: European Commission; 2006. Disponibile all'indirizzo: https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_com_625_en.pdf; ultima consultazione 10.01.2017.
2. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe*. London: Institute of Alcohol Studies; 2006.
3. Rados Krnel S, Budde A, van Dalen W, van Dale D, Vegt K, Segura L, Palacio-Vieira J, Frango P, Mistic J, Rozman T, Lamut A on behalf of *Joint Action RARHA WP6. Public Awareness, school-based and early interventions to reduce alcohol related harm. A tool-kit for evidence-based good practice. Joint Action RARHA*. 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Pages/details.aspx?itemId=10&lista=WorkPackage6&bkUrl=/Resources/Deliverables/>; ultima consultazione 10.01.2017.
4. Scafato E, Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Di Pasquale L, Martire S, Scipione R. *Le linee guida europee: il ruolo di leadership dell'Istituto Superiore di Sanità nella Joint Action Europea per la riduzione del danno alcol-correlato (RARHA)*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2014/OK%20SCAFATO%20FACTSHEET%20RARHA%20APD%202014.pdf>; ultima consultazione 10.01.2017.
5. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/>

- Attachments/21/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf; ultima consultazione 10.01.2017.
6. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki. National Institute for Health and Welfare; 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 10.01.2017.
 7. Montonen M, Makela P, Scafato E, Gandin C on behalf of Joint Action RARHA's Work Package 5 working group (Ed.). *RARHA Reducing Alcohol Related Harm. Good practice principles for low risk drinking guidelines*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare (THL); 2016. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf>; ultima consultazione 10.01.2017.
 8. Scafato E, Ghirini S, Gandin C, Galluzzo L, Martire S, Russo R, Parisi N, Scipione R, Di Pasquale L. *Un decalogo europeo per le linee guida sul consumo di alcol. Linee Guida europee basate su definizioni comuni di "consumo a più basso rischio", calorie in etichetta, massima cautela e tutela per i minori, "warning messages" sul rischio di cancro causato dall'alcol, comunicazione e prevenzione basate sull'evidenza scientifica. Le linee di consenso raggiunte dalla Joint Action Europea RARHA (Reducing Alcohol Related HARM) per la definizione di linee guida europee*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2016/3%20FINALE%20FACTSHEET%20JointAction%20RARHA%20APD%202016.pdf>; ultima consultazione 10.01.2017.
 9. Rehm J, et al. *Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines*. Toronto, Canada: Centre for Addiction and Mental Health; 2015.
 10. Steffens R, Sarrazin D. *Guidance to reduce alcohol-related harm for young people*. Münster: LWL-Coordination Office for Drug-Related Issues; 2016.
 11. Sassi F (Ed.). *Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy*. Paris: OECD Publishing; 2015.

VERSO UN APPROCCIO COMUNE NELL'USO DI LINEE GUIDA PER LA RIDUZIONE DEI DANNI ALCOL-CORRELATI NELLA POPOLAZIONE

Marjatta Montonen (a), Pia Mäkelä (a), Emanuele Scafato (b), Lucia Galluzzo (b), Silvia Ghirini (b),
Claudia Gandin (b), Lisa Jones (c)

(a) *National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finlandia*

(b) *Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia*

(c) *Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, Liverpool, Regno Unito*

Le linee guida in materia di consumo a basso rischio e le informazioni ai consumatori sui livelli e modelli di consumo che possono essere considerati a basso rischio per la salute sono stati e continuano ad essere argomenti di particolare interesse nel corso degli ultimi decenni da parte di organismi sanitari e altre organizzazioni in Europa (1, 2).

Recenti studi epidemiologici suggeriscono che non esiste un livello sicuro di consumo e che l'ideale per la salute è il non bere affatto. Questo è il motivo per cui la *World Health Organization* (WHO) non prevede limiti per il consumo a basso rischio e diffonde il messaggio che "less is better".

Ciò nonostante, a livello nazionale per moderare il consumo di alcol vengono fornite linee guida; i livelli di consumo considerati a basso rischio differiscono notevolmente tra Paesi. In particolare, esiste una grande disparità nel modo in cui è definito il consumo a basso rischio stesso. Ad esempio, alcune linee guida fissano limiti di consumo medio giornaliero, altre settimanali; alcune forniscono raccomandazioni sull'assunzione massima nel consumo episodico eccessivo (*binge drinking*); in alcuni casi il limite non è un numero, ma un intervallo. La maggior parte delle linee guida fissano limiti diversi per il consumo episodico eccessivo per gli uomini e le donne, in alcuni casi il limite è lo stesso per entrambi i generi. Alcune linee guida prendono in considerazione gruppi di età particolarmente vulnerabili (giovani o anziani) o situazioni specifiche (come gravidanza, allattamento, alcol e guida, alcol e lavoro).

Il lavoro della *Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm* (RARHA) è stato finalizzato a chiarire le ragioni sottese a tale diversità nazionali nelle linee guida sul consumo e a esplorare la possibilità di raggiungere un certo grado di consenso. Come primo passo, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto un'indagine rivolta ai membri del CNAPA (*Committee on National Alcohol Policy and Action* - Comitato sulle politiche e azioni nazionali sull'alcol) con lo scopo di confermare i dati sulle linee guida nazionali precedentemente raccolti dalla WHO, dall'*Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD) e altre fonti (3).

Mentre negli studi epidemiologici i livelli di consumo sono di solito espressi in grammi di alcol puro, nelle linee guida per la popolazione, i grammi sono spesso tradotti in Unità Alcoliche (UA) o *Standard Drink* (SD), termini che si presumono essere più pratici per quantificare il consumo di alcol. Secondo l'indagine RARHA sulle linee guida del consumo a basso rischio condotta dall'ISS nel 2014, la dimensione di questa misura nazionale varia da 8 a 20 grammi di alcol puro tra i Paesi dell'Unione Europea (UE), con un valore modale di 10 grammi e una convergenza verso una media di 11 grammi (media e mediana = 11 grammi) (Figura 1). La mancanza di consistenza nella definizione di UA aumenta la complessità dei messaggi concernenti la riduzione del rischio alcol-correlato.

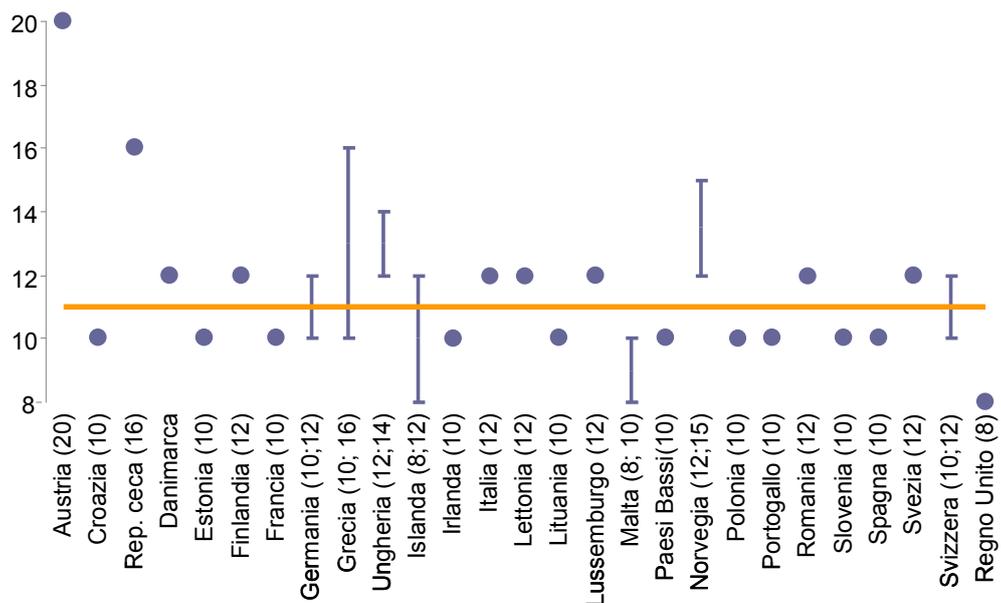


Figura 1. Indagine RARHA sulle linee guida del consumo di alcol a basso rischio in Europa. Le Unità Alcoliche sono espresse in grammi di alcol puro, 2014 (3)

Dal momento che le informazioni sul consumo a basso rischio sono sempre più accessibili oltre i confini nazionali e quelli linguistici, le discrepanze nelle informazioni sulle UA e sulle linee guida rendono problematica la comunicazione dei risultati delle ricerche e delle raccomandazioni di salute. Per approfondimenti sulle UA, si rimanda al Capitolo “Concetto di Unità Alcolica e informazioni al consumatore sulle bevande alcoliche”.

Le linee guida sono state introdotte individualmente dai Paesi senza alcun coordinamento. Anche se gli organismi sanitari nazionali e gli esperti hanno attinto dalla letteratura internazionale le loro conoscenze sui rischi e sugli effetti dell'alcol, al momento di formulare le linee guida nazionali si è giunti a conclusioni diverse.

L'obiettivo della *Joint Action RARHA* è stato quello di far luce sui fattori alla base della divergenza e di identificare i punti di convergenza. La discussione in questo capitolo si basa sulla letteratura pubblicata e sul lavoro svolto dalla *Joint Action RARHA*, tra cui un'indagine Delphi che ha coinvolto circa 50 esperti europei in materia di salute pubblica e di dipendenze, individuati dai membri CNAPA e dai partner RARHA (4). Allegato al capitolo viene riportata una scheda sui “Principi di buona pratica per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio” della *Joint Action RARHA*.

Indagine conoscitiva RARHA sulle linee guida del consumo di alcol a basso rischio in Europa

Le informazioni raccolte dall'ISS nel 2014 indicano che le linee guida (o raccomandazioni) nazionali sul consumo di alcol a basso rischio sono disponibili in due Paesi esaminati su tre (21/31) (Stati Membri dell'UE, Islanda, Norvegia e Svizzera), in genere governative o emesse da organizzazioni di sanità pubblica (3).

La maggior parte delle linee guida sono espresse in grammi di alcol puro giornaliero da non superare, quantità medie indicate separatamente per uomini e donne. Il consumo medio giornaliero da non superare varia da 20 a 48 grammi di alcol puro per gli uomini, e da 10 a 32 grammi per le donne (Figura 2).

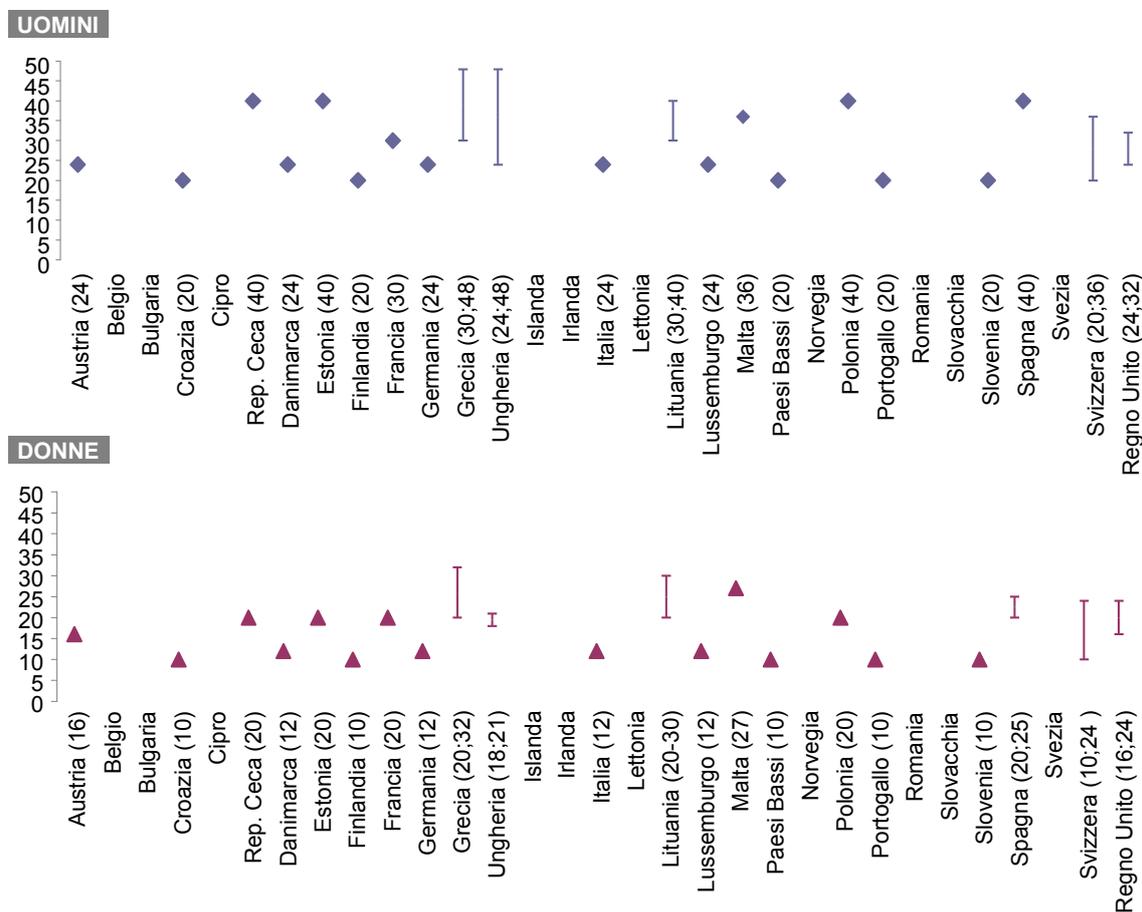


Figura 2. Indagine conoscitiva RARHA sulle linee guida del consumo di alcol a basso rischio in Europa: livelli di consumo medio giornaliero di alcol da non eccedere, in grammi di alcol puro, per genere (3)

Nei 20 Paesi ove le linee guida (o raccomandazioni) sul consumo episodico eccessivo (*binge drinking*) sono disponibili, i livelli massimi da non eccedere variano tra 30 e 84 grammi di alcol puro. Nella metà dei Paesi, tale limite è più basso nelle donne rispetto agli uomini (Figura 3) (3).

Rispetto ai gruppi di età, l'indagine RARHA ha mostrato che le linee guida/raccomandazioni per la riduzione del rischio di danno alcol-correlato nei giovani al di sotto di 18 anni di età sono disponibili in 15 su 31 Paesi che hanno partecipato all'indagine. Si rimanda al capitolo "Orientamenti per ridurre i danni alcol-correlati nei giovani" per approfondimenti sulle linee guida sul consumo di alcol nei giovani. Le linee guida per il consumo di alcol negli anziani sono state segnalate in 7 Paesi.

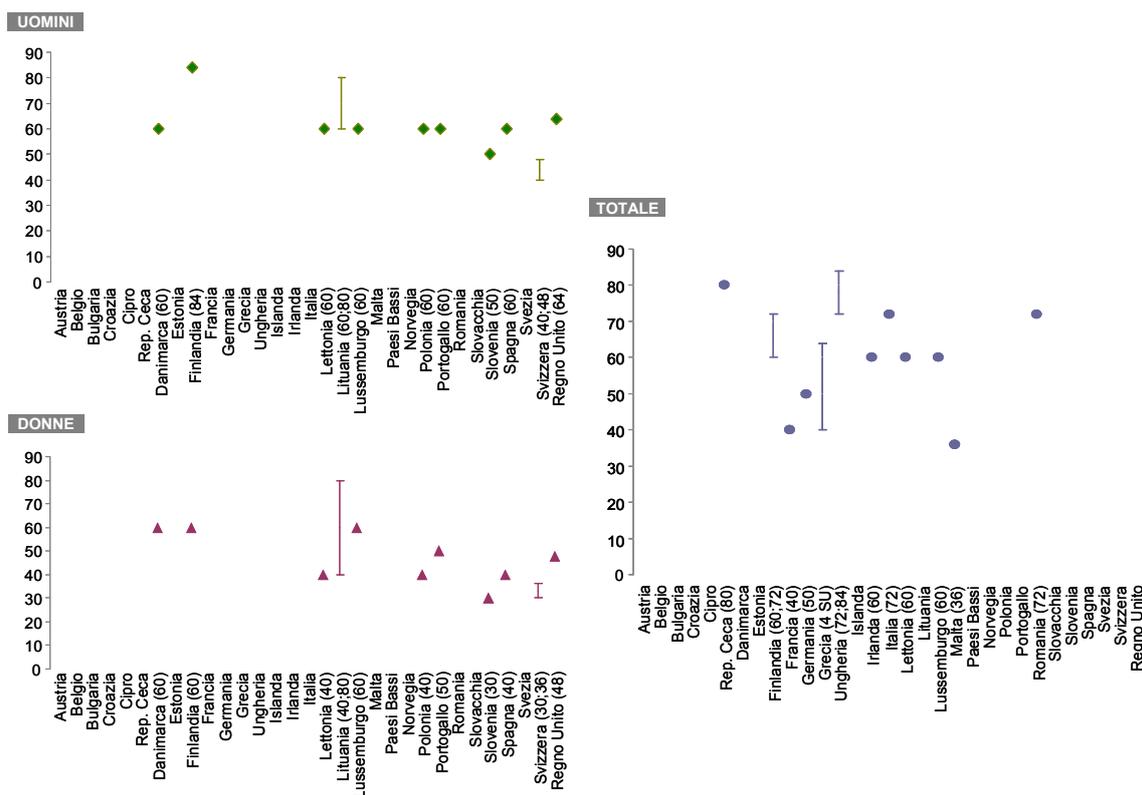


Figura 3. Indagine conoscitiva RARHA sulle linee guida del consumo di alcol a basso rischio in Europa: livelli di consumo massimo per il consumo episodico eccessivo - *binge drinking* (grammi di alcol puro) (3)

Gravidanza e allattamento sono le situazioni più comunemente evidenziate tra quelle a rapido aumento, negli ultimi dieci anni, del numero di Paesi che hanno affrontato il fenomeno. In 25 Paesi (su 31) sono presenti linee guida / raccomandazioni che raccomandano alle donne, nella maggior parte dei casi, di astenersi completamente dall’assumere alcol durante la gravidanza e l’allattamento.

In più della metà dei Paesi esaminati (17/31) l’alcol è affrontato come fattore di rischio nelle linee guida nutrizionali nazionali, mentre nelle linee guida per quanto riguarda l’attività fisica in soli due Paesi. Quasi la metà dei Paesi (14/31) dispone di linee guida a se per i luoghi di lavoro, con un incremento del numero nel tempo.

I limiti di BAC (*Blood Alcohol Concentration*) legali per quanto riguarda alcol e guida, cioè i livelli massimi di concentrazione di alcol nel sangue consentiti per i conducenti, sono la misura più comunemente usata per ridurre il rischio di danni alcol-correlati in Europa.

In linea con le raccomandazioni della Commissione a sostegno di limiti uniformi di BAC del 17 gennaio 2001 agli Stati Membri sul massimo BAC consentito per i conducenti di veicoli motorizzati, il limite di tasso alcolemico per tutti i conducenti è $\leq 0,5$ g/L (moda = 0,5 g/L), in tutti i Paesi presi in esame nel 2014, ad eccezione di due Stati Membri dell’UE dove il limite è 0,8 g/L. Analogamente, in linea con le raccomandazioni della Commissione, limiti inferiori di BAC sono comunemente indicati per i conducenti giovani o inesperti (moda = 0,2 g/L) nonché per i conducenti professionali o commerciali (moda = 0,2 g/L).

Evoluzione delle linee guida sul consumo di alcol a basso rischio

Le linee guida sul consumo a basso rischio sono state introdotte da organismi di sanità pubblica in Europa a partire dal 1980, con i “limiti di sicurezza” pubblicati la prima volta nel Regno Unito nel 1984 (5). Le linee guida nazionali sono aggiornate periodicamente, non appena nuove evidenze sono disponibili. Dal 2010, le linee guida sono state revisionate in circa la metà dei Paesi esaminati. Le più recenti hanno avuto luogo nei Paesi Bassi (2015) e nel Regno Unito (2016).

Le linee guida del 2006 nei Paesi Bassi, indicavano alle donne di non bere più di un “bicchiere standard” (pari a 10 g di alcol puro) al giorno e agli uomini di limitare il consumo a due bicchieri; le nuove linee guida sia per le donne che per gli uomini indicano di non bere più di un bicchiere al giorno”, evidenziando che bere di più non è associato a guadagni di salute ed è causa di un aumentato rischio di ictus e di alcuni tumori (6).

Anche le nuove linee guida proposte dagli *Chief Medical Officers* del Regno Unito specificano un diverso livello di consumo a basso rischio per le donne e per gli uomini. Il livello da non superare è stato rivisto al ribasso ed è dato in termini di unità alcoliche settimanali e non più in unità giornaliere come era nelle precedenti linee guida. Mentre le precedenti linee guida del 1995 indicavano agli uomini di non superare 3-4 unità al giorno e alle donne non più di 2-3 unità al giorno (una unità nel Regno Unito è pari a 8 g di alcol puro), le nuove linee guida indicano che per mantenere a un livello basso i rischi per la salute conseguenti al consumo di alcol, è più sicuro non bere più di 14 unità a settimana in maniera regolare (7).

Negli ultimi decenni, la comprensione scientifica degli effetti dell'alcol sulla salute è cambiata grazie allo sviluppo di modelli e metodi di ricerca e all'accumulo di dati di meta-analisi. È solo di recente che il consumo di alcol è stato inequivocabilmente accertato come fattore di rischio per alcuni tipi di cancro (8). Alla luce di recenti e accurate ricerche appare che gli effetti cardioprotettivi dell'alcol sono stati sovrastimati e viene suggerito che anche consumatori di piccole quantità di alcol trarrebbero beneficio dalla riduzione del consumo di alcol (9-11). Studi recenti suggeriscono che sia il consumo regolare di alcol anche a bassi livelli, che ripetuti episodi di intossicazione sono entrambi modelli di consumo associati a mortalità precoce (12). Per una breve discussione sui potenziali effetti benefici sulla salute dell'alcol, si rimanda all'Appendice B.

Le recenti revisioni delle linee guida sul consumo hanno ridotto le quantità da non superare al fine di ridurre il rischio di danni. Termini come consumo di alcol “sicuro”, “sensibile” o “moderato” sono stati sostituiti da consumo a “basso rischio” (13). L'evoluzione delle linee guida in 5 Paesi è brevemente descritta nell'Appendice B.

In Italia si è verificato un cambiamento totale di prospettiva: dal raccomandare il vino come componente della dieta ad alta energia, all'avvertire sugli effetti tossici di qualsiasi bevanda alcolica.

Nel Regno Unito, le linee guida settimanali erano state sostituite da linee guida giornaliere nel 1995 per tener conto delle evidenze che suggerivano benefici per la salute di un consumo regolare; l'ultima recente revisione è tornata alle linee guida settimanali.

In Danimarca, le linee guida sul consumo di alcol sono state utilizzate per un quarto di secolo come strumento di promozione della salute: nei primi decenni, informazioni sui livelli di consumo sono state diffuse tra i consumatori di alcol e gli operatori sanitari ove il rischio di danno per la salute era alto. Successivamente, nel 2010, l'attenzione si è spostata dal consumo ad alto rischio a quello a basso rischio, sottolineando che non esiste un livello di consumo totalmente privo di rischi. Lo spostamento è stato motivato, da un lato, dalle evidenze sulla

cancerogenicità dell'alcol, dall'altro, dal desiderio di evitare che la comunicazione di un alto rischio possa far presupporre un livello sicuro di consumo. Il consumo ad alto rischio è comunque ancora un livello di riferimento per il personale sanitario nell'identificazione di pazienti che potrebbero beneficiare di un intervento breve. (Per una discussione sullo screening e gli interventi brevi si rimanda al capitolo dal titolo "Linee guida in Europa in supporto all'identificazione precoce e all'intervento breve per i disordini alcol-correlati").

In Finlandia, le informazioni fornite nel passato agli operatori sanitari e ai consumatori di alcol, analogamente al caso precedente, riguardavano il consumo ad alto rischio, anche se le linee guida nutrizionali nazionali includevano raccomandazioni per un consumo moderato di alcol o per una riduzione a partire dal 1987; l'attuale revisione del 2015 fornisce una base nazionale comune per la pratica clinica, integrando le definizioni dei diversi livelli di rischio di consumo esistenti in una classificazione a tre livelli che mette in evidenza il rischio di alcol in un *continuum*.

In Svizzera, le linee guida sul consumo di alcol sono state fornite per la prima volta nel 2015 dalla Commissione Federale per le problematiche alcol-correlate, un gruppo ufficiale di esperti in materia di alcol. Piuttosto che linee guida sui livelli di consumo di alcol, in queste linee guida sono forniti punti di riferimento per vari gruppi di popolazione e per situazioni particolari; il messaggio principale è che il consumo di alcol comporta rischi per la salute e che i rischi variano a seconda delle persone e delle circostanze.

Scelte metodologiche nella definizione di consumo di alcol a basso rischio

La ragione principale delle differenze tra Paesi nelle linee guida nazionali sta nel fatto che non esiste un metodo semplice per derivare i livelli di consumo di alcol a basso rischio dalle evidenze scientifiche; pertanto, un consenso esteso tra esperti è sempre necessario (14). Il punto di partenza è fornito da revisioni sistematiche e meta-analisi di evidenze epidemiologiche sulle conseguenze per la salute di diverse quantità di consumo e dalla quantificazione dei rischi di malattie e condizioni patologiche. Revisionare e riassumere le evidenze scientifiche che definiscono il consumo a basso rischio e formulare linee guida per il consumo di alcol comporta una serie di scelte metodologiche, tecniche e pratiche che possono avere un impatto sul risultato. La situazione nazionale, compresi i modelli di consumo e la sensibilizzazione pubblica, ha un suo ruolo. Mentre i processi utilizzati per la formulazione di linee guida possano non essere stati trasparenti nel passato (13, 15) le revisioni più recenti sono basate sulle evidenze e sono fornite dettagliate spiegazioni.

Ad oggi, i più ampi lavori sulle linee guida sul consumo a basso rischio sono stati effettuati in Australia (2009), in Canada (2011) e nel Regno Unito (2016). In questi Paesi, estese evidenze dei rischi del consumo sono state considerate e varie cause, a diversi livelli di consumo, sono state messe insieme quantitativamente per identificare i criteri per soppesare il rischio di danno alcol-correlato per la salute. Questo approccio non sostituisce l'opinione degli esperti, ma può fornire elementi di discussione su ciò che è considerato consumo a basso rischio e fornire un approccio trasparente per sostenere le scelte degli esperti rispetto ai consumi di alcol.

La mortalità alcol-attribuibila è la conseguenza estrema per la salute per la quale robuste fonti di dati sono disponibili. Questo è stato l'obiettivo principale di analisi quantitative svolte durante lo sviluppo delle linee guida del consumo a basso rischio oltre alla meta-analisi dei rischi da alcol a diversi livelli di consumo (16).

I risultati dell'indagine RARHA (effettuata mediante analisi Delphi) indicano il consenso degli esperti ad incorporare anche i dati di morbilità e di prendere in considerazione le conseguenze sociali negative per il consumatore e i danni a terzi, tra cui la famiglia, il posto di lavoro e l'ambiente di vita. È stato sottolineato che il rischio di mortalità alcol-attribuibile e morbilità possono essere diversi, che la mortalità è solo una parte del carico per la sanità pubblica e che sulla base soltanto dei tassi di mortalità, una valutazione completa dei danni alcol-correlati non è possibile. Gli esperti richiamano l'opportunità di ulteriori ricerche sul rapporto dose-risposta tra il consumo di alcol e la morbilità e sulla necessità di quantificare i danni sociali per il consumatore e a terzi.

Negli studi epidemiologici che forniscono la base per la valutazione dei rischi da alcol, i risultati sono in genere indicati come Rischi Relativi (RR) a diversi livelli di consumo rispetto agli astemi, e sono spesso raffigurati come curve di rischio.

Ci sono almeno 60 categorie di malattie e lesioni per le quali l'alcol contribuisce causalmente, di cui la metà sono per definizione causate dall'alcol, e in oltre 200 ulteriori condizioni l'alcol è una delle cause (17). La curva di rischio per una malattia può avere una forma a J o a U, con un rischio basso per livelli di consumo bassi rispetto agli astemi, e un rischio alto per livelli di consumo più alti. La curva può mostrare un rischio che aumenta in modo lineare o esponenziale con l'aumento del consumo di alcol. Lo stesso livello di consumo di alcol può quindi essere associato ad un aumento del rischio di una malattia e alla diminuzione del rischio di un'altra. Per fornire informazioni per le linee guida a basso rischio, le curve di rischio per specifiche malattie possono essere esaminate separatamente, oppure i rischi di tutte le malattie possono essere combinati per la valutazione del rischio globale. Il rischio di mortalità per tutte le cause – morte prematura per tutte le cause – e i rischi specifici per malattia possono incorporare i danni, così come gli effetti benefici del consumo di alcol. La mortalità per tutte le cause, si distribuisce secondo una curva *J shape*, suggerendo che un basso livello di consumo di alcol medio è associato a un minor rischio di morte rispetto a chi non beve affatto.

L'esame del RR di mortalità per tutte le cause è stato utilizzato per comunicare le linee guida del consumo di alcol a basso rischio in Canada. Una curva di rischio in quanto tale suggerisce raramente una particolare soglia per un basso e alto rischio. Nelle linee guida a basso rischio formulate in Ontario nel 1997, il punto più basso di una curva a forma di J è stato scelto per indicare un livello di consumo medio di alcol che permetterebbe la protezione contro le malattie cardiache (18). Per le nuove linee guida a basso rischio nazionali in Canada, il *cutoff* è stato scelto in modo che il rischio di morte nel corso della vita a causa dell'alcol possa essere lo stesso di un astemio (19).

La revisione delle linee guida in Australia nel 2009 ha introdotto un approccio alternativo incentrato sulla rischio di mortalità assoluto. L'approccio australiano ha iniziato con il prendere in considerazione le diverse curve di RR di morte per l'alcol in condizioni attribuibili a diversi livelli di consumo rispetto ai non bevitori. Successivamente, tale approccio ha continuato esaminando come gli RR si traducono in rischio cumulativo di morte alcol-attribuibile nel corso della vita, assumendo che il livello medio di consumo di alcol resti lo stesso nel corso della vita (20). Il rischio nel corso della vita è l'approccio standard per valutare gli effetti sulla mortalità da esposizione a fattori esterni, come additivi alimentari o sostanze chimiche nell'ambiente, espressa come fattore di rischio per esempio, di 1 a 100, 1 a 1000 e 1 a 100 000, o come una probabilità di 0,01, 0,001 e 0,00001 rispettivamente. In Australia il massimo livello di rischio di un caso di morte ogni 100 è stato scelto come punto di riferimento per la valutazione del rischio da consumo di alcol. Per calcolare il rischio di morte (fino all'età di 70 anni) nel corso della vita di malattie alcol-correlate o lesioni per una serie di livelli di consumo di alcol è stato utilizzato un modello. I modelli maggiormente studiati sono quelli che incorporano le malattie per le quali

l'effetto causale dell'alcol è noto, e che escludono potenziali effetti benefici per la salute a causa dell'incertezza delle evidenze (21).

Nella popolazione australiana, il consumo regolare di due UA al giorno (1 UA equivale a 10 grammi di alcol puro) è stato associato a un rischio di morte per malattie alcol-correlate nel corso della vita di 0,4 su 100 persone esposte a quella quantità di alcol. Con tre unità al giorno, il rischio era superiore a 1 su 100. Con un massimo di due bevande per ogni episodio, la durata del rischio di morte per infortunio rimaneva al di sotto 1 a 100. Le linee guida formulate sono state quindi le seguenti: "Per gli uomini e le donne in buona salute, bere non più di 2 UA al giorno riduce il rischio di danni da malattie alcol-correlati o lesioni nel corso della vita".

Il lavoro che ha portato alla revisione delle linee guida nel Regno Unito ha testato sia l'approccio australiano che quello canadese. Gli approcci canadese e australiano hanno dato risultati più o meno simili (22). Le nuove linee guida proposte sono state formulate in modo da bilanciare i potenziali danni e benefici, ma anche in modo che il basso livello di rischio definito sia coerente con un rischio di mortalità alcol-attribuibile nel corso della vita di 1 su 100 (7).

Sia l'approccio dell'RR canadese che quello del rischio assoluto nel corso della vita australiano consentono di determinare con chiarezza ciò che è considerato a basso rischio, ma quest'ultimo ha alcuni vantaggi: l'approccio del rischio assoluto permette di adattare i rischi alcol-correlati ad una prospettiva più ampia, confrontandoli con quelli provenienti da altre fonti e di considerare le soglie nella scelta di un criterio di basso rischio da alcol (13, 20).

Inoltre, per valutare l'effetto combinato del consumo sulla mortalità per causa, l'uso del rischio assoluto nel corso della vita, calcolato attraverso gli RR specifici per malattia, è stato raccomandato rispetto al rischio di morte per tutte le cause (16). L'approccio specifico per malattia è stato utilizzato nelle analisi che hanno portato alla revisione delle linee guida nel Regno Unito nel 2016. Le coorti di studi prospettici di mortalità per tutte le cause tendono ad essere scelti per la facilità di follow-up e possono differire dalla popolazione generale, ad esempio in termini demografici e legati allo stato di salute. Anche se questo può essere irrilevante quando il focus è sulla causalità tra l'esposizione e l'effetto per una data malattia, è importante quando il focus è sul rischio complessivo da un dato livello di consumo di alcol. Per esempio, qualsiasi effetto cardioprotettivo da alcol non sarebbe visibile in una coorte di giovani. Di conseguenza, un effetto cardioprotettivo sarebbe più rilevante in un Paese con un'alta aspettativa di vita e aumentato rischio di malattie cardiache. Inoltre, le stime di mortalità per tutte le cause sono più facilmente influenzate da fattori confondenti. Dal momento che le stime causa-specifica sono combinate solo per i casi in cui è stabilita la causalità, correlazioni spurie sono maggiormente evitate. I Paesi differiscono anche nel rispetto della loro cultura del bere, tra cui le preferenze delle bevande, i modelli di consumo o la tolleranza sociale dell'intossicazione, che possono tutti avere un rapporto con i danni alcol-correlati. Un approccio specifico per Paese, che tiene conto delle cause di morte e dei rischi di morte specifici per malattia, è quindi richiesto.

Rischio di mortalità alcol-attribuibile nel corso della vita in alcuni Paesi europei

Nella *Joint Action RARHA* il rischio di mortalità alcol-attribuibile è stato calcolato per 7 Paesi dell'UE per esplorare la misura in cui le diverse culture del bere e le strutture di mortalità si riflettono nei livelli di rischio. I Paesi sono stati scelti in modo che tre culture del bere prototipi siano incluse così come le situazioni estreme in UE nei livelli di consumo di alcol,

della prevalenza dei disturbi alcol-correlati e dell'aspettativa di vita. I calcoli sono stati effettuati dal *Canadian Centre for Addiction and Mental Health* (CAMH) (23).

Il rischio assoluto di morte alcol-attribuibile all'età di 15-75 anni è stato calcolato combinando i rischi di mortalità per malattie specifiche a vari livelli di consumo di alcol, come ottenuto dalla meta-analisi. Le cause di morte influenzate causalmente dall'alcol, tra cui i potenziali effetti protettivi, sono state – con lievi modifiche – le stesse che nello studio *Global Burden of Disease Study* del 2010 (24). La Tabella 1 mostra i principali risultati dei calcoli per i Paesi selezionati. I risultati mostrano che il rischio di decessi nel corso della vita imputabili all'alcol rimarrebbe inferiore a 1 a 100 in tutti i Paesi con un livello medio di consumo nel corso della vita di 10 grammi di alcol puro al giorno. Questo nonostante le differenze mostrate tra Paesi e per entrambi i sessi. A livello di consumo medio di 30 grammi al giorno, il rischio sarebbe uguale o superiore a 1 a 100 per gli uomini in tutti i Paesi e per le donne in tutti tranne uno.

Tabella 1. Rischio di mortalità alcol-attribuibile nel corso della vita per livelli di consumo medio giornaliero (CM in grammi di alcol puro al giorno), 2012 per uomini (M) e donne(F) (23)

Paese	Genere	Consumo medio					
		10 g	20 g	30 g	40 g	50 g	60 g
Estonia	M	0,0027	0,0138	0,0296	0,0504	0,0792	0,1097
	F	0,0051	0,0380	0,0842	0,1371	0,2175	0,2868
Finlandia	M	-0,0015	0,0030	0,0102	0,0197	0,0344	0,0522
	F	0,0037	0,0185	0,0402	0,0655	0,1054	0,1429
Germania	M	-0,0004	0,0041	0,0110	0,0197	0,0322	0,0477
	F	0,0024	0,0148	0,0327	0,0543	0,0866	0,1179
Ungheria	M	-0,0061	0,0028	0,0171	0,0373	0,0635	0,0993
	F	-0,0022	0,0274	0,0695	0,1221	0,1888	0,2594
Irlanda	M	-0,0014	0,0025	0,0084	0,0169	0,0277	0,0425
	F	0,0014	0,0126	0,0287	0,0492	0,0762	0,1055
Italia	M	0,0002	0,0045	0,0104	0,0182	0,0278	0,0404
	F	0,0022	0,0131	0,0279	0,0467	0,0706	0,0964
Polonia	M	-0,0068	-0,0004	0,0102	0,0259	0,0458	0,0730
	F	-0,0062	0,0148	0,0466	0,0877	0,1418	0,1990

	Rischio globale nel corso della vita inferiore a 1 a 1000
	Rischio globale nel corso della vita inferiore a 1 a 100, ma maggiore di 1 a 1000
	Effetto protettivo globale
	Rischio globale nel corso della vita uguale o superiore a 1 a 100

Nell'indagine RARHA (condotta mediante analisi Delphi), i risultati dei calcoli effettuati da CAMH sono stati sottoposti all'attenzione di un gruppo di esperti di salute pubblica e del settore delle dipendenze i quali sostengono l'uso dell'analisi del rischio quantitativa nella definizione di consumo a basso rischio. Relativamente al rischio assoluto nel corso della vita come approccio, il livello massimo di rischio che secondo gli esperti è più accettabile dai decisioni di sanità pubblica è di 1 a 100 rispetto al livello di 1 nel 1000, anche se c'era un notevole supporto per posizionare il problema nelle mani di un organismo internazionale.

Linee guida sui modelli di consumo di alcol

In aggiunta alla quantità media di alcol consumato, anche i modelli di consumo sono stati analizzati dalle linee guida sul consumo a basso rischio. In molti Paesi vengono fornite indicazioni separate per quanto riguarda la quantità massima di alcol da non superare per singola occasione con l'obiettivo principale di contenere il rischio di incidenti.

È stato suggerito che il limite di consumo per singola occasione è una componente essenziale delle linee guida del consumo a basso rischio (13, 16). Le stime del rischio relativo del danno alcol-correlato per singola occasione di consumo (consumo episodico eccessivo, *binge drinking*) si basano essenzialmente su dati di studi effettuati nei dipartimenti di emergenza. Da studi di meta-analisi risulta che tra il consumo recente di alcol, misurato come livello di alcol nel sangue (BAC), – e il rischio di danno alcol-correlato, il rischio aumenta all'aumentare della quantità consumata, in particolare dai 40-60 grammi di alcol puro consumato (23). Altri tipi di danno associati ad un elevato BAC nel consumo episodico eccessivo includono la violenza e altre forme di vittimizzazione, problemi sociali e legali, la qualità della vita, l'alterata percezione del rischio, rischi che possono essere significativamente aumentati già a frequenze relativamente basse di episodi di consumo episodico eccessivo (25).

La WHO utilizza la prevalenza di “consumo episodico eccessivo” (*Heavy Episodic Drinking*, HED), definito come un consumo di 60 grammi o più di alcol puro in almeno una occasione nel corso degli ultimi 30 giorni, come un indicatore delle conseguenze acute del consumo di alcol nella popolazione. Negli studi epidemiologici il termine “singolo consumo rischioso occasionale” (*Risky Single Occasion Drinking*, RSOD) è usato come sinonimo. Nei contesti di ricerca non c'è comunque una definizione comune di HED o RSOD (25).

Dalla indagine RARHA è emerso che oltre alle linee guida sul consumo di alcol medio a basso rischio, sono anche importanti quelle sul consumo episodico eccessivo. Nel dare informazioni/raccomandazioni (*advice*) sulle quantità da non superare in ciascuna occasione, l'arco di tempo della singola occasione è stato considerato un fattore importante da prendere in considerazione. Oltre alla prevenzione degli incidenti e degli infortuni, evidenziata come prioritaria, è stata considerata rilevante anche la riduzione del rischio di danni sociali per il bevitore e verso terzi.

Di recente, nella revisione delle linee guida sul consumo del Regno Unito, piuttosto che dare una quantità di alcol da non superare in una occasione, sono fornite informazioni/raccomandazioni (*advice*) sui modi per ridurre i rischi a breve termine, per esempio limitando le occasioni di consumo episodico eccessivo, bere più lentamente o evitare luoghi e attività rischiose. La giustificazione indicata per questo approccio è da riferirsi alla variazione situazionale e individuale del rischio a breve termine (26).

Sul fatto che le linee guida espresse come numero semplice possano essere più semplici da seguire piuttosto che raccomandazioni generali è stata richiesta l'opinione degli esperti, i cui risultati sono stati inconcludenti. Inoltre, il gruppo coinvolto nello sviluppo delle linee guida nel Regno Unito ha ritenuto che le evidenze per raccomandare un particolare limite nel consumo episodico eccessivo siano limitate ed è stato così raccomandato agli *Chief Medical Officers* del Regno Unito di non includere un numero nelle linee guida del consumo episodico eccessivo (27).

Avere un paio di giorni a settimana durante i quali non consumare alcol è stato affrontato come modalità nelle linee guida sul consumo di alcol. Le evidenze scientifiche a sostegno delle giornate libere dall'alcol settimanali sono limitate, ma il consumo quotidiano è considerato un rischio per i disturbi alcol-correlati e per i forti bevitori, giornate senza consumare alcol comportano un minor rischio di mortalità (23). Le nuove linee guida del Regno Unito forniscono avvertenze su come evitare episodi di consumo episodico eccessivo, distribuendo le

quantità settimanali di consumo di alcol nella settimana e raccomandando giornate senza alcol per contribuire a ridurre il consumo (7).

Dalla indagine RARHA emerge che ulteriori ricerche sul ruolo di modelli di consumo episodico eccessivo nel rischio di mortalità alcol-correlata e di morbidità sono ritenute necessarie così come la ricerca su altre variabili di stili di vita che potrebbero influenzare il rischio di danno per la salute da alcol.

Variabilità delle linee guida tra gruppi di popolazione e in situazioni particolari

Una sfida importante per lo sviluppo di linee guida a basso rischio riguarda il fornire raccomandazioni generali rispetto alle variabilità individuali e situazionali. Le linee guida sul consumo a basso rischio di popolazione basate sulle medie di consumo non si applicano allo stesso modo a tutti gli individui. Tuttavia, nelle linee guida di popolazione tenere in considerazione una serie di fattori quali il peso, il metabolismo, le preesistenti condizioni di salute, la suscettibilità al cancro, alle malattie cardiache, la dipendenza o altro è impossibile.

Un comune approccio nella differenziazione è di specificare i livelli di consumo di alcol separatamente per le donne e gli uomini, sebbene le linee guida di genere non sono più pienamente supportate da studi in corso (25). Il livello di consumo a basso rischio è dato generalmente più basso per le donne che per gli uomini, in quanto le donne generalmente raggiungono un determinato BAC – concentrazione di alcol nel sangue – dopo l'assunzione di quantità di alcol inferiori rispetto agli uomini.

La revisione del 2009 delle linee guida sul consumo a basso rischio in Australia, ha superato tale distinzione suggerendo ad entrambi i generi di non consumare più di due unità standard al giorno (non più di 20 grammi di alcol puro) (20) basandosi su un'analisi che ha indicato poca differenza nel rischio nel corso della vita tra uomini e donne a bassi livelli di consumo. A livelli di consumo più alti, il rischio di malattie alcol-correlate nel corso della vita aumenta all'aumentare del consumo più rapidamente nelle donne. Al contrario, il rischio di morte nel corso della vita conseguente a lesioni alcol-correlate aumenta più rapidamente negli uomini. La differenza di BAC tra donne e uomini è superata dal più alto rischio di mortalità per infortuni degli uomini di per sé per una maggiore propensione al rischio (21).

In Europa, le nuove linee guida nei Paesi Bassi nel 2015 (6) e quelle nel Regno Unito nel 2016 sono passate ad un unico livello di consumo di alcol a basso rischio applicabile sia a uomini che a donne. La logica nel Regno Unito è stata simile a quella in Australia: nonostante le evidenze della maggiore suscettibilità biologica di danni alcol-correlati nelle donne, i danni acuti nelle donne sono molto meno che negli uomini allo stesso livello di consumo (25).

Nella indagine RARHA (mediante analisi Delphi), il passaggio a linee guida di consumo a basso rischio uniche per uomini e donne come in Australia è stato presentato agli esperti stimolando di considerare o meno la necessità di una differenziazione di genere: una netta maggioranza è favorevole a linee guida specifiche per genere, dando come giustificazione prevalentemente le differenze biologiche di genere. Argomenti a sostegno di linea guida non specifiche sono stati quelli che hanno evidenziato la natura fondamentalmente dannosa dell'alcol a prescindere dal genere, le differenze di comportamento tra uomini e donne, e la facilità di comunicare una sola raccomandazione alla popolazione.

L'età è un altro fattore importante nel rischio di danni alcol-correlati. I bambini e i giovani sono, in diversi modi, suscettibili di danno da alcol durante tutte le fasi dello sviluppo; la capacità di ragionamento complesso e di *decision making* richiede tempo per evolversi.

Informazioni/raccomandazioni sul consumo di alcol a basso rischio per i giovani sono scarse, ma il concetto che il modo migliore per ridurre al minimo il rischio è quello di evitare il consumo di alcol è implicito nei requisiti di età minima di legge. Tra gli anziani il consumo di alcol può aumentare il rischio di malattie croniche e lesioni. Gli esperti concordano che è necessario considerare linee guida specifiche per età per tenere conto dell'aumentata sensibilità all'alcol a causa di cambiamenti fisiologici e metabolici (28). D'altra parte, il bilanciamento della potenziale riduzione del rischio di malattia coronarica con l'aumento del rischio di altre malattie croniche, lesioni e interazioni negative dell'alcol con i farmaci contribuisce a tale complessità al punto tale che si ritiene da preferire la fornitura individuale in ambito clinico di informazioni/raccomandazioni (*advice*) agli anziani (29). Dal momento che le evidenze epidemiologiche sul consumo di alcol e sui danni da alcol tra gli anziani sono tuttora scarse e incoerenti, le linee guida per i soggetti anziani tendono a prendere la forma di raccomandazioni generali di prudenza nel consumo piuttosto che fare riferimento a specifici livelli di consumo di alcol.

Nella indagine RARHA, l'opinione predominante degli esperti è che fornire linee guida sul consumo a basso rischio ai minori di 18 anni potrebbe essere controproducente e che il messaggio principale dovrebbe essere quello di evitare del tutto il consumo di alcol. Linee guida sul consumo di alcol per gli anziani sono ritenute importanti, in particolare per la contemporanea assunzione di farmaci, le co-morbidità e le lesioni.

Mentre non vi è evidenza che le persone di basso status socio-economico mostrino una maggiore suscettibilità agli effetti dannosi dell'alcol, incerta è l'interazione tra i modelli di consumo di alcol, lo status socio-economico e l'andamento dello stato di salute (30).

Diverse sono state le opinioni degli esperti nella indagine RARHA per quanto riguarda l'utilità di prendere in considerazione i fattori socio-economici al momento di formulare linee guida sul consumo a basso rischio, con una leggera maggioranza tra loro che non concordano nel prendere in considerazione tali fattori. I fattori socio-economici non è che sono stati considerati poco importanti, ma si ritengono discriminatorie, stigmatizzanti e controproducenti le linee guida differenziate per status socio-economico. Misure di prevenzione selettiva sono state considerate un approccio più appropriato. La consapevolezza della diversa vulnerabilità all'alcol in diversi gruppi socioeconomici, tuttavia, è stata considerata importante.

Oltre alla variabilità delle linee guida per gruppi di popolazione, a livello nazionale esse differiscono anche per quanto riguardano i rischi in situazioni particolari. Le linee guida di popolazione sul consumo a basso rischio – come le linee guida nutrizionali – si intendono indirizzate agli adulti sani, limitazione a volte considerata ovvia e neanche menzionata. Oltre alle condizioni legate all'età, situazioni ad alto rischio più spesso segnalate nelle linee guida sul consumo sono la gravidanza, l'intenzione di procreare e l'allattamento al seno. Se l'attenzione è rivolta al rischio di danno al feto (sindrome feto alcolica) a causa del consumo di alcol eccessivo, o al rischio di un basso peso alla nascita e di aborto spontaneo a più bassi livelli di consumo, il suggerimento che viene dato è di solito di astenersi dall'alcol. La ragione principale di tale approccio precauzionale è che le ricerche disponibili non consentono di specificare a quale livello di esposizione all'alcol non c'è alcun rischio per il nascituro (14, 25).

La guida sotto l'influenza dell'alcol è un'altra situazione ad alto rischio spesso affrontata, se non nelle linee guida sul consumo, nelle disposizioni di legge riguardanti i livelli di alcol nel sangue consentiti per i conducenti in generale o per le varie categorie di conducenti. In alcuni Paesi la pratica di definire la gravità del reato in base al livello di alcol nel sangue del conducente riflette una certa tolleranza del rischio, mentre i limiti più bassi di alcol nel sangue o tolleranza zero applicata per i giovani conducenti o conducenti professionisti rappresentano un approccio più cauto.

Nella indagine RARHA l'attenzione degli esperti è stata rivolta ad una vasta gamma di gruppi a rischio o situazioni ad alto rischio in cui non si applicano le linee guida generali sul

consumo a basso rischio. Oltre ai diversi gruppi di età, i più importanti gruppi a rischio riguardano i soggetti a rischio di interazioni farmacologiche negative e le persone a maggior rischio a causa di una storia familiare di dipendenza da alcol, problemi di salute mentale, o altre dipendenze. Per quanto riguarda le situazioni particolari ad alto rischio, in cui l'opzione più sicura è di non bere affatto, le più importanti sono la gravidanza, la guida di un veicolo, l'ambiente di lavoro e quando si è impegnati in compiti che richiedono concentrazione.

Rilevanza per la salute pubblica di linee guida sul consumo a basso rischio

Gli eventuali effetti delle linee guida sul consumo a basso rischio sulla riduzione dei danni da alcol dipendono da quanto le linee guida sono conosciute e da come si intendono: come suggerimenti sul consumo rispetto ai benefici per la salute, come un livello socialmente accettato di consumo moderato, come livelli di consumo relativamente sicuri o come livelli di consumo relativamente rischiosi. Un fattore da considerare è legato alla capacità dei consumatori di tradurre il consumo a basso rischio, spesso espresso in unità, o grammi di alcol puro, in bevande effettive consumate al variare del tipo di bevanda e tipo di contenitore servito (Per ulteriori approfondimenti, si veda il capitolo “Concetto di Unità Alcolica e informazioni al consumatore sulle bevande alcoliche”). Ricerche sulla consapevolezza e la comprensione delle linee guida sono disponibili in diversi Paesi, alcuni studi sulla percezione del rischio, le attitudini e gli atteggiamenti rispetto al consumo ne suggeriscono un potenziale limitato (14, 31). La possibilità di effetti controproducenti è stata sollevata (es. se le linee guida sul consumo a basso rischio possano incoraggiare gli astemi ad iniziare a bere o i consumatori moderati ad aumentare il consumo). Una valutazione complessiva è che, nel quadro più ampio di politiche sull'alcol, la diffusione di linee guida sul consumo da sole – o qualsiasi tipo di attività di informazione e di educazione – non fornisce risultati estesi e prolungati nel tempo se effettuati isolatamente, ma che il valore aggiunto è dato dall'inserire queste attività in attività più ampie (32).

Potenziali spiegazioni della scarsa rilevanza attribuita alle linee guida sul consumo sono la mancanza di rilevanza percepita nella vita reale delle pratiche di consumo e delle motivazioni per il consumo. È stato suggerito, sulla base di ricerche sull'interpretazione delle linee guida sul consumo a basso rischio nel Regno Unito, che le indicazioni sui livelli di consumo dovrebbero essere accompagnate da messaggi che mostrino l'impatto del bere nel breve e lungo termine, per esempio, sulla famiglia e sull'ambiente di lavoro (33). Nel Regno Unito, una certa mancanza di credibilità e praticabilità delle precedenti linee guida sul consumo è stata associata con una tendenza della gente comune e i media di confondere le raccomandazioni in materia di consumo medio regolare con i limiti massimi da non eccedere in un'unica occasione (34). Le nuove linee guida nel Regno Unito hanno eliminato i limiti precedenti per il consumo giornaliero e sono tornate a specificare un livello a basso rischio di consumo di alcol settimanale, accompagnato da suggerimenti su come ridurre il rischio di danni nelle occasioni di consumo episodico eccessivo (7). La giustificazione di ciò è stata che le linee guida sul consumo settimanale sono un punto di riferimento più facile per la maggior parte della popolazione che non beve tutti i giorni ma principalmente durante il fine settimana e nel corso di occasioni speciali.

Si è discusso se i limiti di consumo medio (orientati verso la riduzione a lungo termine del rischio di malattie croniche), e quelli di consumo episodico eccessivo (orientati alla riduzione del rischio di lesioni e malattie acute) siano entrambi componenti essenziali delle linee guida del consumo a basso rischio (16). L'indagine Delphi RARHA ha evidenziato che entrambe le linee

guida (sul consumo di alcol medio e sul consumo episodico eccessivo) sono presenti nella minoranza dei casi (3). La scelta di sottolineare il consumo medio giornaliero, settimanale o occasionale dipende maggiormente dalle abitudini di consumo predominanti nelle popolazioni in esame.

La diffusione di linee guida sul consumo a basso rischio è un approccio per fornire ai consumatori le informazioni necessarie per facilitare scelte consapevoli rispetto al consumo. Scelte consapevoli richiedono che i consumatori siano pienamente informati circa le caratteristiche e la qualità di ciò che consumano, i vantaggi, i costi e i rischi a cui saranno esposti come conseguenza del consumo (35). Ampia è stata la discussione sul diritto del consumatore di conoscere l'evidenza epidemiologica sui rischi di diversi livelli di consumo e le implicazioni di questo per il proprio comportamento personale (34).

Le linee guida sul consumo possono anche avere rilevanza per la salute pubblica a livello di percezioni e norme collettive. Le linee guida sul consumo a basso rischio e i discorsi pubblici generati dal processo di formulazione o revisione contribuiscono al dibattito pubblico sugli atteggiamenti e le norme rispetto al consumo di alcol (14).

Scopi delle linee guida a basso rischio secondo l'opinione degli esperti

Fornire alla popolazione generale linee guida sul consumo a basso rischio ha raggiunto un ampio consenso; la ragione principale è che i consumatori hanno il diritto di essere informati sui rischi legati al consumo di alcol. Le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio sono state viste dagli esperti piuttosto che per una loro influenza sulle abitudini di consumo, come uno strumento, tra varie misure, per contrastare i danni alcol-correlati.

Gli esperti richiamano l'attenzione su questioni quali l'importanza di accompagnare *advice* sul consumo a basso rischio a messaggi di salute per evitare erranee interpretazioni. È stato anche sottolineato che il consumo a basso rischio non significa 'nessun rischio' e che sia il consumo episodico eccessivo che quello giornaliero eccedentario comportano un rischio per la salute, senza dare l'impressione di favorire uno rispetto all'altro. Un ampio consenso è stato raggiunto sulla necessità di linee guida distinte per il consumo quotidiano e quello episodico eccessivo; è stata sottolineata l'importanza di chiarire che il non bere più di un certo massimo in un'unica occasione non significa che bere al di sotto di quella quantità è sicuro.

Sulla base dell'opinione degli esperti, l'aumento del rischio di cancro e di effetti negativi sulla famiglia sono gli aspetti più importanti, seguiti dal rischio di ipertensione arteriosa, la dipendenza, la depressione, gli effetti negativi sul cervello e il sovrappeso.

Gli esperti non hanno raggiunto un consenso per quanto riguarda il pubblico a cui destinare le linee guida, alcuni considerando i consumatori ad alto rischio come il gruppo target primario, altri vedendo le informazioni sui rischi alcol-correlati per tutti i consumatori o per la popolazione generale. I risultati di una ulteriore consultazione tra gli esperti rispetto al "basso rischio", "alto rischio" e le linee guida del "consumo episodico eccessivo" suggeriscono che incoraggiare i consumatori ad alto rischio a ridurre il proprio consumo, portare l'attenzione dei consumatori sui rischi a cui si sottopongono bevendo e influire sulle attitudini e abitudini di consumo della popolazione non sono scopi/risultati che si escludono l'un l'altro: i tre tipi di linee guida sul consumo, al tempo stesso, possono servire a scopi diversi. Aiutare i professionisti della salute ad identificare i consumatori a rischio è ovviamente una specifica funzione delle linee guida ad alto rischio, e il preciso intento delle linee guida per il consumo occasionale eccessivo è quello di ridurre i rischi di danni da ubriachezza al bevitore e a terzi (Tabella 2) (4).

Il punto di vista prevalente è che le linee guida del consumo a basso rischio non devono includere messaggi relativi ad effetti benefici dell'alcol tranne che per correggere erranee interpretazioni. L'opinione ampiamente condivisa tra gli esperti è che il messaggio centrale nelle linee guida a basso rischio debba essere sul rischio di danni. Quando è stato richiesto di indicare quali aspetti oltre all'epidemiologia dovrebbero essere presi in considerazione verso una definizione comune di consumo a basso rischio, gli esperti hanno ritenuto rilevante il punto di vista degli stakeholder medici e di sanità pubblica e le linee guida nazionali vigenti. Le opinioni dei consumatori di alcol, dei politici o di altri stakeholder sono ritenuti meno rilevanti.

Tabella 2. Analisi Delphi RARHA: scopi rilevanti delle linee guida sul consumo a “basso rischio”, “alto rischio” e sul “consumo episodico eccessivo” (la rilevanza viene indicata con il numero di ✓)*

Scopi delle linee guida	Rischio del consumo		Consumo episodico eccessivo
	basso	alto	
Influenzare attitudini e abitudini di consumo della popolazione generale	✓	✓	✓
Informare i consumatori sui rischi alcol-correlati	✓✓✓	NA	NA
Richiamare l'attenzione dei consumatori di alcol sui rischi a cui sono sottoposti rispetto alle proprie abitudini di consumo	✓✓	✓✓✓	✓✓
Fornire <i>advice</i> ai consumatori interessati a mantenere il consumo di alcol ad un livello per il quale il rischio è basso	✓	NA	NA
Ridurre il rischio di incidenti e lesioni da intossicazioni alcoliche	NA	NA	✓✓✓
Aiutare a ridurre il rischio di danni sociali ai bevitori legati allo stato di ubriachezza	NA	NA	✓
Aiutare a ridurre il rischio di danni sociali ad altri a causa dello stato di ubriachezza di qualcuno	NA	NA	✓
Incoraggiare i consumatori a rischio a ridurre le quantità assunte	NA	✓✓✓	NA
Assistere i professionisti della salute nell'identificazione dei consumatori a rischio e nella fornitura di <i>advice</i> finalizzate alla riduzione del consumo	NA	✓✓	NA

* Nella seconda interrogazione del sondaggio Delphi, agli esperti è stato chiesto di classificare in ordine di importanza una serie di possibili scopi delle linee guida a “basso rischio”, “alto rischio” e del consumo episodico eccessivo, sulla base dei commenti ricevuti nel corso della prima interrogazione. “NA” in alcune celle significa che non è stato sottoposto a ranking anche se ciò non esclude la possibilità che possa avere un certo grado di rilevanza.

Verso un concetto comune di consumo a basso rischio

Le linee guida sono attuate in molti Paesi e vi è l'interesse del pubblico in generale nel fornire tali informazioni/raccomandazioni *advice* (36). L'indagine Delphi RARHA ha indicato per la diffusione delle linee guida a basso rischio alla popolazione generale, con un ampio consenso gli esperti di salute pubblica e delle dipendenze. La motivazione principale è che i consumatori hanno il diritto di essere informati sui rischi connessi al loro consumo di alcol al fine di ridurli o evitarli. Poiché la questione è la tutela della salute individuale e pubblica, la responsabilità di fornire informazioni basate su evidenze sui rischi alcol-correlati e i modi per ridurre tali rischi spetta ai governi e alle proprie istituzioni di salute pubblica.

In questo paragrafo sono riassunte le conclusioni e i principi di buone pratiche per l'utilizzo di linee guida a basso rischio come misura di salute pubblica basate sulla letteratura scientifica e sull'opinione degli esperti della Delphi RARHA consultati. Uno degli obiettivi RARHA è stato quello di verificare la possibilità di raggiungere un certo grado di consenso per contribuire a ridurre le variazioni tra linee guida nazionali. A questo riguardo, il consenso tra gli esperti rispetto al fatto che gli organismi europei di sanità pubblica concordino un concetto comune di consumo a basso rischio è stato ampio (Figura 3). Gli argomenti a favore di un concetto comune presentati dagli esperti nell'indagine Delphi comprendevano il fatto che uno sforzo coordinato da parte dei Paesi europei per promuovere le linee guida a basso rischio migliorerebbe la possibilità di essere accettato dalla popolazione.

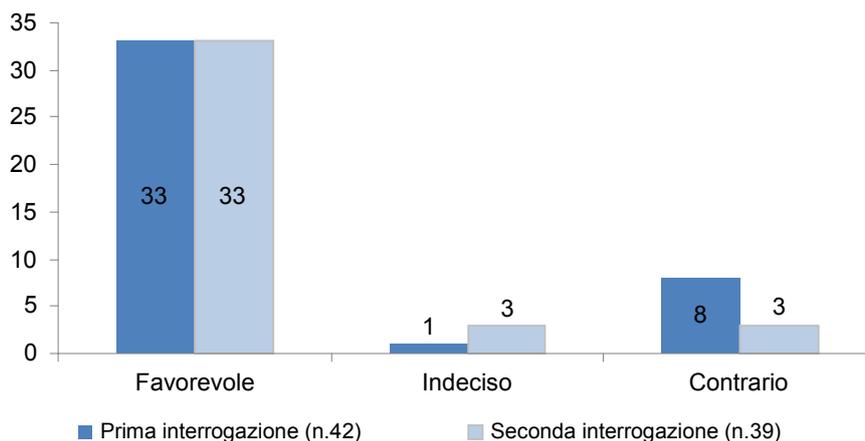


Figura 3. Indagine Delphi RARHA: parere rispetto all'adozione di un concetto comune di consumo a basso rischio da parte degli organismi europei di sanità pubblica

Anche se la tendenza tra gli esperti è di fare affidamento ad un organismo internazionale nella definizione di uno standard, in primo luogo la WHO, è verosimile che le linee guida continueranno ad evolversi senza un coordinamento. La WHO non prevede limiti particolari per il consumo di alcol "l'evidenza mostra che la soluzione ideale per la salute è quella di non bere affatto".

Ad esempio, lo *European Code Against Cancer*, il codice europeo contro il cancro, sviluppato attraverso la cooperazione tra l'*International Agency for Research on Cancer* (IARC) della WHO e la Commissione Europea, raccomanda di limitare l'assunzione di alcol e afferma che, per la prevenzione del cancro, non bere affatto alcol è meglio (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle>). Una cooperazione europea nella formulazione di una serie di messaggi chiave basati sulle evidenze applicabili per diverse popolazioni potrebbe essere considerata anche per la fornitura di *advice* per ridurre il rischio di altri tipi di danni da alcol. Il lavoro svolto dalla *Joint Action RARHA* potrebbe fornire punti di partenza verso un "Codice europeo sull'alcol" per amplificare il messaggio generale per i consumatori di alcol e la società in generale e per sostenere i singoli Paesi nelle loro azioni di sanità pubblica.

L'adozione di una linea guida sul consumo a basso rischio comune a tutti i Paesi europei non sembra un'opzione possibile. Mentre le linee guida a basso rischio hanno una lunga storia in alcuni Paesi (vedi alcuni esempi nell'appendice B) in altri gli enti di sanità pubblica hanno scelto di non divulgare *advice* sulla riduzione del consumo. Una comunicazione del rischio più pertinente ed efficace può comunque essere raggiunta attraverso la formulazione di linee guida che tengano conto delle particolari sfide nazionali rispetto ai danni alcol-correlati, nonché delle

preesistenti percezioni della popolazione del rischio e dei danni alcol-correlati. Lo spostamento verso un approccio comune potrà essere possibile applicando i principi di buona pratica, come quelli che sono stati individuati nella *Joint Action RARHA*.

Il lavoro svolto dalla *Joint Action RARHA* suggerisce che un concetto comune di consumo a basso rischio potrebbe essere trovato adottando il rischio di morte cumulativo nel corso della vita per malattie o lesioni alcol-correlate come parametro comune per la valutazione dei rischi da alcol. Il calcolo dei rischi di mortalità alcol-attribuibile nel corso della vita a diversi livelli di consumo è stato effettuato in alcuni Paesi europei dimostrando che la metodologia è disponibile e che il risultato può essere oggetto di discussione sul livello di protezione in sanità pubblica associata con le linee guida sul consumo (23). Il rischio di mortalità nel corso della vita è uno standard comune per la valutazione dei rischi da fattori esterni, quali ad esempio le tossine nel cibo o nell'ambiente. Esprimere il rischio come il numero di decessi per persone esposta ne illustra la grandezza e consente di confrontare rischi diversi. L'approccio del rischio nel corso della vita permette di sviluppare linee guida sul consumo a basso rischio sulla base di un chiaro criterio di basso rischio e di prendere in considerazione i dati attuali di mortalità causa-specifica nella popolazione in età lavorativa.

Il livello di rischio di 1 su 100 decessi alcol-attribuibili potrebbe essere considerato il massimo per il "basso" rischio. In alcuni Paesi europei, le attuali linee guida per il consumo a basso rischio sono coerenti o leggermente al di sotto di tale livello, mentre in altri il livello di rischio associato con le attuali linee guida è superiore a 1 su 100. In alternativa, un "massimo" più cauto potrebbe essere adottato, come suggerito di recente (37). L'adozione di un criterio più severo per il consumo a basso rischio, esempio non più di 1 decesso su 1000, contribuirebbe a una popolazione più sana, ma richiederebbe una revisione al ribasso delle linee guida a basso rischio nella maggior parte dei Paesi europei. Se i target di salute pubblica fissati in diversi Paesi convergeranno o meno verso un livello comune di protezione della salute pubblica, l'adozione di un parametro comune contribuirebbe ad un processo più trasparente nella descrizione delle linee guida per il consumo di alcol a basso rischio.

Un obiettivo principale delle linee guida è quello di attirare l'attenzione di tutti i consumatori di alcol sui rischi a cui vanno incontro rispetto alle loro abitudini di consumo. La consapevolezza del rischio è necessaria per evitare scelte sbagliate, ma non è un'azione che può essere uguale per tutti, e le linee guida da sole non sono in grado di cambiare comportamenti nella popolazione. Le misure volte a sostenere e valorizzare le potenzialità delle linee guida sul consumo, che saranno discusse nel dettaglio nei capitoli seguenti, potrebbero includere quanto segue:

- applicare il limite di età minima di 18 anni per la vendita e somministrazione di qualsiasi bevanda alcolica.
- sostenere, in particolare i servizi sanitari di base, nell'identificazione dei consumatori a rischio e nella fornitura di un intervento breve finalizzato alla riduzione del consumo.
- richiedere che la quantità di alcol puro della bottiglia, o altro contenitore, sia espressa sull'etichetta in grammi.
- richiedere che le bevande alcoliche e la pubblicità sugli alcolici contengano informazioni chiare, basate sulle evidenze, sui rischi o meno per la salute associati al consumo di alcol.

Bibliografia

1. Furtwængler N, de Visser R. Lack of international consensus in low-risk drinking guidelines. *Drug and Alcohol Review* 2013;32:11-8.
2. Kalinowski A and Humphreys K. Governmental standard drink definitions and low-risk alcohol consumption guidelines in 37 countries. *Addiction* 2016;111 (7):1293-8.

3. Scafato E, Galluzzo L, Ghirini S, Gandin C, Martire S. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016. Disponibile all'indirizzo: http://www.rarha.eu/Resources/Deliverables/Lists/Work%20Package%205/Attachments/21/Overview%20WP5_T1%20LowRiskDrinkingGuidelines_FINAL.pdf; ultima consultazione 10.01.2017.
4. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131323/RARHA%20lowrisk%20guidelines%20Delphi%20report.pdf?sequence=1>; ultima consultazione 10.01.2017.
5. House of Commons Science and Technology Committee. *Alcohol guidelines: eleventh report of session 2010-12*. London: The Stationery Office; 2012.
6. Health Council of the Netherlands. *Dutch dietary guidelines 2015*. The Hague: Health Council of the Netherlands; 2015.
7. Dept of Health. *UK Chief Medical Officers' low risk drinking guidelines*. London: Dept of Health; 2016.
8. IARC. *Alcohol consumption and ethyl carbamate*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010. (IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. Vol. 96). Disponibile all'indirizzo: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol96/>; ultima consultazione 10.01.2017.
9. Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Epidemiology* 2010;171(6):633-44.
10. Holmes M, *et al.* Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ* 2014;349:g4164.
11. Stockwell T, *et al.* Do "moderate" drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2016;77(2):185-98.
12. Sipilä P, *et al.* Drinking and mortality: long-term follow-up of drinking-discordant twin pairs. *Addiction* 2016;111:245-54.
13. Room R, Rehm J. Clear criteria based on absolute risk: Reforming the basis of guidelines on low-risk drinking. *Drug and Alcohol Review* 2012;31:135-40.
14. Stockwell T, Room R. Constructing and responding to low-risk drinking guidelines: Conceptualisation, evidence and reception. *Drug and Alcohol Review* 2012;31(Special issue/2): 121-5.
15. House of Commons. *Alcohol guidelines: Eleventh Report of Session 2010-12*. London: House of Commons, Science and Technology Committee; 2012.
16. Rehm J, Patra J. Different guidelines for different countries? On the scientific basis of low-risk drinking guidelines and their implications. *Drug and Alcohol Review* 2012;31(2):156-61.
17. Rehm J, *et al.* The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease – An overview. *Addiction* 2010;105(5):817-43.
18. Bondy S, *et al.* Low-risk drinking guidelines: the scientific evidence. *Canadian Journal of Public Health* 1999;90(4):264-70.
19. Stockwell T, *et al.* The basis for Canada's new low-risk drinking guidelines: A relative risk approach to estimating hazardous levels and patterns of alcohol use. *Drug and Alcohol Review* 2012;31:126-34.
20. National Health and Medical Research Council. *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2009.

21. Rehm J, *et al.* Method for moderation: measuring lifetime risk of alcohol-attributable mortality as a basis for drinking guidelines. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2008;17(3):141-51.
22. Holmes J, *et al.* *Mortality and morbidity risks from alcohol consumption in the UK: Analyses using the Sheffield Alcohol Policy Model (v.2.7) to inform the UK Chief Medical Officers' review of the UK lower risk drinking guidelines.* Sheffield: SCHARR, University of Sheffield; 2016.
23. Rehm J, *et al.* *Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines.* Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2015.
24. Lim S, *et al.* A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012;380:2224-60.
25. Dawson D. Defining risk drinking. *Alcohol Research & Health* 2011;34(2):144-156.
26. Department of Health. *UK Chief Medical Officers' Alcohol Guidelines Review: Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers.* London: Department of Health; 2016.
27. Department of Health. *How to keep health risks from drinking alcohol to a low level. Government response to the public consultation.* London: Department of Health; 2016.
28. Britton A. Do we need age-specific alcohol consumption guidelines? *Alcohol and Alcoholism* 2012;47(3):203.
29. Hall W. What place, if any, does information on putative cardioprotective effects of moderate alcohol use have in safer drinking guidelines? *Drug and Alcohol Review* 2012;31(2):194-7.
30. Jones L, *et al.* Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status, and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2015;15:400.
31. Jones L, Bellis M. *CMO alcohol guidelines review. A summary of the evidence on understanding and response to public health guidelines.* Liverpool: Liverpool John Hopkins University; 2016.
32. Babor T, *et al.* *Alcohol: No ordinary commodity. Research and public policy.* 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2010.
33. Lovatt M, *et al.* Lay epidemiology and the interpretation of low-risk drinking guidelines by adults in the United Kingdom. *Addiction* 2015;110:1912-9.
34. Heather N. Drinking guidelines are essential in combating alcohol-related harm: Comments on the new Australian and Canadian guidelines. *Drug and Alcohol review* 2012;31(2):153-5.
35. Sassi F (Ed.) *Tackling harmful alcohol use: economics and public health policy.* Paris: OECD Publishing; 2015.
36. Tricas-Sauras S, *et al.* *Consumer survey on communication of alcohol associated risks.* Brussels: The European Alcohol Policy Alliance (Eurocare); 2015.
37. Rehm J, Lachenmeier D, Room R Why does society accept a higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks? *BMC Medicine* 2014;12:189.

Allegato al capitolo

Joint Action RARHA

Principi di buona pratica per le linee guida sul consumo di alcol a basso rischio

Principi

- Le linee guida sul consumo a basso rischio sono informative e non normative.
- Il messaggio centrale delle linee guida è sui rischi e non sui benefici.
- Le linee guida sul consumo di alcol devono contenere informazioni sui rischi a diversi livelli di consumo basate sulle evidenze, contribuire a correggere erronee informazioni sugli effetti positivi e negativi dell'alcol, e facilitare i consumatori nel mantenere un rischio basso di eventi avversi.

Componenti

- Le linee guida sul consumo di alcol dovrebbero sottolineare che, sia il consumo giornaliero che quello episodico eccessivo, sono modalità di consumo potenzialmente dannose. "Advice" dovrebbero essere fornite sia sul consumo medio giornaliero, che sul massimo da non superare nel consumo eccessivo occasionale. Dovrebbe essere inoltre chiarito che un limite massimo per il consumo occasionale eccessivo non significa che bere al di sotto di quel livello sia sicuro.
- La possibilità di raccomandazioni uguali per uomini e donne sul consumo a basso rischio, sottolineando solo nella comunicazione verbale fattori specifici di genere.
- Le linee guida per adulti dovrebbero essere accompagnate da altrettante per vari gruppi di età, in particolare per gli anziani.
- Le linee guida sul consumo di alcol dovrebbero includere raccomandazioni sul consumo di alcol in situazioni ad alto rischio e per gruppi ad alto rischio di popolazione.
- Sebbene le evidenze epidemiologiche si concentrino sui rischi per la salute alcol-correlati, le linee guida sul consumo a basso rischio dovrebbero sottolineare l'importanza di ridurre i livelli di consumo ed evitare episodi di ubriachezza, anche per i danni sociali, verso lo stesso consumatore e verso altri.

Messaggi chiave per ridurre i rischi in situazioni particolari

- Non bere affatto dovrebbe essere l'opzione più sicura in gravidanza, nell'infanzia e nell'adolescenza, alla guida, nell'ambiente di lavoro, in particolare se impegnati in attività che richiedono particolare attenzione.
- Gli anziani, per ridurre i rischi alcol-correlati dovrebbero essere informati sulla possibilità di reazioni avverse con i farmaci, sulla comorbidità e sul rischio di lesioni.
- Situazioni ad alto rischio includono l'assunzione di farmaci con i quali l'alcol può interagire, la presenza di altre dipendenze patologiche, problemi di salute mentale e una storia familiare di alcol-dipendenza.
- Per rispondere alle esigenze di informazione della popolazione e motivare la riduzione del rischio, particolari danni devono essere evidenziati, come ad esempio un aumento del rischio di cancro, di ipertensione arteriosa, di dipendenza, depressione, effetti negativi sul cervello, il sovrappeso così come effetti negativi sulla famiglia.
- Le stime del rischio alla base delle linee guida per il consumo a basso rischio si basano su medie di popolazione, mentre a livello individuale sono notevoli le variazioni di vulnerabilità all'alcol a causa di fattori biologici e sociali. Ogni individuo nel considerare se bere o quanto bere dovrà prendere in considerazione anche le proprie caratteristiche e situazioni particolari.

CONCETTO DI UNITÀ ALCOLICA E INFORMAZIONI AL CONSUMATORE SULLE BEVANDE ALCOLICHE

Deirdre Mongan
Health Research Board, Dublino, Irlanda

Una Unità Alcolica (UA) o *Standard Drink* (SD) è una bevanda fittizia che contiene una determinata quantità di alcol puro (etanolo). Di solito è espressa in una certa misura nella birra, nel vino, o superalcolici. Una UA contiene sempre la stessa quantità di alcol indipendentemente dalle dimensioni del contenitore e dal tipo di bevanda alcolica, ma non corrisponde necessariamente alla dimensione tipica in un determinato Paese. Il concetto di UA è stato introdotto come un mezzo per fornire informazioni ai consumatori e facilitare la misurazione del proprio consumo di alcol. È spesso usato in campagne di sensibilizzazione sull'alcol o di formazione per comunicare le linee guida delle autorità pubbliche in materia di consumo a basso rischio. Le unità alcoliche sono anche comunemente utilizzate nelle indagini di consumo per analizzare i livelli e i modelli di consumo degli intervistati.

Quando le linee guida sui livelli di consumo di alcol associate ad un basso rischio di danno per la salute sono espresse come UA, la consapevolezza e la comprensione di ciò che una UA è in realtà diventa fondamentale per i consumatori. Calcolare il proprio consumo di alcol come numero di UA non è un compito facile se si consumano bevande con contenitori di varie dimensioni e diversa gradazione alcolica. Quando si comunicano le linee guida sul consumo al pubblico, ad esempio il numero di UA da non superare, le bevande sono spesso illustrate con l'immagine di bicchieri, lattine e bottiglie; un altro modo per informare e assistere i consumatori è quello di includere nella confezione della bevanda alcolica una dichiarazione sul numero di unità alcoliche in esso contenute. Tali dichiarazioni sono richieste dalla legge in Australia (1), e nel Regno Unito sono incluse le etichette sulle bevande alcoliche sulla base di un accordo tra il governo e l'industria dell'alcol (2) e utilizzate su base volontaria da alcuni produttori di alcol in alcuni Paesi; per esempio in Danimarca, membri dell'associazione *Brewers* dal 1990 hanno indicato la gradazione alcolica nelle bottiglie di birra e nelle lattine in unità alcoliche.

Il presente capitolo fornisce una breve panoramica sull'utilizzo del concetto di UA in diversi contesti, e nei Paesi europei in particolare, e riassume i risultati delle ricerche sulla comprensione della popolazione del concetto di UA. Per le variazioni nelle definizioni nazionali di unità standard si rimanda al capitolo precedente; il presente capitolo si concentra sull'utilità di una definizione europea comune di UA sulla base dell'opinione di informatori nazionali, il sostegno di esperti di salute pubblica e delle dipendenze verso una definizione comune.

Infine, con riferimento all'attuale assenza di regolamentazione europea in materia di informazioni da fornire sulle etichette delle bevande alcoliche sugli aspetti rilevanti per la salute, di seguito viene presentata l'opinione dei consumatori e degli esperti consultati sull'utilità delle informazioni sulle etichette, incluso il supporto di messaggi, obbligatori per legge, di salute e sui rischi del consumo di bevande alcoliche.

Il presente capitolo si basa su informazioni raccolte ed elaborate dai partner del Work Package 5 della *Joint Action on Reducing Alcohol Related Harm* (RARHA) sulle linee guida quali:

- un aggiornamento sulle definizioni nazionali della grandezza di un'unità standard, eseguito dall'Istituto Superiore di Sanità, per mezzo di una *indagine* rivolta ad esperti nazionali (3);

- una panoramica nazionale della definizione di una UA, la conoscenza del concetto della gente comune, e un esame dell'utilità di una definizione comune di UA, sulla base delle informazioni raccolte da informatori nazionali dall'*Health Service Executive*, in Irlanda (4);
- una revisione della letteratura su aspetti pratici delle UA (la percezione dei consumatori delle quantità di bevande alcoliche effettivamente versate) e sugli impieghi della UA in indagini sui modelli di consumo e sull'etichettatura delle bevande alcoliche intrapresa dall'*Health Research Board* in Irlanda (5);
- un'indagine conoscitiva online sull'opinione dei consumatori in materia di comunicazione del rischio alcol-correlato realizzato da Eurocare (*European Alcohol Policy Alliance*) in 21 Paesi europei (6);
- l'opinione di esperti europei in materia di salute pubblica e di dipendenze, mediante analisi Delphi, su questioni relative alle linee guida a basso rischio, realizzata dal *National Institute for Health and Welfare*, in Finlandia in collaborazione con i partner RARHA (7).

Contesti di uso del concetto di unità alcolica

Il concetto di UA è utilizzato principalmente in tre contesti diversi:

1. nelle indagini sulle abitudini di consumo per aiutare gli intervistati a riferire il proprio consumo di alcol;
2. nelle linee guida nazionali per descrivere i livelli di consumo di alcol associati a basso / alto rischio;
3. sulle bottiglie delle bevande alcoliche o altro contenitore per indicare la quantità di alcol puro contenuto nella confezione.

Per quanto riguarda il primo contesto, quando sono condotte indagini sul consumo di alcol, agli intervistati è generalmente fornita la definizione di una UA utilizzata in quel Paese e, sulla base di quella definizione, viene richiesto di riferire sul proprio consumo. Le bevande alcoliche sono spesso definite in termini di dimensioni tipiche dei contenitori di birra, vino o liquore per illustrare ciò che costituisce una UA. Termini come once, millilitri o grammi di etanolo, non sono generalmente utilizzati in quanto non sono di facile comprensione per i consumatori (8).

Tuttavia, la ricerca dimostra chiaramente che vi sono notevoli differenze tra la percezione degli intervistati su ciò che costituisce una UA e sulla definizione di una UA, soprattutto in relazione ai liquori e al vino. Alcuni intervistati potrebbero segnalare il numero di bevande che consumano senza tenere conto della definizione di UA fornita. La precisione e l'affidabilità dei risultati di un'indagine possono essere quindi influenzati dalla confusione sul concetto di UA.

Da tempo è stato riconosciuto che indagini di popolazione sul consumo di alcol auto-riferito risultano in stime del consumo *pro-capite* al di sotto del livello stimato sulla base dei dati di vendita di alcol. Generalmente la copertura delle indagini in una regione è del 40-60% (9). La letteratura indica che le ragioni per le quali il consumo di alcol auto-riferito non riflette accuratamente il dato delle vendite di alcol *pro-capite* sono tre: la confusione su ciò che una UA rappresenta, le variazioni di dimensione dei bicchieri e le variazioni della % in volume di alcol (10-12). Nello svolgimento di indagini conoscitive è fondamentale che i ricercatori e gli intervistati definiscano una UA allo stesso modo (13). Discrepanze nella definizione possono avere implicazioni in particolare quando i livelli di consumo di alcol auto-dichiarati sono utilizzati per il consumo episodico eccessivo e il consumo dannoso. Ad esempio, se i rispondenti riportano il loro effettivo livello di consumo in difetto, così come riportato in

letteratura dalle ricerche sulla comprensione dei consumatori delle bevande standard, le soglie utilizzate nelle indagini per il consumo rischioso e dannoso possono essere inadatte.

Nel Work Package sul “Monitoraggio” della *Joint Action RARHA*, l’indagine SEAS (*Standardized European Alcohol Survey*) è stata sviluppata per una comparazione di dati tra Paesi sui livelli e sui modelli di consumo e di danni alcol-correlati. Il concetto di una UA è stato utilizzato nelle domande relative alla quantità di alcol consumata per occasione, nel consumo episodico eccessivo e nell’ubriachezza. Per la domanda sul consumo occasionale eccessivo, i Paesi partner hanno utilizzato la propria unità standard nazionale e hanno descritto il relativo importo di alcol che corrisponde al consumo di 40 grammi o 60 grammi di alcol puro, rispettivamente per le donne e gli uomini. In un certo numero di Paesi, la domanda sul concetto di UA è stata ritenuta ovvia e conosciuta dalla maggioranza degli intervistati. Le definizioni di UA nazionali variano da 8 a 15 grammi di alcol puro.

Rispetto al secondo contesto di uso del concetto di UA, nell’esprimere limiti giornalieri o settimanali di consumo di alcol, molte delle differenze tra Paesi sul numero di bevande utilizzate nelle linee guida, riflettono variazioni nelle dimensioni della UA utilizzata. Secondo Dawson (13), molti consumatori interpretano le linee guida in termini di numero di bevande corrispondenti ai livelli di assunzione con UA più piccole o più grandi di quelle definite nelle linee guida. Alla luce di ciò, si potrebbe sostenere che la grandezza di una UA in un Paese dovrebbe riflettere il recipiente o la porzione più comunemente servita in quel Paese.

La ricerca su come le linee guida sono intese dai consumatori, che in genere non si versano e non bevono in termini di UA, potrebbe contribuire a migliorare la fornitura di linee guida ai consumatori. È sostenuto che se il rischio relativo del consumo di cinque o più bevande, per esempio, si basa sull’evidenza scientifica delle dimensioni effettive consumate, insieme con altre fonti di consumo non segnalate, a prescindere da quanto strettamente esse corrispondano alle dimensioni della UA il consumare meno di cinque bevande, riduce il danno. Cioè, se si assume che i rischi relativi associati ai vari livelli di consumo sono sopravvalutati a causa della sottostima dei consumi, quindi il rispetto dei limiti di consumo a basso rischio dovrebbe rivelarsi efficace anche per le persone la cui bevanda è di dimensioni maggiori rispetto a quella standard. Quindi, pubblicizzare i limiti di consumo a basso rischio potrebbe svolgere un ruolo importante in tutte le attività finalizzate alla prevenzione dei danni alcol-correlati (14).

Infine, il terzo contesto di utilizzo riguarda l’etichettatura delle confezioni delle bevande alcoliche.

A questo riguardo, può essere difficile per un bevitore stimare a cosa effettivamente corrisponde una UA, definita in grammi di alcol puro. Per esempio, per calcolare i grammi di alcol puro in una bevanda è necessario moltiplicare il volume in mL per la percentuale in volume di alcol puro nella bevanda (Vol. %) (o della porzione di alcol servita in mL) e dividere per 1,25 (1 mL=1,25 g) (15). Il Vol. % e il volume del contenitore in cL o mL potrebbe essere un’informazione non sufficiente per molte persone per calcolare il numero di UA, anche considerando che gli studi hanno rilevato una scarsa conoscenza della dimensione di una bevanda. Una delle soluzioni più ovvie potrebbe essere quella di dichiarare in modo esplicito sull’etichetta il numero di UA contenute nel contenitore della bevanda stessa. L’etichettatura in UA ha dimostrato di migliorare le performance dei bevitori in tema di consumo (16). Obbligatoria in Australia, l’etichettatura in UA non è richiesta dalla legge in nessun Paese europeo (17).

L’efficacia dell’etichettatura in UA rispetto al Vol. % è stata esaminata in alcuni studi. Da uno studio australiano risulta che i consumatori di birra e vino erano significativamente più accurati nella stima del consumo di alcol con l’etichettatura in UA rispetto a quella in Vol. % (18). Un altro studio australiano ha misurato l’abilità dei partecipanti di versare con precisione una UA da una bottiglia da 750 mL di vino o birra: i consumatori di birra si sono dimostrati più

precisi quando le bottiglie erano etichettate in UA anche quando sono state variate le dimensioni e la forma del bicchiere; i consumatori di vino hanno invece avuto pari difficoltà sia con l'etichettatura in UA che in Vol. %. Gli autori hanno concluso suggerendo di facilitare i consumatori di vino aggiungendo una "scala" sul lato di una bottiglia di vino con gradazioni in UA (19). Uno studio canadese ha riscontrato che le stime dei bevitori del loro consumo sono più accurate con etichettature in UA rispetto a quelle in Vol. % (20).

Concetto di unità alcolica nei Paesi europei

In Europa vi è una notevole variabilità nel numero di grammi di alcol puro (etanolo) che definiscono una UA a livello nazionale, con il numero più basso nel Regno Unito, dove una "unità" è equivalente a 8 g di alcol puro, il più alto in Austria, dove una UA è equivalente a 20 g di alcol puro (3). (Per una panoramica delle definizioni di UA in Europa, si veda il capitolo "verso un approccio comune nell'uso di linee guida per la riduzione dei danni alcol-correlati"). I risultati dell'indagine RARHA svolta dall'HSE, indicano che nella maggior parte dei 27 Paesi da cui sono state ottenute le informazioni, la definizione di UA nasce dal settore sanitario. La UA è stata usata a partire dal 1950 per diversi decenni. In quasi la metà dei Paesi il concetto è stato introdotto con il nuovo millennio. In otto Paesi la definizione è stata successivamente rivista (4).

Secondo l'indagine RARHA condotta dall'ISS, il concetto di UA viene più comunemente utilizzato nell'intervento breve per il controllo del consumo di alcol fornito dagli operatori sanitari ai consumatori di alcol e nei messaggi di educazione pubblica (3) (Figura 1).

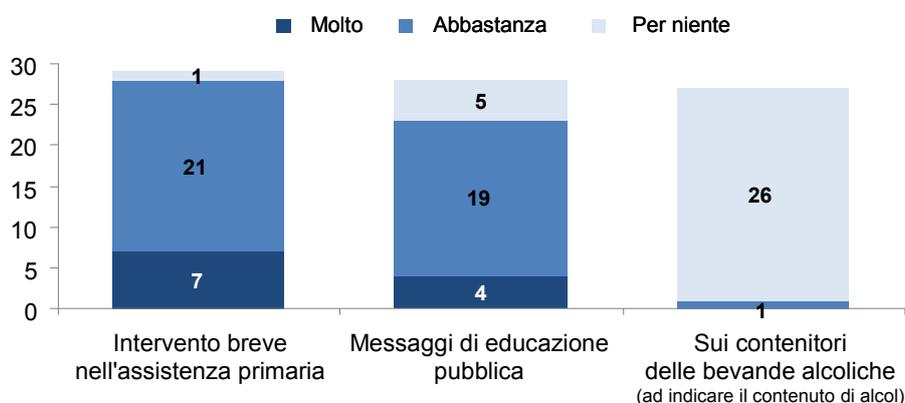


Figura 1. Paesi europei (n.) per uso e frequenza prevalente del concetto di unità alcolica

Comprensione pubblica del concetto di unità alcolica

I risultati dell'indagine RARHA svolta dall'HSE hanno indicato che la comprensione pubblica della definizione nazionale di UA è stata valutata soltanto in cinque Paesi. In tre Paesi, la comprensione della UA tra i consumatori di alcol è stata considerata molto buona (con oltre il

60% degli intervistati che hanno risposto alla definizione); In un Paese la comprensione non era né buona né cattiva, mentre in un altro è stata valutata molto scarsa (meno del 30% ha risposto alla definizione). La comprensione da parte del pubblico è stata valutata molto buona in due Paesi, né buona né cattiva in un Paese e molto scarsa in un Paese (4).

I risultati di un'indagine online condotta dall'Eurocare nella *Joint Action RARHA*, che ha coinvolto 7950 partecipanti provenienti da 21 Paesi europei, indicano che la metà dei rispondenti (49%) non aveva familiarità con il concetto di UA. Coloro che hanno dichiarato di essere a conoscenza del concetto forniscono tuttavia una serie di descrizioni non esatte. La definizione fornita da un intervistato spagnolo ne illustra la sfida: “Una unidad, pero no sé cuánto es la medida exactamente”, cioè “una unità, ma non sono sicuro circa l'esatta misura” (6).

Diversi studi hanno esaminato la conoscenza dei consumatori del concetto di UA. I risultati più recenti in Europa sono di seguito riassunti:

- Un'indagine irlandese riferisce che il 58% dei consumatori aveva sentito parlare di bevande standard; il 24% conosceva il numero di bevande standard in un bicchiere da 200 mL di vino, il 51% erano consapevoli del fatto che una mezza pinta di Guinness contiene una UA, il 39% sapeva quante bevande standard sono in una pinta di birra e il 33% sa quante UA sono in una misura di superalcolico (21).
- Un'indagine inglese ha riscontrato che il 90% aveva sentito parlare di ‘unità’; il 63% dei consumatori di birra sapeva che un'unità di birra è una mezza pinta, il 27% dei consumatori di vino ha riferito in modo corretto che una unità è inferiore a un piccolo bicchiere di vino e il 69% dei consumatori di superalcolici era consapevole che una singola misura corrisponde ad un'unità (22).
- In uno studio scozzese, di 1497 soggetti adulti, circa la metà sono stati in grado di identificare correttamente il numero di UA in una pinta di birra, la misura di un superalcolico o bicchiere di vino (47-51%); la consapevolezza pubblica dell'unità alcolica non è risultata molto cambiata dal 2007 (23).

Numerosi studi hanno esaminato quanto la dimensione delle bevande effettivamente versate dalle persone corrisponda alla bevanda (o unità) standard. I principali risultati di studi europei sono riassunti qui di seguito:

- Nel Regno Unito, a 309 studenti della scuola secondaria e a 125 universitari è stato chiesto di valutare le unità di alcol contenute in tre tipi di bevande alcoliche servite di dimensioni diverse. La conoscenza dell'unità era scarsa. È stato anche richiesto di versare la loro bevanda abituale. Le bevande abituali erano sostanzialmente più grandi di una unità, e le bevande più grandi sono state versate quando ai partecipanti sono stati dati bicchieri più grandi (24).
- In uno studio olandese, a 863 soggetti è stato chiesto di versare la bevanda abituale in un bicchiere tipo (usando acqua): i superalcolici versati dai soggetti contenevano il 26% di alcol in più rispetto alla UA, il 4% in più versando vino (25).
- In uno studio scozzese, a 238 consumatori è stato chiesto di versare “la bevanda di vino rosso che si versa a casa” e questo è stato ripetuto utilizzando whisky: la quantità media di alcol nel vino in una bevanda auto-versata corrispondeva a 1,9 unità del Regno Unito, 2,3 unità per il whisky (26).
- Uno studio condotto nel Regno Unito ha chiesto a 283 partecipanti di versare il loro “solito bicchiere”, e stimare il numero di unità versate. Il numero medio di unità di un bicchiere di vino era 1,9 e 1,9 di superalcolico (27).
- In Spagna, a 1600 persone che in un supermercato hanno acquistato alcol è stato chiesto di scegliere il bicchiere che avrebbero utilizzato anche a casa. Una “servita” di birra

conteneva una media di 9,6 grammi di alcol puro, di vino 10,9 grammi e di superalcolico 20 grammi (28).

Se appare che ci sia consapevolezza dei termini “standard drink” o “unità alcolica”, la comprensione di ciò che questi termini significano è limitata e i consumatori non sono in grado di definire con precisione tali misure. Essi tendono a sovrastimare i volumi adeguati, portandoli a versare una quantità maggiore, e a riportare livelli più bassi di consumo. Ciò accade soprattutto quando l’alcol viene consumato a casa piuttosto che in locali autorizzati. Il versare la bevanda varia ampiamente a seconda del tipo di bevanda e/o del contenitore ove la bevanda viene versata. Bevande con una più alta gradazione alcolica, come i superalcolici, con più facilità vengono versati in quantità superiore rispetto a bevande a bassa gradazione come la birra. Ciò può essere spiegato dal fatto che la birra è di solito venduta e consumata in volumi prestabiliti, mentre il volume del superalcolico e del vino versato è di solito controllato dal bevitore, e può quindi discostarsi più facilmente dalla misura standard.

Alcuni studi indicano che anche la forma del bicchiere è rilevante. In uno studio statunitense, a 198 studenti universitari e 86 baristi è stato chiesto di versare una UA di superalcolico (44,3 mL) in bicchieri di diversa forma: bassi, larghi, alti, sottili. Tutti i partecipanti hanno versato una quantità maggiore nel bicchiere basso e in quello largo. Anche i baristi con un’esperienza in media di sei anni hanno versato il 21% in più nei bicchieri bassi e larghi rispetto a quanto versato nei bicchieri sottili e alti (29). Per evitare di versare una quantità maggiore di alcol a casa o nei locali autorizzati, dovrebbero essere usati bicchieri alti e stretti piuttosto che bassi e larghi. Nelle indagini sul consumo di alcol auto-dichiarato in UA, può essere utile chiedere al rispondente di indicare la forma del bicchiere utilizzato.

Pareri degli esperti della *Joint Action RARHA*

Definizione comune di unità alcolica

L’indagine RARHA condotta dalla *Health Service Executive* irlandese riguarda l’opinione di esperti nazionali sull’utilità di poter disporre di una definizione di UA comune europea per 3 specifiche finalità, invitando gli esperti a fornire le ragioni della loro posizione (4):

- *Sostenere gli operatori sanitari e sociali nella valutazione del consumo di alcol dei propri pazienti/clienti*

Quindici esperti nazionali hanno ritenuto che una definizione di UA comune sarebbe utile per gli operatori sanitari e dell’assistenza sociale. Le ragioni addotte sono state che avrebbe più fermezza di un provvedimento nazionale e consentirebbe uno scambio e una standardizzazione delle linee guida cliniche, strumenti di valutazione e standard di formazione tra Paesi. Sarebbe anche facilitato il confronto dei modelli di consumo tra Paesi e la comprensione pubblica del contenuto di alcol nelle bevande in tutta Europa. Otto esperti hanno ritenuto che una definizione comune non sarebbe utile in quanto vi sono definizioni nazionali in atto e tali concetti sono inseriti in “pacchetti informativi” nazionali in vigore. A causa della variazione nelle definizioni di UA nei vari Paesi, sarebbe difficile trovare un accordo su una misura europea standardizzata.

- *Informare i consumatori sul contenuto alcolico delle bevande*

La maggior parte degli intervistati hanno ritenuto che un accordo tra gli stati membri europei sulla definizione di UA aiuterebbe a standardizzare le informazioni sul contenuto di alcol delle bevande. Si ritiene che una definizione comune aumenterebbe la

consapevolezza dei consumatori sulla quantità di etanolo puro contenuto nelle bevande alcoliche. Tuttavia, quattro esperti non erano a favore di una definizione comune per via delle differenze di misurazione tra Paesi e all'interno dei Paesi e per la preoccupazione di confondere gli operatori sanitari e i consumatori. In alternativa, un esperto ha suggerito di esprimere il contenuto di alcol nelle bevande in grammi anziché in UA consentendo di collegare i messaggi di salute alle linee guida nazionali o europee (basate sul consumo misurato in grammi di alcol puro).

– *Misurare il consumo di alcol individuale*

La maggior parte degli intervistati ritiene che l'adozione di una definizione comune di UA in Europa aiuterebbe i consumatori a misurare il consumo di alcol personale e ciò potrebbe contribuire nel ridurre il consumo a rischio. A questo riguardo, cinque esperti non condividono questa opinione; tra le ragioni, la mancanza di uniformità di una UA e l'estrema variabilità dei formati delle bevande classiche tra Paesi e regioni che potrebbero rendere non effettiva una definizione comune. Potrebbe richiedere molto tempo l'accettazione culturale di una definizione comune.

Ad un gruppo di esperti di sanità pubblica e di dipendenze partecipanti all'indagine Delphi della *Joint Action RARHA* sono state poste domande sull'utilità di una definizione comune di UA (7). Le risposte hanno mostrato un consenso sostanziale verso una definizione comune (Figura 2).

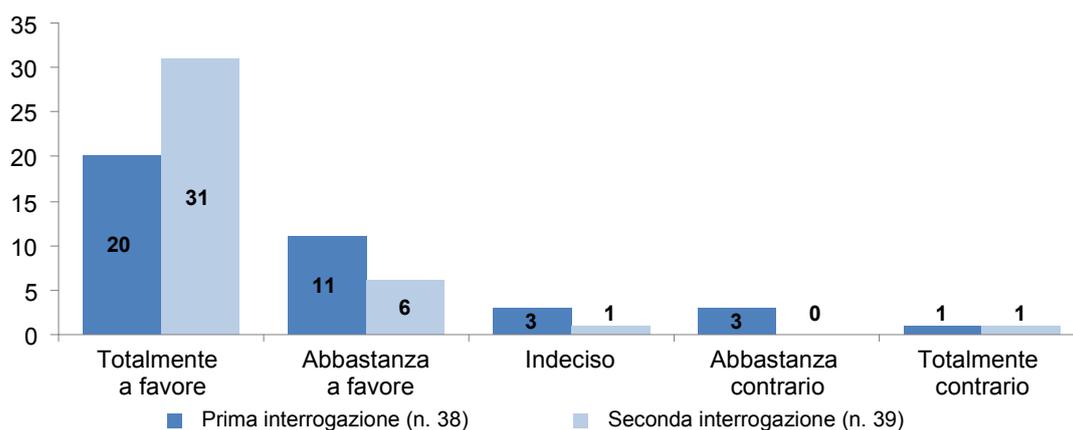


Figura 2. Parere degli esperti sulla definizione comune di UA (7)

I due argomenti più ampiamente supportati a favore di una definizione comune evidenziano l'informazione ai consumatori: un accordo su una definizione comune amplierebbe la portata delle campagne di informazione ai consumatori, diminuendo la possibilità di equivoci, e richiamerebbe l'attenzione, come valore aggiunto, sulle quantità di alcol puro contenute in vari tipi di bevande.

I principali argomenti contrari ad una definizione comune, sostenuti da meno di un terzo degli intervistati, evidenziano le sfide nel mettere in pratica una definizione comune: per un'effettiva conoscenza dei consumatori della UA è necessario che quest'ultima sia adattata alle dimensioni tipiche servite nel Paese; le informazioni sull'UA devono essere parte di attività globali di informazione ai consumatori.

È stato anche suggerito che, piuttosto che cercare di accordarsi su una definizione comune di unità alcolica, il contenuto di alcol nella confezione e le linee guida sul consumo potrebbero

essere comunicati al pubblico in termini di “bevande”, senza definire l’esatta dimensione, o semplicemente utilizzando il numero di grammi di alcol puro.

L’obbligo di indicare sulla confezione della bevanda il numero di grammi di alcol puro in esso contenuti ha ricevuto tra gli esperti un ampio supporto, che è aumentato dalla prima alla seconda consultazione (Figura 3) (7).

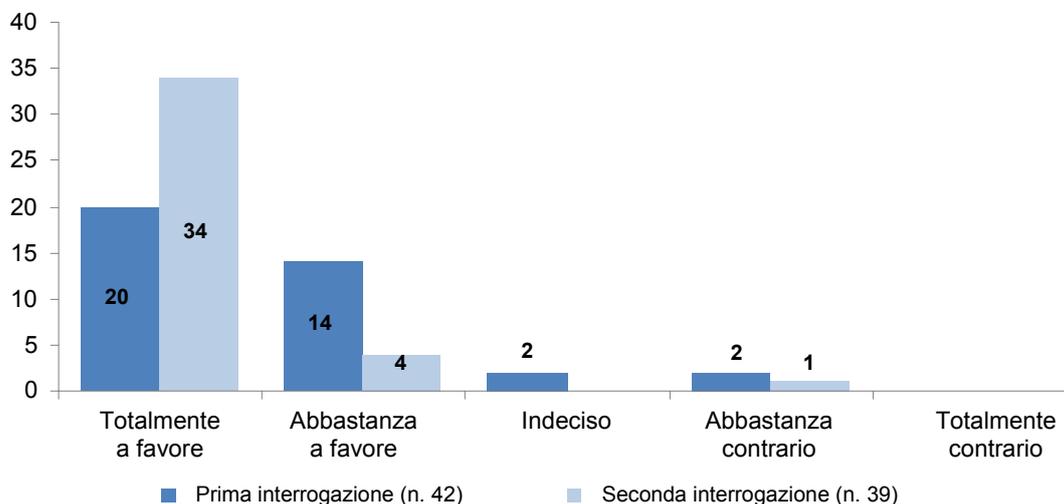


Figura 3. Parere degli esperti sulla indicazione in etichetta dei grammi di alcol puro contenuti nella confezione di bevande alcolica

Gli argomenti più ampiamente supportati a favore di tale approccio sono stati che il fornire la quantità di alcol puro in grammi sull’etichetta potrebbe correggere le percezioni distorte sul contenuto di alcol di alcuni tipi di bevande, e rendere più facile per i consumatori la conoscenza sulla gradazione delle bevande. Un altro argomento ampiamente sostenuto è stato che i grammi di alcol puro possono applicarsi in tutti i Paesi a prescindere dalle definizioni di UA nazionali o della grandezza della bevanda tipica servita.

Diversi i suggerimenti degli esperti per migliorare l’utilità dell’approccio del contenuto in grammi sulla confezione delle bevande:

- Indicare sia i grammi che le UA sulle confezioni per aumentare la comprensione dei consumatori.
- Sviluppare un approccio parallelo per il commercio, laddove vengono servite le bevande alcoliche (*on-trade*) per indicare il contenuto di alcol delle bevande servite.
- Fornire informazioni in grammi nelle scuole e attraverso i media.
- Integrare le suddette informazioni a politiche che includono la formazione del personale adibito a servire le bevande alcoliche ai consumatori.

Avvertenze sui rischi per la salute sulle etichette delle bevande alcoliche

Le etichette sui contenitori, oltre alle informazioni sul contenuto alcolico delle bevande, servono ad altri scopi tra cui la fornitura di informazioni di base sul prodotto, sulla sua commercializzazione, e sui rischi per la salute del prodotto (*warning*) (30). Da una valutazione (*audit*) condotta per conto della Commissione Europea nel 2013 è stato evidenziato che solo una

su cinque di più di 25000 bevande alcoliche messe in vendita in 15 Stati Membri portava un messaggio correlato alla salute sull'etichetta (31). Il messaggio più comune è stato l'avvertenza (*warning*) contraria al consumo di alcol durante la gravidanza. La presenza di 5 tipi di messaggi per la salute sono stati considerati nella valutazione: le specifiche in grammi e UA delle confezioni, il consumo in gravidanza, il consumo alla guida, i limiti legati di età per l'acquisto, il consumo con moderazione.

La legislazione dell'Unione Europea (UE) in materia di etichettatura prevede una deroga temporanea per le bevande alcoliche del dover includere le informazioni nutrizionali sulla confezione (Regolamento (EU) 1169/2011 relativo alla fornitura di informazioni sugli alimenti ai consumatori). Il diritto dell'UE richiede solo che sulle etichette vengono visualizzati la concentrazione percentuale % in volume e la presenza di eventuali allergeni comuni, quali i solfiti nel vino. Non esiste una normativa europea sull'uso delle avvertenze sui rischi per la salute sulle confezioni delle bevande alcoliche. La Francia ha promulgato una legge che richiede che tutte le bevande alcoliche richiamino con avvertenze sul rischio di danni al feto da alcol durante la gravidanza. L'avviso può essere presentato come un pittogramma o come testo. In Lituania, a partire da novembre 2016 è richiesto un avvertimento pittorico sui rischi di alcol durante la gravidanza nei contenitori delle bevande alcoliche (Legge della Repubblica della Lituania, articolo 9, legge No. I-857 sul controllo dell'alcol. Notifica alla Commissione Europea n. 2015/242/LT). L'Irlanda ha pubblicato una legislazione per fornire con le etichette delle bevande alcoliche informazioni sul numero di grammi di alcol per contenitore, il contenuto calorico, informazioni generali sulla salute, informazioni in relazione al consumo di alcol in gravidanza, e dettagli di un sito web in grado di fornire informazioni sulla salute pubblica in relazione al consumo di alcol (*The Public Health Alcohol Bill 2015*). Questa legislazione è attualmente in attesa di entrare in vigore.

Negli Stati Uniti, le avvertenze sui rischi per la salute sono state richieste nei contenitori di bevande alcoliche a partire dal 1989. L'avvertenza governativa degli Stati Uniti mette in evidenza i rischi del consumo di alcol alla guida, del consumo di alcol e l'utilizzo di macchinari, sul consumo di alcol in gravidanza e altro (32). Le valutazioni di tali avvertenze sanitarie obbligatorie sulle bevande alcoliche hanno rivelato alcuni cambiamenti nelle conoscenze, nella consapevolezza e negli atteggiamenti, ma hanno avuto un minimo impatto sulla riduzione del consumo di alcol (32-34). Tuttavia, la maggior parte degli studi di efficacia si basano sulle avvertenze in etichette degli Stati Uniti permanente piuttosto che a rotazione, basato su un testo a piccoli caratteri. È stato sottolineato che il progetto, che non è cambiato dal 1989, non sta raggiungendo lo scopo prefissato (32, 33).

È probabile che fornire informazioni riguardanti la salute sulle etichette delle bevande alcoliche come misura politica autonoma, anche con un avvertimento sui rischi o meno per la salute, sia di scarsa utilità nel ridurre il consumo di alcol. Vi è un ampio accordo, tuttavia, che la politica relativa all'etichettatura sanitaria ha il potenziale di cambiare il comportamento se effettuata nell'ambito di una vasta gamma di misure di sanità pubblica e se le avvertenze per la salute o la sicurezza sono a rotazione, sotto forma di grafici, ben visibile, di dimensioni sufficienti, e posti sul fronte dei contenitori (30, 32, 33, 35).

Il consenso a fornire avvertenze sui rischi per la salute sui contenitori delle bevande alcoliche è ampio. Secondo uno studio di Eurobarometer, nel 2007 il 77% dei cittadini dell'UE è favorevole all'introduzione di avvertenze rivolte a donne in gravidanza e ai conducenti di veicoli sia sulle bottiglie delle bevande che nei messaggi pubblicitari delle stesse (36). L'indagine online RARHA condotta da Eurocare nel 2015 tra i consumatori ha indicato che la maggior parte dei consumatori in tutte le fasce d'età ritiene non adeguate le informazioni sui contenitori delle bevande alcoliche riguardanti la salute e ne gradirebbe di più (6) (Figura 4).

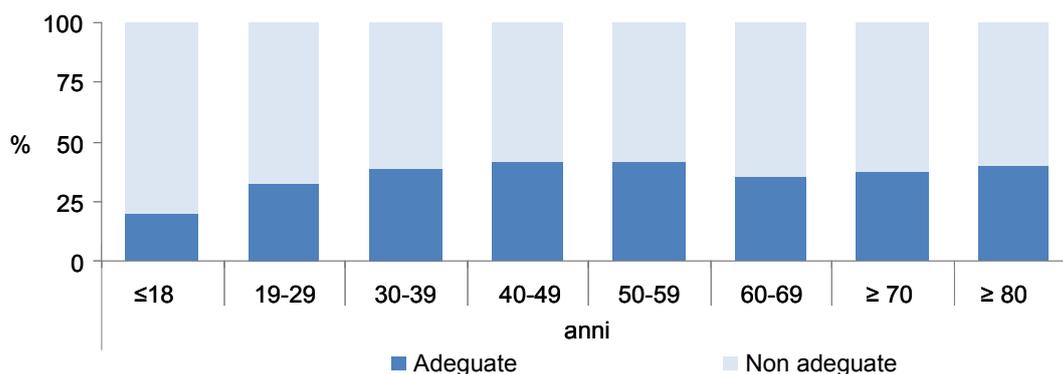


Figura 4. Parere dei consumatori sulla adeguatezza delle informazioni riguardanti la salute sui contenitori delle bevande alcoliche, per classe di età (6)

Oltre a ciò, nella indagine Delphi RARHA, gli esperti di salute pubblica e delle dipendenze considerano che il contenuto calorico sia l'informazione più utile da fornire ai consumatori sui contenitori delle bevande alcoliche, seguito da informazioni su eventuali additivi – come conservanti o prodotti per la colorazione – così come la quantità di zucchero nella bevanda o l'uso di dolcificanti artificiali. È stato inoltre raggiunto un ampio consenso tra il gruppo di esperti sulla richiesta di una legge in tutti i Paesi dell'Unione Europea con messaggi relativi ai rischi per la salute o la sicurezza sia sui contenitori delle bevande alcoliche che sulle pubblicità (7) (Figura 5).

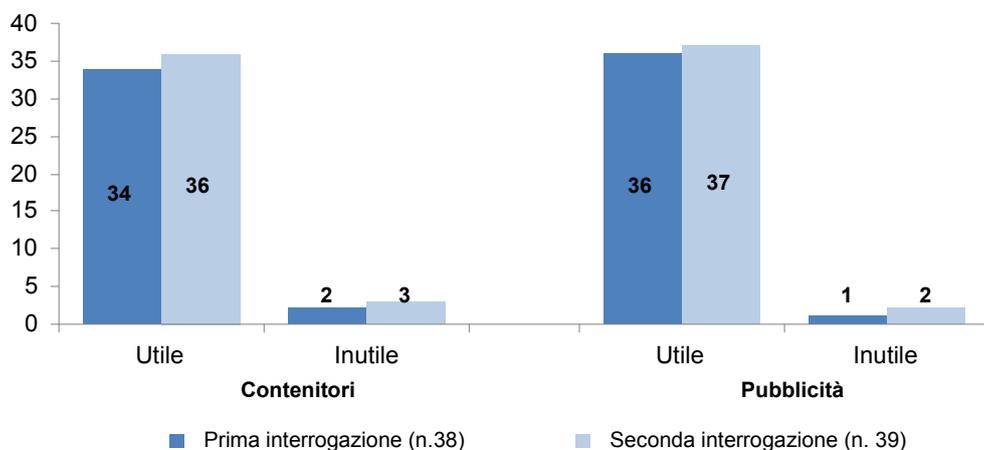


Figura 5. Parere degli esperti sulla utilità dei messaggi di rischio per la salute obbligatori sui contenitori e sulla pubblicità delle bevande alcoliche

Gli argomenti degli esperti a favore della fornitura di informazioni sui rischi per la salute hanno sottolineato che tali informazioni sono un diritto del consumatore, che fornire informazioni sui rischi dell'alcol sarebbe anche coerente con altri messaggi di sanità pubblica (es. il tabacco) e che tali messaggi colmerebbero le lacune informative. Una gamma di rischi specifici da evidenziare suggeriti dagli esperti includono: il consumo di alcol in gravidanza, alcol e guida, alcol e farmaci, la vulnerabilità dei minori, gli effetti sul cervello, la perdita di

autocontrollo, la violenza, la diminuita percezione del rischio e la natura da dipendenza dell'alcol (7).

Quando è stato chiesto di votare una lista chiusa di avvertenze per la salute sulle etichette delle bevande alcoliche, gli intervistati del sondaggio online di Eurocare hanno considerato il rischio di danni al feto come il più importante da mettere in evidenza, seguito dai rischi della guida sotto l'influenza dell'alcol, il consumo di alcol tra i minori, l'associazione alcol e farmaci, il rischio di sviluppare una malattia epatica o un cancro (6).

Conclusioni

Il concetto di UA è stato introdotto come mezzo per fornire informazioni ai consumatori e aiutarli a misurare il proprio consumo di alcol. È spesso usato per descrivere i livelli di consumo di alcol quando si comunicano le linee guida delle autorità pubbliche in materia di consumo a basso rischio. Nei Paesi europei i principali contesti di uso del concetto di UA sono 3:

- nelle indagini sulle abitudini di consumo per aiutare gli intervistati a riferire il proprio consumo di alcol;
- nelle linee guida nazionali per descrivere i livelli di consumo di alcol associati a basso/alto rischio;
- sulle bottiglie delle bevande alcoliche o altro contenitore per indicare la quantità di alcol puro contenuto nella confezione.

La UA è definita come una quantità di qualsiasi bevanda alcolica contenente un determinato numero di grammi di alcol puro. Nei Paesi europei il valore più comune è 10, seguita da 12g di alcol puro. Nonostante l'apparente semplice definizione può essere difficile per i consumatori stimare ciò che costituisce esattamente una UA e calcolare il proprio consumo di alcol in UA, soprattutto per diversi tipi di bevande in contenitori di grandezza diversa. Una revisione delle evidenze indicano che, mentre sembra esserci la consapevolezza del termine UA, i consumatori non sono in grado di definire con precisione una UA. Essi tendono a sovrastimare i volumi, a versare una quantità maggiore di bevande rispetto ad una quantità standard, e a dichiarare un livello di consumo più basso.

Secondo le informazioni raccolte dalla *Joint Action RARHA*, vi è ampio consenso tra gli esperti di salute pubblica e delle dipendenze contattati nel concordare una definizione comune europea di UA. Considerata la variabilità tra Paesi nella quantità di alcol in una UA, non è chiaro se l'adozione di una definizione comune possa essere fattibile.

Per i consumatori, per avere una conoscenza concreta dell'UA è necessario che siano note le dimensioni standard di un'unità versata nel Paese, e ci sono motivi per sostenere che la dimensione della UA per un determinato Paese dovrebbe riflettere la grandezza del più comune contenitore o della misura servita in quel Paese. Un modo potenziale per affrontare le difficoltà dei consumatori di calcolare con precisione il loro consumo è quello di immettere informazioni nei contenitori delle bevande standard sul numero di UA contenuti. Mentre l'etichettatura in UA doterebbe meglio i bevitori di informazioni da seguire per limitare il rischio di danni, la mancanza di una definizione comune di UA potrebbe rappresentare un ostacolo per l'emanazione di una normativa nazionale ed esigere le informazioni all'interno del mercato unico dell'Unione europea.

Un'alternativa praticabile, ampiamente sostenuta tra gli esperti di salute pubblica e delle dipendenze, è indicare il contenuto di alcol nel contenitore della bevanda in grammi di alcol puro. I grammi in una bottiglia, o altro contenitore, possono essere facilmente collegati ad una definizione nazionale di UA in grammi e con le linee guida sul consumo a basso rischio specifico in grammi di alcol puro. Le minime informazioni attuali di salute sui contenitori delle

bevande in Europa sono ritenute inadeguate sia dai consumatori che dagli esperti. Gli esperti di salute pubblica e delle dipendenze consultati nell'indagine Delphi RARHA considerano il contenuto calorico di una bevanda come l'informazione più utile sul contenitore, seguito da informazioni sugli additivi, zuccheri e altri dolcificanti nel prodotto. Inoltre, è stato richiesto agli esperti cosa ne pensano di messaggi sui rischi per la salute obbligatori sulle confezioni delle bevande e nei messaggi pubblicitari. Tali messaggi sono anche ampiamente condivisi dai cittadini dell'UE. Ottenere informazioni sulle implicazioni per la salute del consumo di bevande alcoliche è un diritto del consumatore, e porre informazioni sulla confezione è un approccio potenzialmente efficace per colmare le lacune nelle informazioni, in particolare se ciò è utilizzato come parte di attività di comunicazione globale di sanità pubblica.

Bibliografia

1. Food Standards Australia and New Zealand. *Labelling of alcoholic beverages: user guide*. Food Standards Australia and New Zealand; 2014.
2. Campden BRI. *Monitoring Implementation of Alcohol Labelling Regime: Stage 2 (including advice to women on alcohol and pregnancy)*. Chipping Campden, UK: CAMDEN Ltd; 2009.
3. Scafato E, et al. *Low risk drinking guidelines in Europe: overview of RARHA survey results*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016.
4. Coughlan S, Doyle J. *Standard drink definitions, communication approaches and public understanding*. Dublin: Health Service Executive; 2015.
5. Mongan D, Long J. *Standard drink measures in Europe: Peoples' understanding of standard drinks and their use in drinking guidelines, alcohol surveys and labeling*. Dublin: Health Research Board; 2015.
6. Tricas-Sauras S, et al. *Consumer survey on communication of alcohol associated risks*. European Alcohol Policy Alliance; 2015.
7. Montonen M. *RARHA Delphi survey: "Low risk" drinking guidelines as a public health measure*. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2016.
8. Greenfield T, Kerr W. Alcohol measurement methodology in epidemiology: recent advances and opportunities. *Addiction* 2008;103(7):1082-99.
9. Knibbe R, Bloomfield K. Alcohol Consumption Estimates in Surveys in Europe: Comparability and Sensitivity for Gender Differences. *Substance Abuse* 2001;22(1):23-38.
10. Wilkinson C, et al. Alcohol pouring practices among 65- to 74-year-olds in Western Australia. *Drug And Alcohol Review* 2011;30(2):200-6.
11. Kaskutas L, Graves K. An alternative to standard drinks as a measure of alcohol consumption. *Journal of Substance Abuse* 2000;12(1-2):67-78.
12. Stockwell T, et al. Under-reporting of alcohol consumption in household surveys: a comparison of quantity-frequency, graduated-frequency and recent recall. *Addiction* 2004; 99(8): 1024-1033.
13. Dawson D. Volume of ethanol consumption: Effects of different approaches to measurement. *Journal of Studies on Alcohol* 1998; 59: 191-197.
14. Dawson D. Defining risk drinking. *Alcohol Research & Health*, 2011;34(2):144-56.
15. Hope A. *A Standard Drink in Ireland: What strength?* Health Service Executive – Alcohol Implementation Group; 2009.
16. Kerr W, Stockwell T. Understanding standard drinks and drinking guidelines. *Drug And Alcohol Review* 2012; 31(2): 200-205.

17. Martin-Moreno J, *et al.* Enhanced labeling on alcoholic drinks: reviewing the evidence to guide alcohol policy. *Eur J Public Health* 2013; 23(6): 1082-7.
18. Stockwell T, *et al.* A test of the proposal to label containers of alcoholic drink with alcohol content in Standard Drinks. *Health Promotion International*, 1991; 6(3): 207-15.
19. Stockwell T, *et al.* The effect of ‘standard drink’ labeling on the ability of drinkers to pour a ‘standard drink’. *Australian Journal Of Public Health*, 1991; 15(1): 56-63.
20. Osiowy M, *et al.* How much did you actually drink last night? An evaluation of standard drink labels as an aid to monitoring personal consumption. *Addictive Research and Theory* 2014;23(2):163-9.
21. Ipsos MRBI. *Alcohol: public knowledge, attitudes and behaviours*. Dublin: Health Research Board; 2012.
22. Office for National Statistics. *Opinions Survey Report No. 42. Drinking: adults’ labeling and knowledge in 2009. Newport*: Office for National Statistics; 2010.
23. Sharp C, *et al.* *Attitudes towards alcohol in Scotland: results from the 2013 Scottish Social Attitudes Survey*. Edinburgh: Scot Cen Social Research; 2014.
24. de Visser R, Birch J. My cup runneth over: young people’s lack of knowledge of low-risk drinking guidelines. *Drug And Alcohol Review* 2012;31(2):206-12.
25. Lemmens P. The alcohol content of self-report and ‘standard’ drinks. *Addiction* 1994;89(5):593-601.
26. Gill J, Donaghy M. Variation in the alcohol content of a ‘drink’ of wine and spirit poured by a sample of the Scottish population. *Health Education Research* 2004;19(5):485-91.
27. Boniface S *et al.* Actual and perceived units of alcohol in a self-defined “usual glass” of alcoholic drinks in England. *Alcoholism, Clinical And Experimental Research* 2013;37(6):978-83.
28. Gual A, *et al.* Does the concept of a standard drink apply to viticultural societies? *Alcohol & Alcoholism*, 1999;34(2):153-60.
29. Wansink B, van Ittersum K. Shape of glass and amount of alcohol poured: comparative study of effect of practice and concentration. *BMJ* 2005;331(7531):1512-4.
30. European Alcohol Policy Alliance (EUROCARE). *What’s not on the bottle? Brief overview of state of play in alcohol labeling*. Brussels: Eurocare; 2011.
31. Botterman S, *et al.* *State of play in the use of alcoholic beverage labels to inform consumers about health aspects*. Brussels: European Commission; 2014.
32. Wilkinson C, Room R. Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. *Drug Alcohol Rev* 2009;28(4):426-35.
33. Stockwell T. *A review of research into the impacts of alcohol warning labels on attitudes and behaviour*. University of Victoria: Centre for Addictions Research of BC; 2006.
34. Babor T, *et al.* *Alcohol: No ordinary commodity – research and public policy*. Second Edition. New York: Oxford University Press; 2010.
35. Coomber K, *et al.* Do consumers ‘Get the facts’? A survey of alcohol warning label recognition in Australia. *BMC Public Health* 2015;15: 816.
36. TNS Opinion & Social. *Attitudes towards alcohol. Special Eurobarometer 272*. Brussels: European Commission; 2007.

ORIENTAMENTI PER RIDURRE I DANNI ALCOL-CORRELATI NEI GIOVANI

Rebekka Steffens, Doris Sarrazin

Coordination office for drug-related issues, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster Germania

I giovani sono particolarmente vulnerabili ai danni alcol-correlati. Fornire loro una protezione è stato evidenziato come un tema prioritario nella strategia europea sull'alcol del 2006 (1) e nel piano d'azione su alcol e consumo episodico eccessivo nei giovani per gli anni 2014-2016 (2).

Nella *Joint Action RARHA* fornire orientamenti per ridurre i danni alcol-correlati per i giovani è stato un argomento specifico affrontato e coordinato dall'ufficio di coordinamento per le questioni relative alla droga *Landschaftsverband Westfalen-Lippe*, Germania. Conformemente al piano d'azione, e tenendo presente che i 18-25 anni di età sono un gruppo con un consumo di alcol in genere elevato, il gruppo target è stato definito come "i giovani fino all'età di 25 anni".

Istantanea del consumo di alcol tra i giovani in Europa

Il consumo di alcol da parte dei giovani è comune in tutti i Paesi europei, incluso il bere per ubriacarsi, nonostante un quadro normativo che non consente il consumo da parte di persone con un'età minima che comunemente è fissata a 18 anni.

Nello studio *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs- ESPAD* del 2015, in tutti i Paesi partecipanti, eccetto l'Islanda, più della metà degli studenti di 15-16 anni di età che hanno risposto al sondaggio aveva bevuto alcol almeno una volta durante la loro vita (lo studio ESPAD riguarda la maggior parte dei Paesi europei, con 35 Paesi partecipanti nel 2015, 24 dei quali Stati Membri dell'Unione Europea, UE). Quasi la metà ha riportato il consumo di alcol dall'età di 13 anni o prima di tale età. Le medie in tutti i Paesi sono state dell'80% per un consumo nel corso della vita e il 48% per un consumo nei 30 giorni precedenti l'indagine. Una media del 13% ha riferito di essersi intossicata almeno una volta nel corso degli ultimi 30 giorni. Ci sono state differenze significative tra i Paesi, con molti Paesi nordici e molti Paesi balcanici tra quelli con i tassi di prevalenza più bassi. L'analisi delle tendenze in 25 Paesi, ove dati erano disponibili a partire dal 1995, ha mostrato un leggero calo negli ultimi dieci anni nei tassi di prevalenza del consumo di alcol nel corso della vita, così come del consumo episodico eccessivo nel corso dell'ultimo mese (3).

Il quadro giuridico per ridurre l'accesso all'alcol ai minorenni varia ampiamente tra Paesi e all'interno degli Stati Membri dell'UE (4). I limiti minimi di età si differenziano per l'acquisto, il consumo e il possesso, in base al luogo in cui le bevande alcoliche sono acquistate o consumate, vale a dire tra *on-premise* (es. bar e ristoranti) e *off-premise* (es. negozi ove sono vendute le bevande alcoliche), aree pubbliche e private. Nella maggior parte dei Paesi Membri dell'UE il limite di età è di 18 anni indipendentemente sia dal contenuto di alcol della bevanda che dal punto vendita (on-premise o off-premise). Tuttavia, l'intervallo di età va dai 16 ai 20 anni, a seconda della gradazione alcolica e del punto vendita. In diversi Paesi europei, l'età minima per essere venduto alcol o servito è 16 anni.

Nonostante i limiti di età di legge, le bevande alcoliche sono percepite come facilmente disponibili dai giovani in Europa. Nello studio ESPAD del 2015, il 78% degli studenti in tutti i Paesi partecipanti ha dichiarato che, all'occorrenza, è facile ottenere bevande alcoliche (3). Questo suggerisce la mancanza del rispetto dei limiti di età di legge e un basso livello complessivo di controllo delle normative vigenti. La mancanza di rispetto dei limiti di età è stata collegata alle differenze tra Paesi dell'UE in misure legali per sostenere l'applicazione, quali i metodi e gli strumenti per la verifica dell'età, il divieto di vendita di alcolici in internet e l'obbligatorietà al controllo dell'età nei punti vendita (4). In alcuni casi la differenza dei limiti di età all'interno dello stesso Paese è un ulteriore fattore alla base del basso sostegno all'applicazione.

Effetti dannosi dell'alcol nei giovani

Il consumo di alcol nell'adolescenza può avere numerosi effetti negativi a breve e a lungo termine, tra cui conseguenze sociali, fisiche, psicologiche e neurologiche che sopraggiungono nella vita adulta.

Bere per ubriacarsi (*binge drinking*, consumo episodico eccessivo) è un fenomeno comune nelle culture giovanili associato a gravi rischi per la salute e che può moltiplicare i rischi negativi a breve e lungo termine soprattutto per i bambini e gli adolescenti (5). In connessione con le condizioni di comorbidità come la depressione, i disturbi d'ansia o fobie, e gli eventi traumatici della vita, il consumo episodico eccessivo aumenta il rischio di tentativi di suicidio e di suicidi (6).

Nel sondaggio ESPAD, gli studenti hanno segnalato una serie di conseguenze negative a breve termine del consumo di alcol, tra cui problematiche individuali (scarso rendimento scolastico o insuccesso scolastico, incidenti, infortuni e ricovero in ospedale), problemi nelle relazioni, problemi sessuali (es. rapporti sessuali non protetti) e problemi di delinquenza (scontri, vittimizzazione da rapina e furto, e problemi con la polizia) (7).

Gli incidenti stradali sono il più grave rischio e la causa principale di morte per i giovani; molti degli incidenti stradali degli adolescenti sono collegati al consumo di alcol (6). Il consumo regolare di alcol da parte dei giovani si presenta spesso insieme ad altri comportamenti a rischio, come l'uso di tabacco o droghe illegali e comportamenti sessuali a rischio. Iniziatori precoci, bevitori eccessivi e ragazzi impegnati in comportamenti multipli a rischio sono particolarmente soggetti a sperimentare gli esiti negativi per la salute (7).

Conseguenze a lungo termine del consumo di alcol includono i danni agli organi e alle cellule nervose, i danni cerebrali, la cirrosi epatica e diversi tipi di cancro (8). I giovani sono particolarmente a rischio di lesioni nello sviluppo del cervello (9, 10) in particolare della regione corticale, quella che influenza lo sviluppo cognitivo, emotivo e sociale (11). I giovani con disturbi alcol-correlati possono visualizzare i deficit strutturali e funzionali nello sviluppo del cervello rispetto ai coetanei che non consumano alcol. Inoltre, bere pesante durante l'adolescenza può influenzare il normale funzionamento del cervello durante l'età adulta (12).

Metodologia sugli orientamenti per ridurre i danni alcol-correlati nei giovani

Nella *Joint Action RARHA* sono state condotte attività per avere una panoramica delle linee guida esistenti nei Paesi europei per ridurre il consumo di alcol, sulle conoscenze delle

conseguenze a breve e lungo termine del consumo di alcol tra i giovani e sulle attitudini e le opinioni di un gruppo europeo di esperti sulle tematiche specifiche.

All'inizio le attività sono consistite in una revisione della letteratura pertinente e in un'indagine rivolta ai membri del *Committee on National Alcohol Policy and Action* (CNAPA) e ad esperti identificati dagli stessi. Lo scopo principale era quello di raccogliere informazioni sulle linee guida esistenti per quanto riguarda il consumo di alcol dei giovani negli Stati Membri dell'UE, l'Islanda, la Norvegia e la Svizzera. Le informazioni sono state ottenute da 27 Paesi.

Per esplorare il grado di consenso a questo riguardo, due interrogazioni (mediante analisi Delphi) sono state effettuate; l'indagine ha coinvolto un gruppo di circa 60 esperti europei sul consumo di alcol e giovani, impegnati nella ricerca o nella prevenzione e identificati dai membri del CNAPA. L'attenzione si è concentrata sulle informazioni/raccomandazioni (*advice*) qualitative per i giovani stessi, i genitori e gli operatori e sulle strategie per ridurre il rischio, piuttosto che sulle linee guida sul consumo in termini di bevande standard o unità. Altri temi affrontati dall'indagine Delphi hanno riguardato il punto di vista degli esperti sulle aree prioritarie di azione e buona pratica per ridurre i danni da alcol nei giovani. In alcuni casi è stato raggiunto un ampio consenso tra gli esperti, in altri casi i punti di vista differivano. Un riassunto dettagliato sui punti di consenso e di disaccordo è presentato in un articolo a cui si rimanda per maggiori dettagli (13).

Guida su alcol e giovani nei Paesi europei

Secondo l'indagine RARHA, in 16 Paesi una guida su alcol e giovani è stata pubblicata autonomamente, mentre in 10 Paesi la guida è inserita in un piano d'azione, o strategia nazionale più ampia. Nella maggior parte dei casi, la guida su giovani e alcol è rilasciata da enti governativi, da società scientifiche o associazioni mediche; meno formalmente fornite da centri di prevenzione, o disponibile nei siti web sono state segnalate in 5 Paesi. Esse si rivolgono direttamente ai giovani in 18 Paesi, ai genitori in 17 Paesi, e ai professionisti, soprattutto nei settori dell'istruzione e della sanità, in 17 Paesi.

Tali orientamenti in materia di alcol e giovani comprendono dichiarazioni e raccomandazioni di carattere generale, nonché indicazioni specifiche per gruppi di età e genere. In generale, ai giovani si suggerisce di non bere affatto se minorenni, bere il meno possibile ed evitare di bere per ubriacarsi *binge drinking*.

Pareri degli esperti della *Joint Action RARHA*

Il gruppo di esperti europeo sulla tematica alcol e giovani che hanno partecipato alla specifica indagine Delphi hanno raggiunto un consenso su molti punti e su una serie di raccomandazioni di carattere generale che riguardano il consumo di alcol tra i giovani.

La maggior parte degli esperti ha sostenuto lo sviluppo di linee guida sul consumo di alcol tra i giovani congiuntamente da parte di enti governativi, società scientifiche e associazioni mediche, con la partecipazione del gruppo target. La condivisione sui rischi e le conseguenze dell'alcol nei giovani è stata ampia. La maggior parte degli esperti ha convenuto che le linee guida per i giovani dovrebbero concentrarsi sulle conseguenze a breve termine in quanto sono più rilevanti per i giovani e avere un impatto maggiore sul loro comportamento. Tuttavia, è stato anche ritenuto importante includere le informazioni sulle conseguenze a lungo termine, dal

momento che i giovani hanno il diritto di essere pienamente informati dei rischi che comporta il consumo di alcol.

Rispetto agli orientamenti per i giovani, la stragrande maggioranza degli esperti concorda sul fatto che i ragazzi di età inferiore ai 16 anni non dovrebbero bere. Mentre i giovani di età compresa tra i 16 e 17 anni idealmente non dovrebbero bere, la maggior parte è d'accordo che suggerimenti/informazioni per minimizzare il rischio e informazioni comprensive dovrebbero essere fornite per questa particolare fascia di età al fine di tener conto della loro effettiva realtà e ambiente. In diversi Paesi, le linee guida per i giovani comprendono orientamenti per la minimizzazione del rischio, come ad esempio sul fatto che i giovani non dovrebbero bere se minorenni, ma se lo fanno, da tenere a mente la prudenza, come non bere alcolici per placare la sete, alternare bevande alcoliche con altre analcoliche, bere lentamente, prendere le bevande con un contenuto alcolico inferiore, astenersi dal bere in situazioni particolari (ad esempio, a scuola, al lavoro, quando si guida, se malati o se si assumono farmaci, durante la gravidanza e allattamento, se ci si sente depressi, infelici o se si hanno istinti suicidari). Per il gruppo di 18 a 25 anni di età la maggior parte degli intervistati ha convenuto che le linee guida dovrebbero concentrarsi sulla riduzione dei danni da *binge drinking*/consumo episodico eccessivo.

Riferendosi agli orientamenti per i genitori, mentre la gran parte delle informazioni sulle linee guida esistenti è diretta ai genitori, l'importanza del loro ruolo nella riduzione dei danni alcol-correlati per i loro figli ha bisogno di essere comunicato maggiormente a chi si prende cura dei ragazzi e ai professionisti. I genitori hanno bisogno di ricevere informazioni/raccomandazioni su come reagire al consumo di alcol dei propri figli e dei loro aspetti problematici. I genitori hanno una responsabilità educativa e sono un modello in termini di comportamento rispetto al consumo di alcol. La comunicazione tra genitori e figli è fondamentale nel ridurre i danni alcol-correlati nei giovani, ritardando l'insorgenza dell'inizio del consumo di alcol e mantenendolo al minimo una volta avviato. I genitori dovrebbero ricevere informazioni sul primo soccorso, sugli effetti dell'alcol, sullo sviluppo del cervello e sull'impatto delle sostanze stupefacenti, nonché orientamenti pratici su come impostare le regole riguardanti l'alcol insieme con i figli, come monitorarli, come comportarsi durante festeggiamenti e la questione del trasporto.

Infine, le linee guida esistenti forniscono anche, in una certa misura, un orientamento per i professionisti che lavorano con i giovani o con i loro genitori. Servizi di supporto devono essere disponibili per i bambini e i giovani con problemi alcol-correlati, nonché per i loro genitori. Ai genitori dovrebbero essere forniti orientamenti sulla modalità di comunicazione con i professionisti nel settore della scuola o della salute. Le competenze individuali e collettive dei professionisti devono essere rafforzate per consentire loro di contribuire a ritardare la sperimentazione e la transizione dal consumo occasionale al consumo regolare, e per prevenire il consumo rischioso, consumo dannoso e l'alcol-dipendenza.

Le guide nei Paesi ove sono disponibili comprendono posizioni e raccomandazioni per diversi gruppi di età, cioè i ragazzi al di sotto di 16 anni, da 16 a 17 anni, e i giovani con più di 18 anni. Le raccomandazioni per i minori sono particolarmente sensibili dal momento che le norme di legge per quanto riguarda l'età minima per l'acquisto e la somministrazione di alcol differiscono tra Paesi. Gli orientamenti raccolti nei Paesi europei contengono in parte informazioni contraddittorie che suggeriscono sottostanti differenze tra Paesi in opinioni, atteggiamenti e ideologie.

I risultati dell'indagine Delphi ritraggono un mix di atteggiamenti e opinioni sul consumo di alcol dei giovani che pone una sfida nell'allineare le indicazioni da fornire ai genitori, ai professionisti e ai giovani stessi. Punti di disaccordo nell'indagine Delphi per lo più riflettono differenze di atteggiamenti di fondo tra gli intervistati. Mentre alcuni esperti promuovono strettamente la tolleranza zero per tutti i soggetti di età inferiore a 18, altri sostengono un

approccio minimizzante il rischio per coloro che comunque bevono, ponendo l'accento sulla realtà del consumo di alcol nei giovani.

Nella prima interrogazione dell'indagine Delphi, gli intervistati sono stati invitati a nominare i fattori in grado di supportare i giovani a sviluppare un atteggiamento sano rispetto al consumo di alcol nel loro ambiente di vita che, alla seconda interrogazione sono stati quindi classificati. Gli esperti hanno valutato come il più importante il ritardo nell'inizio del consumo di alcol, il ruolo dei genitori come modelli e genitori ben informati, la comunicazione di messaggi di prevenzione vicini alla realtà dei giovani e la prevenzione del *binge drinking*.

Aree di azione per ridurre i danni alcol-correlati nei giovani

Nel Piano d'azione europeo sul consumo di alcol nei giovani e sugli episodi di consumo episodico eccessivo per gli anni 2014-2016 sono state evidenziate sei aree di intervento: la riduzione del consumo episodico eccessivo, la riduzione dell'accessibilità e della disponibilità di bevande alcoliche per i giovani, la riduzione dell'esposizione dei giovani al marketing e pubblicità dell'alcol, la riduzione dei danni da alcol durante la gravidanza, garantire un ambiente sano e sicuro per i giovani, e sostenere il monitoraggio e la ricerca. Tutte queste aree di azione sono state considerate rilevanti dagli esperti ma a due è stata data la massima priorità: la riduzione del consumo episodico eccessivo e la riduzione dell'esposizione dei giovani al marketing e pubblicità sull'alcol.

Nella prima interrogazione Delphi, gli esperti sono stati invitati a indicare misure di buone pratiche per la riduzione dei danni legati all'alcol nei giovani che sono state successivamente classificate dagli stessi nella seconda interrogazione. I risultati mostrano che la massima priorità è stata data alla riduzione dell'accessibilità dell'alcol per i giovani.

1. Ridurre l'accessibilità dell'alcol per i giovani.
2. Sviluppare una politica integrata con l'obiettivo di ridurre i danni alcol-correlati nei giovani.
3. Ridurre l'accessibilità per i giovani, per esempio con l'introduzione di una politica sul prezzo minimo e / o aumentando le tasse.
4. Regolare il marketing dell'alcol.
5. Regolare, rinforzare e controllare le norme di legge.
6. Promuovere misure di prevenzione nei contesti che hanno a che fare con la vita dei giovani, ad esempio online o nella vita notturna.
7. Sensibilizzare sui danni alcol correlati per i giovani, per esempio migliorando le informazioni rilevanti e di educazione per il pubblico in generale.

Quando gli esperti sono stati invitati a fornire esempi di misure concrete con cui la riduzione dell'accessibilità dell'alcol per i giovani potrebbe essere raggiunta, gli approcci suggeriti da uno o più esperti sono i seguenti:

- *Riduzione dell'accessibilità*
 - Aumentare le tasse e i prezzi.
- *Regolazione della disponibilità fisica*
 - Innalzare l'età legale per il consumo, in combinazione con il rinforzo dei controlli.
 - Rafforzare l'applicazione della legge.
 - Attuare norme di legge per i giovani al di sotto del limite di età legale per l'acquisto di alcolici.

- *Restrizione degli orari di apertura e riduzione di densità dei punti vendita*
 - Limitare l’orario di apertura dei locali e di vendita.
 - Disporre il divieto di vendita di alcolici dopo una certa ora.
 - Attuare il monopolio di vendita al dettaglio dell’alcol.
- *Gestione degli ambienti ove si beve*
 - Aumentare i controlli e le verifiche in occasione di eventi e nei locali in cui viene venduto l’alcol.
 - Effettuare sanzioni per negozi che vendono bevande alcoliche ai giovani al di sotto dell’età legale.
 - Rendere disponibili avvisi automatici alla cassa dei supermercati.
 - Sensibilizzare e formare il personale di vendita, relativamente alle norme per l’acquisto di alcol.
 - *Mystery shopping* (acquisti in incognito).
 - Far applicare il divieto di vendita di alcolici a soggetti con intossicazione alcolica.
 - Effettuare prevenzione di comunità.

Esempi di buona pratica

A fianco a queste aree di azione, a due linee di azione è stato dato particolare risalto e cioè:

1. identificazione precoce e l’intervento breve nei giovani;
2. integrazione delle politiche sull’alcol a livello locale.

Per entrambe sono stati identificati esempi di buona pratica dagli esperti europei.

Lo scopo dell’identificazione precoce e dell’intervento breve è quello di valutare i soggetti con consumo di alcol a rischio e intervenire monitorandone il miglioramento. (Per ulteriori approfondimenti, si veda il capitolo successivo). Vari strumenti possono essere utilizzati per lo screening e l’identificazione di soggetti con un consumo di alcol a rischio. La maggior parte degli studi che hanno valutato gli strumenti di identificazione e intervento breve con i giovani sono stati svolti nelle scuole, nei dipartimenti di emergenza e nei campus universitari. L’identificazione precoce e l’intervento breve sono particolarmente indicati per il contesto delle cure primarie, poiché ai professionisti in questo contesto affluiscono un elevato numero di soggetti che rivedono per un lungo tempo (14). Lo screening del consumo di alcol a rischio nell’assistenza sanitaria primaria secondo la *World Health Organization* fornisce un’opportunità di educare e sensibilizzare l’opinione pubblica sui danni da alcol e su come ridurli, e di adottare misure preventive che hanno dimostrato di essere efficaci nella riduzione dei rischi alcol-correlati.

Un’indagine conoscitiva riporta gli approcci di identificazione precoce con i giovani in 16 Paesi. Nella maggioranza dei casi il test AUDIT (*Alcohol Disorder Identification Test*) (15) o una sua variante è utilizzato per lo screening. Altri test menzionati sono il CRAFFT (16) nella Repubblica Ceca, il CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener*) (17) nel Regno Unito e in Croazia, il SEM-J (*Individueel Screeningsinstrument Ervaringen met Middelengebruik voor Jongeren*) in Belgio (18) e lo strumento di autovalutazione *Kenn dein Limit* in Germania.

Nel complesso, pochi sono gli approcci di intervento breve che sono stati sviluppati specificamente per i giovani. Sulla base delle informazioni raccolte, il contest scolastico e dell’assistenza primaria sono quelli a maggior potenziale di successo.

- In Germania è stato attivato il progetto HaLT, un intervento breve per i giovani ricoverati per intossicazione alcolica (19). Il progetto HaLT si rivolge anche ai genitori e ad altre

figure quali il personale di vendita, gli insegnanti, i membri di associazioni e gli organizzatori di eventi.

- Il programma *Fred goes to school* è usato a Cipro per l'identificazione precoce e l'intervento breve del consumo di tabacco e alcol negli studenti di età compresa tra 12 e 15 anni. Il programma segue il modello *FreD goes net*, adattato a Cipro per le scuole dallo studio pilota tedesco: *FreD – Early Intervention for Young Drug Users* (<http://www.euronetprev.org/projects/fred-goes-net/>).

Passando alla seconda linea di azione, quell'integrazione delle politiche a livello locale, l'importanza del ruolo della comunità locale nella prevenzione dei danni alcol-correlati nei giovani è stata sottolineata ripetutamente nell'indagine Delphi. Per realizzare il potenziale della comunità è necessaria una politica sull'alcol integrata e sotto la guida comunale. Secondo il gruppo di esperti dell'indagine Delphi sui giovani, una politica alcologica integrata a livello locale dovrebbe includere un divieto di bere alcol nelle aree pubbliche (es. parchi, strade, piazze), un orario limitato per la vendita di alcolici nei negozi, bar e ristoranti, e azioni mirate durante feste e nelle scene di vita notturna (ad esempio fornendo trasporto gratuito). Tale politica alcologica integrata mira a cambiare il comportamento degli adulti, così come dei giovani. La cooperazione tra attori diversi nel campo è necessaria. Secondo gli esperti, gli attori da coinvolgere nella politica integrata sull'alcol sono il consiglio comunale o il comune, le autorità sanitarie locali, le scuole, i centri giovanili, i servizi per il tempo libero, lo sport e i club di musica, i rivenditori di alcol (ad esempio negozi di liquori, supermercati, chioschi, stazioni di servizio), i proprietari di bar / associazioni di accoglienza, gli uffici di assistenza sociale per i giovani, gli organizzatori di festival e i media.

Esempi di iniziative politiche locali di successo sull'alcol includono:

- *GigA (Gemeinsam gegen initiativ Alkoholmissbrauch bei Jugendlichen)* in Germania è un approccio che si basa su attività di prevenzione preesistenti a livello locale e favorisce lo scambio e la cooperazione tra i diversi attori al fine di rafforzare la capacità dei comuni nel prevenire i danni alcol-correlati tra i giovani.
- *Stadt, Land, Alkohol* è un approccio per supportare l'adattamento di esempi internazionali di buona pratica per lo sviluppo di politiche alcologiche locali nei comuni tedeschi.
- Gli approcci delle città di Winterthur, Zurigo e St. Gallen in Svizzera per il coinvolgimento di attori locali a protezione dei danni alcol-correlati nei giovani (*Jugendschutzkonzept*).
- Il *RADIX Gesunde Gemeinden* è un approccio usato in Svizzera e in Germania per la promozione della salute e per la prevenzione a livello di comunità che riguarda anche l'alcol e il consumo di altre sostanze con lo scopo di migliorare la qualità di vita nella comunità, così come la protezione dei bambini e dei giovani.
- Azioni nella città di Coimbra, in Portogallo, che coinvolge i comuni, le università, i servizi sanitari e altri settori per promuovere la prevenzione e ridurre il rischio di danno in particolare nella vita notturna e in feste studentesche.
- *Beveu menys* in Catalonia, *Argos* in Murcia, Spagna sono programmi di identificazione precoce e intervento breve popolari e legati ad attività di prevenzione comunitarie più ampie.

Conclusioni e raccomandazioni

Al fine di affrontare la sfida di ridurre i danni alcol-correlati nei giovani, il rinforzo delle norme sull'età legale è un fattore chiave. Attualmente, i limiti di età di legge non sono uguali per tutti gli Stati Membri e scarsa è l'applicazione di tali norme. Quattro su cinque esperti dell'indagine Delphi sui giovani erano a favore di allineare i limiti di età a 18 anni in tutti gli Stati Membri dell'UE.

Il controllo costante dell'applicazione è uno degli strumenti più efficaci per aumentare la conformità con i requisiti minimi di età (4). Quando la maggiore applicazione è utilizzata in combinazione con la formazione del personale che serve l'alcol e ai rivenditori, gli sforzi per migliorare la consapevolezza e il sostegno pubblico possono portare ad un più alto livello di conformità dei limiti di età. L'uso di sanzioni per i clienti minorenni, per proprietari dei punti vendita e il personale, che includano multe, sospensione della licenza di vendita o ordini di chiusura dei locali, è una componente essenziale (20).

La riduzione dei danni alcol-correlati è un compito dell'intera società. Oltre a conseguenze negative del consumo dell'alcol per i giovani stessi, il consumo dannoso colpisce anche l'ambiente circostante e la società intera. Nonostante il consumo di alcol sia da vecchia data nella maggior parte delle culture europee, e anche se la maggioranza consuma alcol in modo moderato, gli effetti negativi del consumo di alcol e degli episodi di consumo eccessivo episodico nei giovani sono ampiamente riconosciuti per i comportamenti anti-sociali, la ridotta efficienza lavorativa, i costi per il sistema sanitario e la disoccupazione, l'assenteismo e la bassa produttività sul posto di lavoro, nonché i disturbi pubblici, i danni alla proprietà, la violenza nei luoghi pubblici e la violenza domestica (2).

Oltre a misure per ridurre l'accessibilità delle bevande alcoliche per i giovani, come quelle sottolineate in precedenza, un compito cruciale nella prevenzione alcolologica è la sensibilizzazione del pubblico in generale e in particolare del personale di vendita e somministrazione dell'importanza di verificare l'età del cliente. Un punto di vista ampiamente condiviso è che per promuovere la consapevolezza e l'applicazione delle norme, è necessaria una politica integrata combinata a misure strutturali e individuali di prevenzione, piuttosto che azioni isolate. Un approccio integrato sarebbe particolarmente importante a livello locale per ridurre la disponibilità di alcol per i giovani, per aumentare la consapevolezza della popolazione in generale e per sostenere i giovani a sviluppare un atteggiamento sano verso il consumo di alcol. Un forte accento dovrebbe essere posto al ruolo chiave dei genitori nella riduzione dei danni alcol correlati per i loro ragazzi.

Bibliografia

1. 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 European Communities; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_com_625_en.pdf ultima consultazione 15/03/2016.
2. Committee on National Alcohol Policy and Action. *Action Plan on Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking (Binge Drinking) (2014-2016)*. CNAPA; 2014. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/alcohol/docs/2014_2016_actionplan_youthdrinking_en.pdf; e nella versione italiana a cura del WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol Related Harm Osservatorio Nazionale Alcol, ISS disponibile all'indirizzo:

- http://www.iss.it/binary/pres/cont/Piano_di_Azione_Consumo_di_Alcol_nei_giovani_e_sul_consumo_eccessivo_episodico_binge_drinking_2014_16.pdf; ultima consultazione 10.01.2017.
3. ESPAD Group. *ESPAD Report 2015. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Luxembourg: European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction; 2016.
 4. Mulder J, de Greeff J. *Eyes on Ages. A research on alcohol age limit policies in European Member States. Legislation, enforcement and research*. Utrecht: Dutch Institute for Alcohol Policy (STAP); 2013.
 5. Currie C, et al. *Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study. International Report from the 2009/2010 Survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
 6. Stolle M, et al. Rauschtrinken im Kindes- und Jugendalter. Epidemiologie, Auswirkungen und Intervention. *Deutsches Ärzteblatt*, 2009; 106(19), 323-328.
 7. Hibell B, et al. *The 2011 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 36 European Countries*. Stockholm: The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN); 2012.
 8. Rehm J, et al. *Lifetime-risk of alcohol-attributable mortality based on different levels of alcohol consumption in seven European countries. Implications for low-risk drinking guidelines*. Toronto, On, Canada: Centre for Addiction and Mental Health, 2015.
 9. Fleming R. Does alcohol damage the adolescent brain? Neuroanatomical and neuropsychological consequences of adolescent drinking. *Neuroscience and Neuroeconomics* 2015;4:51-60.
 10. Crews F, et al. Binge ethanol consumption causes differential brain damage in young adolescent rats compared with adult rats. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2000;24(11):1712-23.
 11. Giedd J, Rapoport J. Structural MRI of pediatric brain development: What we have learned and where are we going? *Neuron* 2010;67(5):728-34.
 12. Chief Medical Officer for England. *Guidance on the consumption of alcohol by children and young people*. London: Department of Health; 2009.
 13. Steffens R, Sarrazin D. *Guidance to reduce alcohol-related harm for young people. Background paper*. Münster: LWL-Coordination Office for Drug-Related Issues; 2016.
 14. Harris S, et al. Computer-Facilitated Substance Use Screening and Brief Advice for Teens in Primary Care: An International Trial. *Pediatrics*, 2012; 129(6): 1072-1082.
 15. Babor T, et al. *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition*. Geneva: WHO; 2001.
 16. Knight J, et al. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2002; 156(6): 607-14.
 17. O'Brien C. The CAGE Questionnaire for Detection of Alcoholism. *The Journal of American Medical Association* 2008;300(17):2054-56.
 18. De Paepe N. De SEM-J: een screeningsinstrument voor Jongeren. *Verslaving* 2011;7(2):51-61.
 19. Kuttler H, Lang S. HaLT. Präventiv gegen riskanten Alkoholkonsum. *SuchtMagazin* 2010;1/2010.
 20. Kadiri H. *Alcohol purchase age limits in Europe*. Brussels: Eurocare; 2014.

LINEE GUIDA IN EUROPA IN SUPPORTO ALL'IDENTIFICAZIONE PRECOCE E ALL'INTERVENTO BREVE PER I DISORDINI ALCOL-CORRELATI

Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo, Sonia Martire
Istituto Superiore di Sanità, Roma

Circa il 74% degli europei di età superiore a 15 anni consuma bevande alcoliche. È stato stimato che sono 58 milioni gli europei (15%) con un consumo a rischio, e 23 milioni sono alcol dipendenti (5% degli uomini, 1% delle donne) (1). I consumatori a rischio sono spesso inconsapevoli di correre un rischio di danni sanitari e sociali ed è ad essi a cui si rivolge principalmente un tipo di intervento cosiddetto “breve”, definito dalla *World Health Organization* (WHO) come una pratica rivolta all'identificazione precoce delle abitudini di consumo rischioso e alle problematiche alcol-correlate e a motivare i soggetti verso un cambiamento comportamentale (2). Gli interventi “brevi” sono brevi sessioni di informazione e counselling (che variano da 5 a 30/40 minuti e da una singola sessione a sessioni multiple). Sebbene ispirati ai principi del colloquio motivazionale, un “breve intervento” è in realtà un termine generico per una vasta gamma di interventi, che hanno fondamentalmente due caratteristiche comuni: sono interventi a livello di comunità, 1. forniti da professionisti non specializzati (medici di medicina generale e altri operatori sanitari di base, come medici ospedalieri, infermieri, assistenti sociali, funzionari di giustizia penale e altro); e 2. mirati a soggetti con un consumo rischioso e dannoso di alcol, non in cerca di trattamento per un disordine alcol-correlato. L'intervento breve ha lo scopo di motivare la persona a cambiare il proprio comportamento, esplorando con l'operatore sanitario le ragioni di fondo del consumo di alcol e identificando ragioni concrete per un cambiamento. L'intervento è un modo per rendere il paziente consapevole di possibili conflitti e l'ambiguità, e per facilitare una visione più chiara, permettendo al soggetto di giungere a consapevolezza autonomamente che è il momento di risolvere il dilemma.

Ci sono sostanziali evidenze di efficacia dell'Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) nel consumo rischioso e dannoso di alcol nel prevenire future patologie alcol-correlate nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria. La WHO incoraggia nella strategia globale sull'alcol la diffusione della sua implementazione e integrazione nelle attività di routine dei professionisti dell'assistenza sanitaria primaria (3).

È estremamente importante il fatto che gli individui che non hanno ancora sviluppato una dipendenza da alcol possono ridurre o smettere di bere ricevendo un adeguato trattamento e supporto finalizzato a prevenire la comparsa di severi disordini alcol-correlati. Una volta che la dipendenza si è instaurata è invece più difficile modificare tale abitudine di consumo e ciò può richiedere l'intervento di un trattamento specialistico (2).

Per Patologie e Problematiche Alcol-Correlate (PPAC) ci si riferisce a tutte le conseguenze e le complicazioni, di vario ordine e natura, causate e legate all'assunzione episodica o protratta di bevande alcoliche, concetto più ampio rispetto a quello di alcol-dipendenza che rappresenta solo uno di questi problemi. Il modello concettuale dei disordini alcol-correlati ha, infatti, subito nel corso degli anni un'evoluzione passando dalla dicotomia normalità-alcolismo a uno spettro di problematiche alcol-correlate che vanno dal consumo a basso rischio, a quello rischioso e dannoso e infine all'alcol-dipendenza, le tre principali categorie rilevanti per quanto riguarda la risposta nell'assistenza primaria:

- *Consumo a rischio (hazardous)*
Livello di consumo o modalità del bere che, nel caso di persistenza di tali abitudini, può determinare un danno alla salute, fisico o mentale;
- *Consumo dannoso (harmful)*
Modalità di consumo che causa danno alla salute, a livello fisico (come ad esempio la cirrosi epatica) o mentale (come la depressione da assunzione di alcol) e quindi evidenti problematiche alcol-correlate sebbene ad esse non corrisponda una richiesta di trattamento da parte del soggetto;
- *Alcol-dipendenza*
Si intende un insieme di fenomeni fisiologici, comportamentali e cognitivi in cui il consumo di alcol riveste per l'individuo una priorità crescente rispetto ad abitudini che in precedenza rivestivano un valore maggiore e che progressivamente vengono abbandonate. La caratteristica centrale è il forte desiderio di bere, la difficoltà a controllarsi rispetto ad un inizio, termine e ad un livello di assunzione alcolica nonostante la consapevolezza delle conseguenze dannose per la salute, aumentata tolleranza e stato di astinenza fisica se si smette di bere o si riduce la quantità.

Il consumo rischioso è un concetto particolarmente importante per quanto riguarda l'IPIB, sebbene non incluso nella classificazione internazionale delle malattie (*International Classification of Diseases – 10th revision, ICD-10*) della WHO (4). Diversi strumenti sono disponibili per identificare soggetti che possono beneficiare di un intervento breve.

I test di screening standardizzati per l'identificazione del consumo rischioso e dannoso di alcol e per l'alcol-dipendenza includono l'AUDIT (*Alcohol Disorder Identification Test*), l'AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption*), il CAGE (*Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener*) e il FAST (*Fast Alcohol Screening Test*) che possono essere utilizzati nel corso di un'intervista ai soggetti o come questionari di auto-compilazione, stampati o in formato elettronico, con un numero limitato di domande alle quali è possibile rispondere in pochi minuti.

Lo strumento di screening per l'identificazione precoce di soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol sviluppato appositamente dalla WHO è l'AUDIT che comprende nella sua forma integrale dieci domande sul consumo di alcol e rispetto a vari indicatori di danno alcol-correlato, le cui risposte sono correlate ad un punteggio che consente di identificare un consumo a basso rischio da uno rischioso e dannoso e, ad un punteggio superiore, la presenza di alcol-dipendenza. L'AUDIT-C – *Short AUDIT questionnaire* – è un testo rapido costituito soltanto dalle prime 3 domande dell'AUDIT che tiene conto sia della quantità di alcol consumato che la frequenza degli episodi di consumo (Riquadro 1).

Numerose sono le evidenze in diversi contesti di assistenza sanitaria primaria a sostegno del fatto che l'IPIB riduce significativamente il consumo di alcol, pur tenendo conto l'estrema variabilità d'efficacia dipendente da una serie di fattori (5-7):

- popolazione in studio (genere, età, livelli di consumo di base di alcol, l'inclusione o meno di soggetti con consumo episodico eccessivo *binge drinking* e di alcol-dipendenti, le caratteristiche dei gruppi di controllo, ecc.);
- contesti (la medicina generale, il regime ospedaliero, i dipartimenti di pronto soccorso ed emergenza, la medicina del lavoro);
- durata e tipologia dell'intervento;
- figura professionale e formazione degli operatori che effettuano l'intervento breve (personale medico e non);
- indicatore di risultato considerato (quantità di alcol consumato, frequenza, intensità, marcatori ematochimici, qualità di vita, misure economiche quali l'utilizzo dei servizi sanitari, ecc.);
- basi teoriche dell'intervento e utilizzo o meno di materiale informativo stampato.

Riquadro 1. AUDIT-C - Alcohol Use Disorders Identification Test

- 1.** Con quale frequenza consuma bevande alcoliche?
 - mai (0 punti)
 - meno di 1 volta / 1 volta al mese (1 punto)
 - 2-4 volte al mese (2 punti)
 - 2-3 volte a settimana (3 punti)
 - 4 o più volte a settimana (4 punti)

- 2.** Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media in una giornata tipica?
 - 1 o 2 (0 punti)
 - 3 o 4 (1 punto)
 - 5 o 6 (2 punti)
 - 7 o 9 (3 punti)
 - 10 o più (4 punti)

- 3.** Con quale frequenza le capita di consumare 6 o più bevande alcoliche in un'unica occasione?
 - mai (0 punti)
 - meno di 1 volta al mese (1 punto)
 - 1 volta al mese (2 punti)
 - 1 volta alla settimana (3 punti)
 - ogni giorno o quasi (4 punti)

Punteggio < a 5 per gli uomini e < a 4 per le donne = consumo a basso rischio.
 Punteggio ≥ a 5 per gli uomini e ≥ a 4 per le donne = consumo a rischio

Sebbene vi siano numerose prove di efficacia dell'IPIB nel consumo rischioso e dannoso di alcol nell'assistenza sanitaria primaria, esso non è stato ancora adottato nella pratica routinaria dei servizi. Sforzi ulteriori sono necessari quindi per ridurre il divario tra i soggetti con un consumo di alcol a rischio che necessiterebbero di un intervento breve e quelli che effettivamente ricevono tale intervento.

Progetti sullo sviluppo della metodologia IPIB e a supporto dell'implementazione

L'IPIB per il consumo rischioso e dannoso di alcol è stato introdotto nell'assistenza sanitaria primaria dal progetto della WHO dal titolo "WHO Collaborative research project on identification and management of alcohol-related problems" nel 1982, focalizzato a sviluppare basi scientifiche e metodi sull'IPIB nell'assistenza sanitaria primaria. Tale iniziativa si è conclusa con la fase IV che si è concentrata sull'implementazione dell'IPIB ed ha coinvolto numerosi Paesi europei. Tale attività d'implementazione è quindi proseguita nei primi anni del 2000 nell'ambito delle attività del progetto europeo dal titolo "Primary Health Care European Project on Alcohol" (PHEPA) (8-9). Successivamente altri progetti europei hanno consentito di sviluppare ulteriormente la metodologia e favorire l'implementazione quali il progetto AMPHORA (*Alcohol Ppublic Health Research Alliance*), ODHIN (*Optimizing Delivery of Health Care Interventions*) e BISTAIRS (*Brief Interventions in the Treatment of Alcohol use disorders In Relevant Settings*) (Figura 1) (10-12).

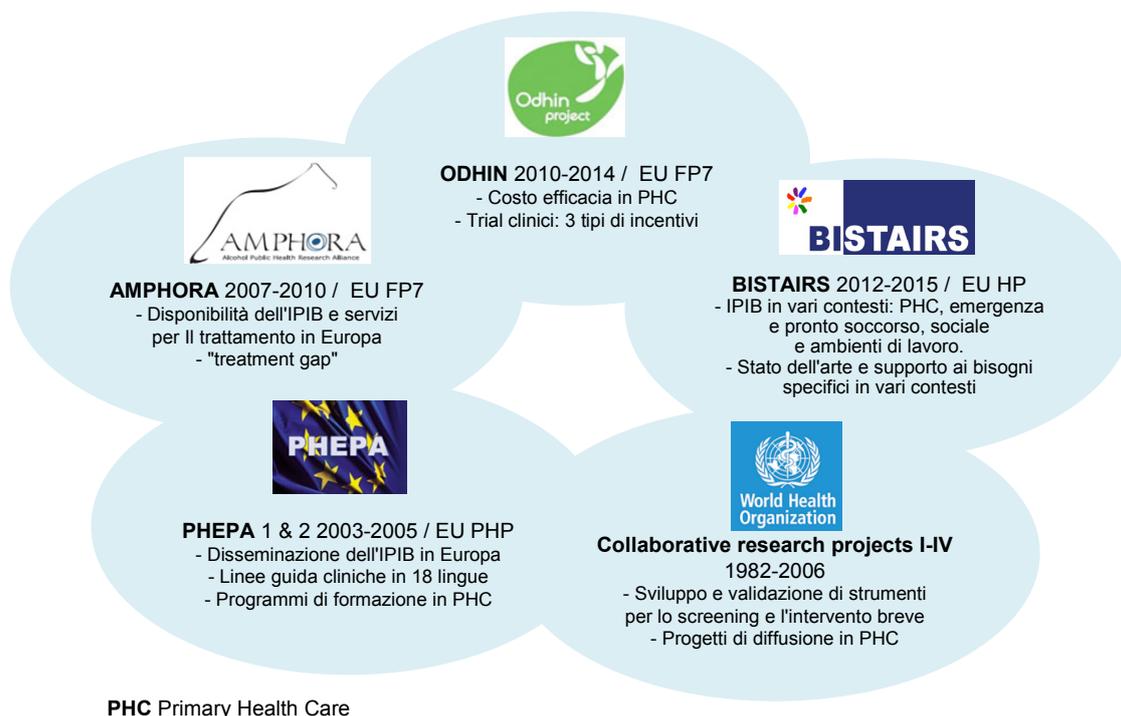


Figura 1. Progetti della WHO e dell'Unione Europea su sviluppo e implementazione della metodologia IPIB

L'identificazione di barriere e fattori favorenti l'implementazione è il primo passo verso lo sviluppo ottimale della metodologia d'implementazione. Il progetto AMPHORA ha esplorato le conoscenze, le attitudini, le percezioni dei medici di medicina generale nell'assistenza sanitaria primaria sull'IPIB e le PPAC e ha identificato, quali principali barriere, la mancanza di tempo e di formazione. Il progetto ODHIN ha fornito un *assessment tool* (adattato da uno precedente sviluppato nel 2004 nell'ambito delle attività del progetto PHEPA), uno strumento per la mappatura nazionale dei servizi e delle infrastrutture disponibili nella gestione di soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol e per l'identificazione di aree che necessitano ulteriore sviluppo (13).

Basandosi sul lavoro svolto dal progetto ODHIN, le componenti prioritarie per i sistemi nazionali e regionali di gestione dei soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol sono di seguito riportate:

- una coalizione (o di un gruppo di esperti) a livello nazionale/regionale per una visione condivisa a supporto di attività di prevenzione, diagnosi e riabilitazione delle PPAC;
- una strategia di comunicazione e informazione sull'impatto sanitario e sociale dell'alcol, inclusa la formazione continua, obbligatoria, del personale socio-sanitario finalizzata ad integrare l'IPIB nella pratica quotidiana dei professionisti dell'assistenza sanitaria primaria, assicurando l'offerta di trattamento a tutti coloro che ne necessitano;
- l'esistenza di un piano sanitario nazionale sull'alcol e di politiche scritte rivolte alla prevenzione dei disordini alcol-correlati e dell'alcol-dipendenza;
- un meccanismo di monitoraggio e valutazione della fornitura dell'IPIB, inclusi i progetti di ricerca (costo-efficacia, la qualità delle *advice*, indagini di valutazione degli interventi, ecc), la disponibilità di linee guida e di protocolli.

Attività specifiche per la disseminazione delle fonti di conoscenza esistenti, dei risultati delle ricerche, e informazioni per i fornitori di assistenza sanitaria, insieme alla fornitura di materiali e strumenti, di misure volte a garantire che la prevenzione e l'IPIB siano implementate nell'assistenza sanitaria primaria e supportate da servizi specialistici sfruttando la messa in rete di servizi e competenze.

Il progetto BISTAIRS infine ha avuto come obiettivo quello di promuovere l'implementazione dell'IPIB e di farlo anche in altri settori oltre a quello dell'assistenza sanitaria primaria. Le linee guida BISTAIRS riassunte di seguito si basano sulla revisione della letteratura scientifica e sull'opinione di esperti europei rispetto ai diversi contesti dello studio (6, 7, 14):

– *Assistenza sanitaria primaria*

La revisione della letteratura scientifica del progetto BISTAIRS ha suggerito che l'IPIB dovrebbe essere reso disponibile per tutti i soggetti adulti al momento della registrazione con un medico dell'assistenza primaria, per i soggetti con ipertensione arteriosa, per gli uomini di età compresa tra 45 e 64 anni. I fornitori di assistenza primaria, in particolare i medici di medicina generale possono essere coinvolti in tutte le componenti dell'IPIB (screening, intervento breve, supporto, invio a centro specialistico) così come altre figure professionali, in particolare infermieri e specialisti in alcologia.

– *Emergenza e pronto soccorso*

Nei servizi di emergenza e pronto soccorso la letteratura scientifica suggerisce (sebbene, in questo contesto, l'evidenza non sia sempre consistente o conclusiva) di fornire IPIB a tutti i soggetti adulti (di età superiore a 18 anni) afferenti all'emergenza per un incidente, almeno un depliant / brochure di informazioni sul consumo rischioso e dannoso sulla base delle linee guida nazionali sul consumo di alcol. I medici dell'emergenza e quelli dei centri specialistici di alcologia dovrebbero essere coinvolti in tutte le componenti dell'IPIB così come gli infermieri per tutte le componenti fatta eccezione per l'invio ad un centro specializzato.

– *Ambienti di lavoro*

Per gli ambienti di lavoro, la letteratura scientifica suggerisce che (sebbene anche in questo contesto l'evidenza non sia sempre consistente o conclusiva) che i medici del lavoro dovrebbero fornire l'IPIB a tutti i lavoratori adulti nel corso dei controlli sanitari volontari utilizzando l'AUDIT-C e di fornire un intervento breve seguendo le linee guida nazionali. Un'attenzione particolare dovrebbe essere rivolta ai soggetti affetti da ipertensione arteriosa di sesso maschile e di età compresa tra i 45 e i 64 anni. Per evitare stigmatizzazione si raccomanda di integrare l'IPIB in un programma più ampio di promozione della salute negli ambienti di lavoro che includa anche altri stili di vita. Un'altra componente da favorire per un'implementazione di successo in questo contesto include la creazione di un clima di fiducia non giudicante, di supporto, assicurando l'anonimato e la confidenzialità, minimizzando l'impatto negativo di un trattamento sulla carriera e promuovendo politiche negli ambienti di lavoro che tengano in considerazione le problematiche alcol-correlate.

– *Servizi sociali*

Rispetto ai servizi sociali, le evidenze scientifiche sono troppo scarse per poter trarre conclusioni e poter dire se l'IPIB sia o meno efficace in soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol in questo contesto. Per alcuni, l'approccio IPIB potrebbe servire come "apri porta" per far seguire l'invio ad un centro specialistico. Gli adulti (> 18 anni) che entrano in contatto con un servizio sociale per un reato, a causa di infortuni o crimini legati al consumo di alcol alla guida, a causa di violenza domestica, dovrebbero ricevere almeno un opuscolo informativo sul consumo rischioso e dannoso sulla base di linee guida nazionali. Raccomandazioni per l'implementazione sono: con un atteggiamento non giudicante e empatico con il cliente; garantire la riservatezza delle informazioni raccolte;

effettuare tali valutazioni di routine in modo che i clienti siano al corrente che tutti sono invitati a riferire sul proprio consumo di alcol; valutare il consumo di alcol come parte di una più ampia valutazione dei rischi, per esempio, parlando di stili di vita in generale; garantendo ai clienti il loro ruolo primario nel decidere su eventuali azioni future sulla base dei risultati dello screening; garantire che il personale dei servizi sociali sia a conoscenza della rete dei servizi; garantire che per le situazioni ad alto rischio (es. il consumo di alcol da parte di genitori o di vulnerabilità dei parenti coinvolti) implementazione dell'IPIB non comprometta il rapporto con il cliente (con conseguente ulteriore danno).

Ci sono evidenze che mostrano come il successo nella realizzazione dell'IPIB sia legato agli atteggiamenti dei medici, e che questi atteggiamenti possono essere influenzati dalla formazione e da un supporto appropriato (5,10-12). Il bisogno di formazione e di supporto nei vari contesti, così come evidenziati dal progetto BISTAIRS, sono riassunti di seguito:

- *Assistenza sanitaria primaria ed emergenza*
 - Migliorare la formazione e le conoscenze.
 - Rendere disponibili strumenti e tecniche per lo screening e l'intervento breve.
 - Disporre di una strategia nazionale sull'alcol con messaggi chiari e coerenti sui rischi alcol-correlati più vicini al concetto di consumo rischioso oltre a quello esclusivo di alcol-dipendenza.
 - Sviluppare messaggi diversi per gruppi diversi a rischio, identificare e comunicare i rischi alcol-correlati a vari livelli.
 - Sottolineare l'importanza dell'IPIB e assicurare che siano disponibili servizi specialistici e risorse per facilitare il legame tra i vari contesti.
- *Ambienti di lavoro*
 - Effettuare la formazione dei dipendenti, direttori e supervisori nella prevenzione delle PPAC incluso l'IPIB.
 - Sottolineare i benefici di un consumo di alcol a basso rischio ai dipendenti e ai datori di lavoro.
 - Fornire evidenze di efficacia e costo-efficacia in questo contest focalizzando sul ritorno positive dell'investimento dell'implementazione dell'IPIB
 - Rendere disponibili strumenti e tecniche adattate alle specifiche esigenze dei vari contesti lavorativi e linee guida.
 - Sostenere politiche sulla sicurezza occupazionale che includano l'alcol. La sfida specifica emersa dalle variazioni in Europa nella formazione dei medici del lavoro e dalla mancanza di una chiara definizione del ruolo del medico del lavoro in alcuni Paesi sia per quanto riguarda la sorveglianza sanitaria e in materia di prevenzione. Vi è la necessità di promuovere programmi di formazione continua per i medici del lavoro.
- *Servizi sociali*
 - Svolgere formazione adeguata a migliorare le competenze, l'esperienza e l'adeguatezza di ruolo sulle PPAC, e come identificare situazioni in cui azioni possono essere adottate.
 - Rendere disponibili strumenti e materiali in questi contesti, con un'implementazione flessibile EIBI in modo da adattarsi alle esigenze dei professionisti e del contesto di lavoro.
 - Ufficializzare il riconoscimento del ruolo e delle responsabilità degli operatori sociali per quanto riguarda l'IPIB da parte dei ministeri competenti, le agenzie e le organizzazioni professionali.
 - Attuare una strategia nazionale in materia di attività di prevenzione sull'alcol in questo contesto.

Indagine RARHA sull'orientamento e supporto nazionale all'IPIB nei servizi sanitari

Come parte delle attività della *Joint Action RARHA (Reducing Alcohol Related Harm)*, sono state raccolte informazioni sull'orientamento e il sostegno nazionale alla realizzazione dell'IPIB nel consumo rischioso e dannoso di alcol nei servizi sanitari nei Paesi partecipanti alla *Joint Action RARHA* e negli Stati Membri dell'Unione Europea. Le informazioni sono state raccolte dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel 2014 attraverso un questionario in formato elettronico inviato ai membri del *Committee on National Alcohol Policy and Action (CNAPA)*, quali rappresentanti ufficiali di 31 Paesi europei (13). Le risposte ricevute da 30 Paesi (la Slovacchia è stato il solo Paese del quale non si dispongono informazioni) sono state confrontate con le informazioni precedentemente raccolte dalla WHO e da altri progetti europei sull'IPIB (14-17).

I risultati mostrano una diffusione di un supporto centralizzato per quanto riguarda l'IPIB, in particolare con un aumento negli ultimi anni e rispetto alla rilevazione dell'indagine PHEPA nel 2008 (17) (Figura 2-4). Nel 2014, un'organizzazione responsabile formalmente dello sviluppo di linee guida cliniche per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol (*Hazardous/Harmful Alcohol Consumption, HHAC*) esisteva in 20 dei 30 Paesi che hanno fornito informazioni.

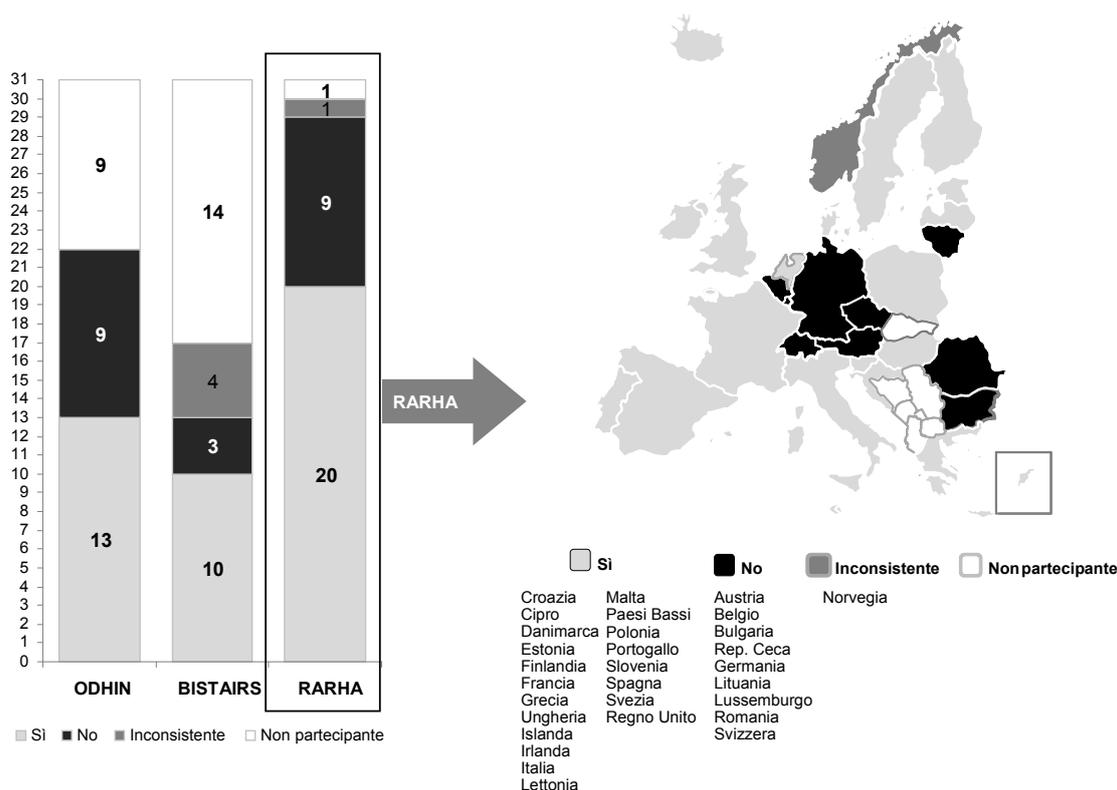


Figura 2. Presenza di un'organizzazione governativa formale (o similare) responsabile dello sviluppo di linee guida cliniche per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol nei Paesi europei nel 2014

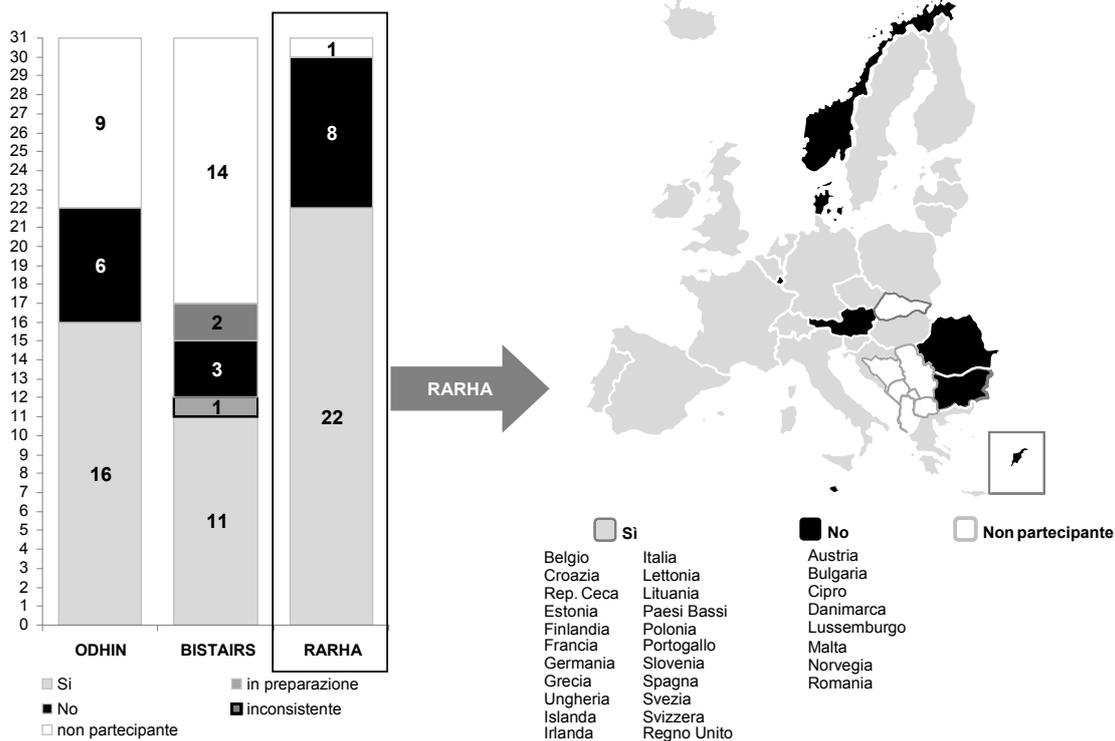


Figura 3. Presenza di linee guida multidisciplinari per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol nei Paesi europei nel 2014

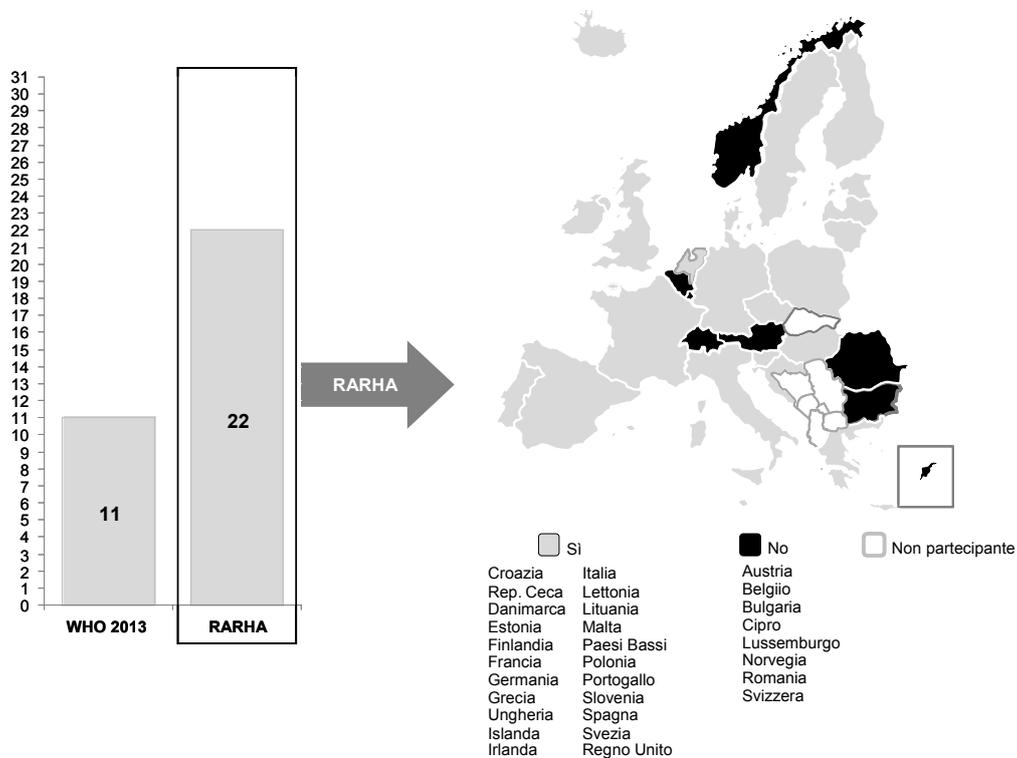


Figura 4. Presenza di linee guida o raccomandazioni per l'IPAB/trattamento in Europa nel 2014

La maggioranza dei Paesi esaminati (22) ha linee guida multidisciplinari per la gestione di HHAC. Nel 2008, tali linee guida erano in vigore solo in 9 dei 14 Paesi esaminati nel progetto PHEPA. Linee guida o raccomandazioni specifiche per l'IPIB/trattamento erano disponibili in 22 Paesi nel 2014, rispetto a 10 Paesi nel 2008.

Conclusioni

Sulla base del lavoro svolto in precedenza da altri progetti europei (in particolare ODHIN e BISTAIRS) e in continuità con gli stessi, la *Joint Action RARHA* ha fornito dati sull'attuale disponibilità di linee guida a sostegno nazionale dell'IPIB nei Paesi dell'UE (13).

Questa indagine ha mostrato che in Europa il numero di organizzazioni formalmente nominate per sviluppare linee guida cliniche per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol è aumentato nel tempo, così come il numero di Paesi con linee guida multidisciplinari per la gestione del consumo rischioso e dannoso di alcol.

È quindi evidente che le attività degli ultimi 30 anni supportate dalla WHO e dalla Commissione Europea per migliorare l'implementazione dell'IPIB hanno iniziato a dare risultati positivi. Tuttavia, l'integrazione dell'IPIB nella pratica clinica necessita di ulteriore supporto. Il capitolo riassume le conoscenze e gli strumenti che possono essere utilizzati per attivare politiche nazionali e programmi di finanziamento nazionali e internazionali per questo scopo. Esempi concreti di iniziative per implementare l'IPIB sono forniti anche da un toolkit di strumenti di buone pratiche basate sulle evidenze della *Joint Action RARHA* (19).

Un risultato atteso dal piano d'azione per la riduzione del consumo rischioso e dannoso di alcol della Regione Europea della WHO negli anni 2012-2020 è la progressiva riduzione del divario tra il numero di individui che potrebbero trarre vantaggio da *advice* per la riduzione del consumo e per prevenire i danni (e dall'impegno nel sociale di programmi di riabilitazione o trattamento per le PPAC) e il numero di coloro che effettivamente ricevono tali interventi (18).

I contesti sanitari, quello dell'assistenza sociale, dell'istruzione e sul posto di lavoro hanno reali opportunità di essere benefici per la salute con risparmi finanziari attraverso la diffusione dell'IPIB, che hanno dimostrato di ridurre le malattie e la morte prematura alcol-correlata, e attraverso l'attuazione di programmi di trattamento basati sull'evidenza per le PPAC.

Per raggiungere gli obiettivi della strategia globale sull'alcol della WHO e del piano d'azione europeo sarà fondamentale spostare l'accento dal trattamento delle PPAC severe tra cui l'alcol-dipendenza alla prevenzione, IPIB per il consumo dannoso di alcol (3, 18).

Attualmente, è in corso un lavoro sostenuto dalla Commissione Europea e altri sotto la guida della WHO per sviluppare un kit di strumenti di formazione per formatori sugli interventi brevi. L'obiettivo è quello di dotare i formatori esperti sull'IPIB e i professionisti di strumenti chiave per sviluppare sistemi di formazione all'interno della rete dell'assistenza sanitaria primaria e per sostenere i Paesi europei nello sviluppare ed espandere la loro capacità di fornire l'IPIB nei contesti di assistenza sanitaria primaria.

Bibliografia

1. Gual A, Anderson P. A new AMPHORA: an introduction to the project Alcohol Measures for Public Health Research Alliance. *Addiction*, 2011; 106 (Suppl 1): 1-3.
2. Babor T and Higgins-Biddle J. *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care*. Geneva: World Health Organization; 2001.

3. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: WHO, 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf; Edizione italiana a cura dell'Istituto Superiore di Sanità-ONA-CNESPS. *Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol*. Istituto Superiore di Sanità; 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/alcol/apd2013/global%20strategy%20italian%20translation.pdf>
4. World Health Organization. *International Classification of Diseases (ICD)*. Geneva: WHO; 2010.
5. Colom J, Scafato E, Segura L, Gandin C, Struzzo P. Brief interventions implementation on alcohol from the European health systems perspective. *Frontiers in Psychiatry* 2014;5(161):1-12.
6. O'Donnell A *et al.* The impact of brief interventions in primary health care: a systematic review of reviews. *Alcohol and Alcoholism* 2013;49 (1):66-78.
7. O'Donnell A *et al.* From efficacy to effectiveness and beyond: what next for brief interventions in primary care? *Front Psychiatry* 2014;5(113):1-8.
8. Heather N. *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care: report on phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care*. Geneva: WHO; 2006.
9. Colom J, Segura L. *PHEPA II final report. Disseminating brief interventions on alcohol problems Europe wide*; 2009.
10. Drummond C, *et al.* Alcohol interventions and treatments in Europe. In: Anderson P, *et al.* (Ed.) *Alcohol policy in Europe: Evidence from AMPHORA*; 2013.
11. Anderson P, *et al.* Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners. *Alcohol and alcoholism*, 2014; 49 (5): 531-9.
12. The BISTAIRS project. *Brief interventions in the treatment of alcohol use disorders in relevant settings. Layman Version of the BISTAIRS final report*. BISTAIRS project; 2015.
13. Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, Ghirini S, Martire S. *Drinking guidelines used in the context of early identification and brief interventions in Europe: overview of RARHA survey results*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014/2016.
14. Gandin C, Scafato E. *ODHIN assessment tool report. A description of the available services for the management of hazardous and harmful alcohol consumption*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014.
15. Gandin C, *et al.* *The BISTAIRS expert opinion-based guidelines on the implementation of screening and brief alcohol intervention approaches in different settings in the EU*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015.
16. World Health Organization. *Status report on alcohol and health in 35 European countries*. Copenhagen: WHO; 2013.
17. The PHEPA project. *PHEPA assessment tool report. Hazardous and Harmful alcohol Consumption*; 2006.
18. World Health Organization. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen: WHO; 2012.
19. Radoš-Krnel S, *et al.* *Public awareness, school-based and early interventions to reduce alcohol related harm. A tool-kit for evidence based good practices*. Ljubljana: National Institute of Public Health; 2016.

APPENDICE A
Componenti del gruppo di lavoro ITA-RARHA

Di seguito è riportata la lista dei componenti del gruppo di lavoro “ITA-RARHA” che ha preso parte alle attività nazionali di supporto alla *Joint Action* RARHA dell’Accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute, Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali e l’Istituto Superiore di Sanità.

Istituto Superiore di Sanità

Galluzzo Lucia
Gandin Claudia
Ghirini Silvia
Martire Sonia
Ricciardi Walter
Scafato Emanuele
Vichi Monica

Istituto Nazionale di Statistica

Bologna Emanuela
Burgio Alessandra
Crialesi Roberta
Gargiulo Lidia
Loghi Marzia
Quattrocioni Luciana
Sante Orsini
Tinto Alessandra

ISTAT-Osservatorio sulle regioni

Solipaca Alessandro

Ministero della Salute

Ceccolini Carla
Migliore Maria
Spizzichino Lorenzo
Tamburini Cristina
Carle Flavia

Centro di ricerca per gli alimenti e la nutrizione (ex Istituto Nazionale della Nutrizione)

Ghiselli Andrea
Rossi Laura

APPENDICE B
Effetti positivi del consumo di alcol per la salute

Effetti positivi del consumo di alcol per la salute

Deire Mongan

Health Research Board, Dublino, Irlanda

Controversa è la causalità dell'associazione tra il consumo di alcol a basso rischio e gli effetti benefici per la salute. Anche se ci fosse una componente causale, negli ultimi anni si discute molto sul fatto che i benefici derivanti dal consumo di alcol a basso rischio potrebbero essere sopravvalutati.

Fillmore *et al.* ha classificato gli studi longitudinali su alcol e salute a seconda di come sono definiti gli astemi, in quanto questo è il gruppo di riferimento principale a cui i consumatori sono comunemente confrontati. Gli autori hanno scoperto che quando gli studi escludono esplicitamente ex consumatori e consumatori occasionali dal gruppo di controllo degli astemi, le evidenze di benefici rispetto a un consumo di alcol "moderato" sono piuttosto limitate (1).

Una revisione sistematica e meta-analisi di studi comprendenti 3998626 individui, nel 2016 ha studiato il rischio di mortalità e il consumo di alcol dopo un accurato controllo di caratteristiche di qualità dello studio. Gli autori hanno evidenziato che le stime di rischio di mortalità alcol-correlata sono alterate in modo significativo dal disegno e dalle caratteristiche dello studio. Dalla meta-analisi, aggiustata per questi fattori, ad un consumo di alcol a basso rischio non corrispondeva alcun beneficio netto di mortalità rispetto agli astemi o ai consumatori occasionali (2).

Fekjaer (2013) ha riportato benefici per la salute derivanti dal consumo di alcol per una serie di condizioni quali la sordità, le fratture dell'anca, il comune raffreddore, i tumori, le complicazioni alla nascita, la demenza, e la cirrosi epatica in studi longitudinali osservazionali. In questi studi è stata osservata la curva J, con minor rischio per i consumatori a basso rischio rispetto agli astemi, anche se una base causale di tali associazioni è altamente improbabile (3).

Uno studio genetico nel 2014 ha riportato che una variante genetica associata ad un ridotto consumo abbasserebbe piuttosto che aumentare il rischio cardiovascolare tra i consumatori a basso rischio, sostenendo il concetto di un effetto cardioprotettivo associato al consumo di alcol a basso rischio (4). Tuttavia ci sono anche evidenze sul fatto che gli stili di vita, quali fattori confondenti, influenzano i risultati. La ricerca ha dimostrato che i non consumatori hanno più probabilità rispetto ai consumatori a basso rischio di avere caratteristiche associate a un aumento della mortalità cardiovascolare in termini di fattori demografici, sociali, comportamentali, l'accesso alle cure sanitarie, e condizioni legate alla salute (5).

Bibliografia

1. Fillmore K, *et al.* Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Research and Theory* 2006;14:101-32.
2. Stockwell T, *et al.* Do "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs* 2016;77(2):185-98.
3. Fekjaer H. Alcohol-a universal preventive agent? A critical analysis. *Addiction* 2013;108(12):2051-7.
4. Holmes M, *et al.* Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ* 2014;349:4164.
5. Naimi T, *et al.* Cardiovascular risk factors and confounders among nondrinking and moderate-drinking U.S. adults. *Am J Prev Med* 2005;28(4):369-73.

APPENDICE C
Istantanee in Paesi europei:
sviluppo di linee guida nazionali
sul consumo di alcol a basso rischio

Definizione delle linee guida sul consumo di alcol a basso rischio: l'esperienza italiana

Andrea Ghiselli, Laura Rossi
Centro di ricerca per gli alimenti e la nutrizione, Roma, Italia

In Italia, il consumo di bevande alcoliche – quasi esclusivamente il vino, fino a una ventina di anni fa – era considerato parte integrante della cultura e della dieta al punto che l'alcol nel passato rappresentava un surplus calorico in diete inadeguate dal punto di vista energetico. Negli ultimi decenni la percezione del ruolo delle bevande alcoliche nella cultura alimentare italiana si è spostato dal potenziale beneficio al potenziale danno, una evoluzione rispecchiata nelle raccomandazioni per l'apporto di nutrienti della Società Italiana di Nutrizione Umana (SINU) e nelle linee guida per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN, attualmente CREA: Centro di ricerca per gli alimenti e la nutrizione). I cambiamenti nelle linee guida sul consumo di alcol dal 1979 al 2014 sono sintetizzate nella Tabella 1.

Tabella 1. Variazioni delle raccomandazioni nutrizionali e delle linee guida sul consumo di alcol dal 1979 al 2014

Gruppo	1979	1987	1986	1996	1997	2003	2014
	Riferimenti nutrizionali	LARN	Linee guida	LARN	Linee guida	Linee guida	LARN
	Vino mL	Etanolo g	Vino mL	Etanolo g	Vino mL	UA	UA
Uomini	500	43,5- 41,4	646-437	40	450	2-3	2
Donne	300	30,7	371-270	30	350	1-2	1
Anziani	220	28,5	311	30		1	-
Anziane	180	24,2	194	25		1	-
Gravidanza/ allattamento	300	0	-	0		0	0

LARN: Livelli di Assunzione Raccomandati di energia e Nutrienti

Focus sui benefici per la salute

Il primo documento sulle indicazioni nutrizionali per la popolazione italiana, sviluppato nel 1979 dall'allora INRAN, in collaborazione con l'allora Ministero della Sanità, faceva riferimento ad una razione giornaliera di 500 mL di vino per gli uomini e 300 mL per le donne (1). Mentre una quantità minore era considerata sufficiente per le persone anziane, il consumo di 300 mL di vino veniva suggerito addirittura per le donne in gravidanza e in allattamento (1).

I Livelli di Assunzione Raccomandati di energia e Nutrienti (LARN) pubblicati nel 1987 hanno evidenziato i rischi del consumo di alcol durante la gravidanza e l'allattamento, nonché il rischio di danni per i giovani sotto i 18 anni (2). Tuttavia, l'alcol era ancora considerato un nutriente ad alto valore energetico. La raccomandazione era, infatti, quella di non superare il 10% del fabbisogno calorico giornaliero, che per gli uomini equivaleva a circa 42 g di alcol puro al giorno, per le donne 30 g, e per le persone anziane al di sotto di 30 g.

Attualmente l'alcol non è più considerato un nutriente ma è classificato tra le "sostanze non nutrienti di interesse nutrizionale" (3).

Nel 1986, le prime linee guida italiane per una sana alimentazione definirono accettabile il consumo di 1 g di alcol puro per kg di peso corporeo, ma tenuto conto delle capacità metaboliche si suggerì un consumo corrispondente a 450-600 mL di vino al giorno per gli uomini e 250-350 mL per le donne (4). Nella seconda edizione delle linee guida, pubblicata nel 1997, il consumo giornaliero è stato abbassato a 450 mL per gli uomini, ma mantenuto a 350 mL per le donne (5). Ciò era in linea con le raccomandazioni nutrizionali (LARN) riviste nel 1996, che fissavano il limite di assunzione di alcol a 40 g di alcol puro al giorno per gli uomini e 30 g per le donne (6).

Queste raccomandazioni e le conseguenti linee guida derivavano dagli studi epidemiologici di quel periodo che mostravano una più bassa mortalità nei bevitori moderati rispetto ai forti bevitori e agli astemi (la curva a J). Il vino, soprattutto il vino rosso, era inoltre considerato una bevanda alcolica tra le migliori per gli antiossidanti in esso contenuti. Infatti, la letteratura scientifica dell'epoca tendeva a sostenere, e anche a promuovere, il consumo moderato di vino – e anche di birra – per la protezione contro le malattie cardiovascolari. Il messaggio di salute pubblica, in questo periodo, era “bevande alcoliche: se sì, con moderazione”.

Il concetto del vino più benefico rispetto ad altre bevande alcoliche è stato mantenuto nella successiva versione delle linee guida per una sana alimentazione nel 2003, anche se con riserva. In questa edizione è stato evidenziato il rischio di interazione dell'alcol con i farmaci e introdotto il concetto di unità alcolica, definito come equivalente a 12 grammi di alcol puro. Le linee guida del 2003 indicavano una riduzione del consumo di alcol negli anziani per effetto dei fisiologici cambiamenti del metabolismo nell'invecchiamento (7).

Focus sui danni per la salute

L'ultima revisione dei LARN (2014) ha segnato un cambiamento netto nell'approccio verso l'alcol e le bevande alcoliche. L'etanolo è stato descritto per la prima volta come un tossico, un cancerogeno, una sostanza psicoattiva per la quale non possono essere specificati né un livello raccomandato né uno compatibile con il mantenimento della salute (8). In linea con le raccomandazioni internazionali (9), il consumo di alcol è stato descritto in termini di aumentato rischio di danno, con un livello a basso rischio in sostituzione del precedente “consumo moderato” e definito inferiore o uguale a 2 unità al giorno per gli uomini e fino a 1 per le donne:

- *Consumo a basso rischio*
Meno di 10 g/giorno (circa 1 unità) per le donne e meno di 20 g/giorno (circa 2 unità) per gli uomini.
- *Consumo rischioso*
Un livello o una modalità di consumo che esita in un danno se le abitudini di consumo persistono nel tempo (corrispondente ad un consumo regolare di 20-40 g/giorno per le donne e 40-60 g/giorno per gli uomini).
- *Consumo dannoso*
Una modalità di consumo che causa danni fisici e mentali (corrispondenti al consumo regolare di più di 40 g/giorno nelle donne e più di 60 g/giorno negli uomini).
- *Alcol-dipendenza*
Un insieme di manifestazioni fisiche, comportamentali e cognitive in cui il consumo di alcol assume una priorità assoluta nell'individuo rispetto a quelli che una volta erano più alti valori. L'aspetto caratteristico è il costante bisogno di bere.

La revisione dei LARN ha quindi evitato l'uso del termine “moderato” per la mancanza di una definizione univoca. Lo scenario quindi è cambiato completamente: non si parla più di un consumo privo di rischio e anzi addirittura benefico, ma solo di un consumo a più basso rischio; l'alcol non è più definito come un nutriente, ma considerata una sostanza tossica, cancerogena e psicotropa. Pertanto, è cambiato proprio il modo di comunicare alla popolazione gli effetti del consumo di bevande alcoliche, spostando l'enfasi dai potenziali effetti benefici ai potenziali effetti dannosi.

Questi nuovi concetti sono alla base dello sviluppo delle nuove linee guida per una sana alimentazione degli italiani che saranno pubblicate nel 2017. Gli aspetti chiave delle suddette linee guida sul consumo di bevande alcoliche possono essere sintetizzati come segue:

Le bevande alcoliche, incluso il vino e la birra, non sono protettive, ma possono essere dannose per la salute.

Se si decide di bere alcolici bisogna essere consapevoli del rischio di cancro e altre malattie.

La protezione contro le malattie cardiovascolari può essere meglio ottenuta aumentando il consumo di frutta e verdura e riducendo quello del sale nella dieta, o riducendo il sovrappeso, piuttosto che bevendo vino o birra.

Un altro punto importante emerso da recenti ricerche è la relazione causale tra il consumo di alcol e il cancro (10). Nel 2014, il Codice europeo contro il cancro, messo a punto dalla *International Agency for Research on Cancer* della *World Health Organization*, ha evidenziato che l'astinenza dall'alcol è la migliore strategia per ridurre il rischio di cancro alcol-correlato. Infatti il punto 6 dedicato a questo aspetto, dice: "Se bevi alcolici, di qualsiasi tipo, limita l'assunzione. Non bere alcolici è meglio per la prevenzione del cancro" (<http://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/en/>).

È necessario modificare i messaggi relativi al consumo di alcol e danni da alcol a diversi livelli nel settore sanitario, in particolare nella comunicazione tra operatori sanitari e pazienti o consumatori. È estremamente importante evitare qualsiasi messaggio confondente che possa indurre i soggetti ad assumere qualsiasi bevanda alcolica, in qualsiasi quantità, con la convinzione di un effetto benefico per la salute. Ciò vale in particolare per il vino, ancora considerato meno nocivo, se non addirittura salutare, rispetto ad altre bevande alcoliche.

Per fornire ai consumatori informazioni adeguate e molto dirette, le linee guida sul consumo di bevande alcoliche verranno rese in forma di "decalogo" che identifichi le condizioni per le quali il consumo di alcol può associarsi ad un più basso rischio.

Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. *Indicazioni nutrizionali per la popolazione italiana*. Roma: INRAN; 1979.
2. SINU. *LARN – Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti: Revisione 1986-1987*. Roma: Società Italiana di Nutrizione Umana; 1987.
3. FeSIN. *Alimentazione e nutrizione in parole. Glossario di alimentazione e nutrizione umana*. Firenze: Federazione delle Società italiane di Nutrizione; 2010.
4. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Roma: INRAN; 1986.
5. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Roma: INRAN; 1997.
6. SINU. *LARN – Livelli di Assunzione Raccomandati di Energia e Nutrienti per la popolazione italiana*. Roma: Società Italiana di Nutrizione Umana; 1996.
7. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. *Linee guida per una sana alimentazione italiana*. Roma: INRAN; 2003.
8. SINU. *LARN – Livelli di Assunzione di Riferimento di Nutrienti ed Energia per la popolazione italiana*. Milano: Società Italiana di Nutrizione Umana; 2014.
9. Anderson P, et al. *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*. Barcelona: Department of Health of the Government of Catalonia; 2005.
10. IARC. *Alcohol consumption and ethyl carbamate. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans*, Vol. 96. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2010.

ITALIA

Centro di ricerca per gli alimenti e la nutrizione

Linee guida principali “Decalogo” del consumo di alcol a più basso rischio

Se bevi alcol devi...

- ... essere adulto.
- ... essere in buona salute.
- ... avere una dieta bilanciata.
- ... avere un peso normale.
- ... limitare il consumo a 2 unità se sei uomo e a 1 unità se sei donna o anziano.
- ... bere soltanto durante i pasti.
- ... non essere in gravidanza / allattamento.
- ... non assumere farmaci.
- ... non avere intenzione di guidare o usare veicoli o attrezzature che richiedono concentrazione.
- ... non avere altre dipendenze (siano esse da alcol o da altre sostanze).

Una unità equivale a 12 g di alcol puro (circa un bicchiere di vino o una lattina di birra)

^c Due unità = 24 g di alcol puro; una unità = 12 g.

Un quarto di secolo di campagne sull'alcol in Danimarca

Kit Broholm

The Danish Health Authority, Copenhagen, Danimarca

In Danimarca, le autorità sanitarie effettuano campagne annuali sull'alcol a partire dal 1990. Le campagne hanno evidenziato vari aspetti dei danni alcol-correlati ed hanno diffuso informazioni sulle linee guida sul consumo a diversi gruppi di popolazione. Nel 2010, l'attenzione delle linee guida è stata spostata dal consumo ad alto rischio a quello a basso rischio. Le campagne nazionali hanno compreso diverse attività a livello locale e, insieme a raccomandazioni concrete per azioni comunali, sono state la spina dorsale di una strategia nazionale di promozione della salute.

In Danimarca, il consumo di alcol è diminuito da 12,2 litri di alcol puro *pro-capite* (età 15+) nel 1996 a 9,3 litri nel 2015 – una riduzione del 23% in meno di 20 anni (1). Il consumo è in diminuzione tra gli uomini e le donne e in tutti i gruppi di età, in particolare tra i giovani uomini di età compresa tra i 16 e i 24 anni. L'unica eccezione è rappresentata dai soggetti di età superiore a 65 anni con un alto livello di istruzione il cui consumo mostra una tendenza al rialzo (2).

Per spiegare questo andamento è necessario esaminare la politica danese sull'alcol sia in termini di misure di controllo che di iniziative di promozione della salute. La Danimarca ha una tradizione liberale di politiche sull'alcol, con le accise e la licenza di vendita *on-premise* di bevande alcoliche (ad esempio in bar e ristoranti) quali principali strumenti di regolamentazione. La tendenza nel corso del tempo è stata verso un'ulteriore liberalizzazione: le restrizioni alla pubblicità delle bevande alcoliche sono state eliminate, la disponibilità di alcol è aumentata anche tramite il commercio in internet, e le accise sono diminuite.

Come conseguenza della politica liberale, il consumo di alcol tra i giovani nel 1990 divenne motivo di preoccupazione. Il primo rapporto dell'indagine ESPAD del 1995 ha mostrato chiaramente che i giovani in Danimarca bevevano più dei loro pari europei (3). Pertanto, nel 1998 è stata introdotta l'età minima di 15 anni per l'acquisto al dettaglio di bevande alcoliche. Nel 2004 il limite di età è stato portato a 16 anni, e nel 2011 a 18 anni per le bevande contenenti il 16,5% di alcol o più (per la somministrazione di bevande alcoliche *on-premise* il limite di età è 18 anni dal 1924.). In parallelo con l'aumento del limite di età, alle scuole è stato raccomandato di seguire una politica scolastica sull'alcol e su regole comuni con i genitori degli alunni dal 5° al 9° grado. Il lavoro scolastico è stato sostenuto attraverso campagne e materiali nazionali.

La combinazione di tali misure ha avuto effetto: tra i ragazzi, la quota di coloro che avevano provato l'alcol è passata, per i bambini di 11 anni, dal 74% del 1998 al 49% nel 2002, dal 86% al 76% per i ragazzi di 13 anni di età, e dal 95% al 92% per quelli di 15 anni. La tendenza è in costante calo. Nel 2014, è risultato il 21% per i bambini di 11 anni, 36% per i ragazzi di 13 anni di età e 77% per i giovani di 15 anni (4).

Per quanto riguarda la popolazione in generale, la promozione della salute è stata la principale strategia per ridurre i danni alcol-correlati, combinando il supporto per lo sviluppo di politiche e azioni municipali sull'alcol a campagne di informazione a livello nazionale, incluse linee guida per il consumo.

Promozione della salute nei comuni

Al fine di rafforzare la capacità e le strutture dei comuni nella promozione della salute, il *Danish Health Authority* (autorità sanitaria danese) ha prodotto materiali di orientamento su 11 diversi temi per i quali le azioni devono essere intensificate, tra cui l'alcol, il tabacco, l'esercizio fisico, la dieta e la salute mentale. Ogni pacchetto di promozione della salute descrive le conoscenze sul fattore di rischio, presenta le evidenze di interventi efficaci e descrive le buone pratiche. Raccomandazioni, basate sulle evidenze per la promozione della salute comunale, vengono presentate per ciò che concerne gli interventi strutturali, i servizi di promozione della salute, l'informazione, l'educazione e l'identificazione precoce. Le azioni raccomandate sono indicate come livello di base, suggerite dalle migliori evidenze disponibili, e per lo sviluppo, che richiedono cioè un alto livello di proattività e nuove competenze. L'obiettivo è quello di

assistere i decisori comunali e i pianificatori sanitari nella definizione di priorità, pianificare e organizzare la promozione della salute e la prevenzione delle malattie locale (5).

Raccomandazioni per azioni di livello di base nel pacchetto della prevenzione dell'alcol si concentrano su:

- adozione di politiche sull'alcol per il Comune e nei luoghi di lavoro e nelle istituzioni collegate con il Comune, comprese le scuole e vari servizi;
- promozione di una somministrazione dell'alcol responsabile nel quadro della politica delle licenze degli alcolici del Comune;
- individuazione precoce di rischi e di danni da parte di professionisti nel settore sanitario e dei servizi sociali, e fornitura dell'intervento breve per i soggetti con consumo dannoso e rischioso e alle loro famiglie;
- differenziazione dei servizi di trattamento alcologico in base alle esigenze di gruppi specifici.

Nel 2013, il 18% dei comuni hanno riportato di seguire le raccomandazioni ad un livello di base. Nel 2015 la quota era salita al 38%, e il 72% intendeva sviluppare politiche e azioni sull'alcol per soddisfare il livello di base (6).

Campagne sull'alcol e linee guida sul consumo

L'altra linea di azione è rappresentata dalle campagne sull'alcol condotte annualmente a partire dal 1990, sempre nella quarantesima settimana, in autunno, con informazioni sui danni alcol-correlati e sulle linee guida del consumo come messaggio principale, ma con diversi gruppi target. La campagna è un'iniziativa costruita sulle norme in vigore per stimolare il dibattito pubblico sulle seguenti tematiche:

- le conseguenze sanitarie e sociali del consumo eccessivo;
- come comunicare con un partner che beve troppo;
- bere per ubriacarsi come modello più rischioso;
- come ridurre il consumo di alcol;
- come resistere alla pressione del bere.

La campagna è realizzata in collaborazione tra il *National Health Authority* e i Comuni. Gli incontri sono organizzati con i professionisti della promozione della salute comunali per discutere la valutazione della campagna precedente, il tema e i piani per la campagna successiva e su come promuovere le attività rispetto al tema a livello locale. Materiali informativi vengono prodotti centralmente tenendo conto delle preferenze dei comuni, e un comunicato stampa generico è redatto per aumentare l'interesse locale della stampa.

La natura delle iniziative locali dipende dal tema della campagna. Se la campagna si concentra sulle conseguenze delle problematiche alcol-correlate per il partner e i figli, i comuni useranno campagne per promuovere il trattamento orientato alle famiglie. Se l'obiettivo è focalizzare sull'alcol come fattore di rischio per il cancro e altre malattie, i comuni promuoveranno la possibilità di ottenere informazioni gratuite da professionisti nei servizi sanitari. Se l'attenzione è rivolta ai giovani, i comuni faciliteranno la discussione locale su come gestire la vita notturna per ridurre i danni alcol-correlati.

Dal 1989 le linee guida per quanto riguarda il consumo di alcol erano, per le donne, non più di 14 unità a settimana, per gli uomini, non più di 21 unità. Dal 2000 è stato sottolineato che queste linee guida erano per ridurre il consumo ad alto rischio. A partire dal 2007, la raccomandazione di limitare il consumo occasionale eccessivo a 5 unità, è stato aggiunto alle linee guida sulla base di una revisione delle evidenze epidemiologiche da un gruppo di esperti (7).

Nel 2010 il *National Board of Health* (Consiglio Nazionale della Salute) ha introdotto le linee guida a basso rischio, la raccomandazione di non più di 7 unità a settimana per le donne e 14 per gli uomini. Il cambiamento è stato motivato dal fatto che l'alcol è stato riconosciuto come cancerogeno, quindi fondamentalmente malsano, e come un fattore che contribuisce ad una gamma sempre più ampia di malattie. Mentre l'ampio lavoro svolto per la revisione delle linee guida australiane nel 2009 è servito come importante fonte di informazioni (8), il livello di basso rischio è stato impostato più basso per le donne in Danimarca a sottolineare la loro maggiore vulnerabilità. Una motivazione altrettanto importante alla base del cambiamento era il voler migliorare la comunicazione pubblica dal momento che i risultati mostravano che circa il 25% della popolazione aveva interpretato 14/21 unità a settimana, come un livello

di consumo di alcol “sano”. In parallelo con il livello a basso rischio, quelli ad alto rischio sono ancora validi come riferimento per il personale sanitario al fine di identificare coloro che potrebbero beneficiare di un intervento breve.

Mettendo a confronto le campagne dal 2008 al 2013 risulta che:

Tranne che per una campagna, il 50-91% della popolazione ha visto la campagna.

Tra il 50% e il 85% conosce il messaggio relativo alle linee guida sul consumo.

Tra il 18% e il 40% ritiene che la campagna abbia fornito nuove conoscenze.

Tra il 12% e il 22% intende cambiare le proprie abitudini successivamente alla campagna (9).

Le percentuali variano a seconda del tema della campagna, il gruppo target e l'entità del finanziamento. La campagna può essere considerata un successo dal momento che molti dichiarano di voler cambiare abitudini di consumo. Se questo accade o meno, indica il messaggio ha avuto un'influenza sul sistema normativo.

Conclusioni

La doppia strategia di sostegno di azioni comunali e di realizzazione di campagne annuali si è dimostrata efficace nel mobilitare i professionisti e coinvolgere nella discussione sui danni alcol-correlati e su come evitarli. Importante per stimolare l'azione di comuni o di altri enti subnazionali è fornire chiare raccomandazioni su come costruire strutture per la promozione della salute sull'alcol e per la gestione dei disordini alcol-correlati nei settori della salute, sociali ed educativi.

Le chiavi per una efficace strategia di campagna sull'alcol è un approccio a lungo termine e la cooperazione con il livello locale. La regolarità contribuisce a buone relazioni di lavoro con i media che sono essenziali per amplificare i messaggi della campagna. Lo sviluppo e l'implementazione di campagne in collaborazione con gli attori locali assicura che lo sforzo di informazione pubblica sia supportato da attività di promozione della salute concrete.

La combinazione di politiche di controllo, di mobilitazione di diversi professionisti per il lavoro con i bambini nelle famiglie con problematiche legate all'alcol, la fornitura di intervento breve e di trattamento, l'implementazione delle raccomandazioni sull'alcol e delle campagne nazionali normative puntano i riflettori sul consumo di alcol e sul danno alcol-correlato in modo da supportare il cambiamento. Le leggi e la regolamentazione sono forti segnali da parte della società, e le campagne di informazione motivano gli individui a riconsiderare le proprie abitudini di consumo e aumentare la comprensione delle motivazioni per una regolazione.

Bibliografia

1. Danmarks Statistik. *Statistikbanken: Forbrug og salg af alkohol og tobak pr indbygger efter type*.
2. Sundhedsstyrelsen. *Danskernes sundhed – den nationale sundhedsprofil 2013*. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
3. Hibell B *et al.* *The 1995 ESPAD Report: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*. Stockholm: The Council for Information on Alcohol and Other Drugs; 1997.
4. Rasmussen M *et al.* *Skolebørnsundersøgelsen 2014*. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
5. Danish Health and Medicines Authority. *Health promotion packages: introduction and recommendations*. Copenhagen: Danish Health and Medicines Authority; 2014.
6. Schneekloth-Christiansen N *et al.* *Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015*. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
7. Sundhedstyrelsen. *Genstandsgrænser for voksne*. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
8. National Health and Medical Research Council. *Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol*. Canberra: National Health and Medical Research Council; 2009.
9. ADVICE: Måling af uge 40 kampagnen 2013.

DANIMARCA

National Board of Health

Raccomandazioni dell'autorità sanitaria danese sul consumo di alcol

- Ogni livello di consumo di alcol comporta un rischio per la salute.
- Non bere per promuovere la tua salute.
- Il rischio alcol-correlato per la tua salute è basso se bevi 7 unità a settimana se sei una donna, 14 unità se sei un uomo.^b
- Il rischio alcol-correlato per la tua salute è alto se bevi più di 14/21 unità a settimana.^c
- Non bere più di 5 unità in ogni singola occasione.
- Evita di consumare alcol se sei incinta o stai pianificando di esserlo.
- I ragazzi al di sotto di 16 anni di età non dovrebbero bere alcolici; quelli di età compresa tra 16 e 18 anni dovrebbero bere il meno possibile.
- Se sei un soggetto anziano, presta particolare attenzione all'alcol.
- Una unità equivale a 12 g di alcol puro.

^a 7 unità = 84g di alcol puro; 14 unità = 168g

^b 14 unità = 168g di alcol puro; 21 unità = 252g

Revisione delle linee guida del consumo di alcol negli adulti nel Regno Unito

Lisa Jones

Centre for Public Health, Liverpool John Moores University, Liverpool, Regno Unito

Le prime linee guida per il consumo di alcol negli adulti sono state sviluppate dai Dipartimenti di Salute del Regno Unito (*UK Health Departments*) nel 1980. “Limiti sicuri”, definiti come standard drink a settimana, sono stati pubblicati nel 1984. Nel 1987 le linee guida sono state riviste al ribasso con “limiti sensibili” ed è stato introdotto il concetto di unità equivalente a 8 grammi di alcol puro corrispondente alla quantità di alcol che un adulto medio può elaborare entro un’ora. Le linee guida del “consumo sensibile” sono state riviste e aggiornate nel 1995. Il cambiamento più significativo è stato che le linee guida si riferiscono a quantità giornaliere piuttosto che settimanali di consumo; considerare nuove evidenze rispetto a potenziali benefici per la salute dal consumo regolare di piccole quantità di alcol, in particolare per la malattia coronarica. Le linee guida durante la gravidanza sono state riviste nel 2006, raccomandando alle donne che sono incinte o che cercano di concepire, di evitare di bere alcolici. Nel 2009, una raccomandazione specifica sul consumo di alcol da parte di bambini e di giovani è stata pubblicata dagli *Chief Medical Officers* del Regno Unito. Nel 2012, un processo di revisione delle linee guida per gli adulti è stato avviato in risposta ad una richiesta della *House of Commons Science and Technology Committee* (1). A gruppi di esperti è stato affidato di prendere in considerazione le evidenze scientifiche disponibili e raccomandare di conseguenza. Nel gennaio 2016, gli *Chief Medical Officers* hanno proposto nuove linee guida per coloro che desiderano mantenere rischi per la salute alcol-correlati ad un basso livello. Le linee guida proposte sono state sottoposte ad una consultazione pubblica tra gennaio e aprile 2016.

Considerare le nuove evidenze sanitarie

Gli *Chief Medical Officers* del Regno Unito hanno consultato un gruppo di esperti sulle evidenze sanitarie “*Health Evidence Expert Group*” per esaminare le evidenze sugli effetti di alcol sulla salute. Il gruppo ha esaminato le evidenze da 44 revisioni sistematiche e meta-analisi pubblicate dal 1995 (2,3) e consultato gli esperti recentemente coinvolti nell’aggiornamento delle linee guida sull’alcol australiani e canadesi. Il gruppo ha concluso che non vi erano nuove evidenze significative (evidenze di buona qualità disponibili) sugli effetti del consumo di alcol sulla salute e che era necessario un aggiornamento delle linee guida. Il gruppo ha inoltre concluso che le evidenze a sostegno di un effetto protettivo del consumo di alcol sono ora più deboli di quanto lo fossero nel 1995. Ad un gruppo di esperti del comportamento è stato chiesto di valutare le evidenze di efficacia delle linee guida attuali nel Regno Unito per il consumo di alcol, e le evidenze circa l’uso, la comprensione e l’impatto delle linee guida nazionali su altri comportamenti relativi alla salute. Alcune evidenze sono state trovate (4) così che il gruppo ha individuato alcuni principi generali che potrebbero essere utilizzati per massimizzare la comprensione e l’accettazione delle linee guida.

Sviluppare nuove linee guida di consumo per gli adulti

All’inizio del 2014, i due gruppi di esperti precedenti hanno formato congiuntamente il *Guideline Development Group* (GDG). Il GDG è stato incaricato di raccomandare agli *Chief Medical Officers* del Regno Unito sull’approccio metodologico più appropriato per lo sviluppo di linee guida, e fornire un parere sul contenuto delle nuove linee guida. Il GDG ha basato la sua consulenza sui seguenti principi: (i) gli individui hanno il diritto di informazioni precise, e raccomandazioni chiare sull’alcol e sui rischi per la salute; e (ii) il governo ha la responsabilità di assicurare che queste informazioni vengano fornite ai cittadini e siano disponibili per poter fare scelte informate (5). Il GDG ha considerato adeguate le metodologie utilizzate per lo sviluppo di linee guida a basso rischio in Canada e in Australia, come base per le linee guida del Regno Unito. Per esplorare l’impatto dell’alcol sulla mortalità e morbilità nella

popolazione del Regno Unito, è stato utilizzato un modello applicando lo *Sheffield Alcohol Policy Model*, un modello di simulazione matematica precedentemente utilizzato per valutare diverse opzioni di politiche sull'alcol (6). Utilizzando gli approcci canadese e australiano (6), soglie di linee guida simili sono state implicate dal modello (in Tabella 1 una sintesi dei principali risultati). L'approccio canadese ha fissato una soglia ad un livello per il quale i rischi del consumo sono equivalenti a quelli dell'astensione dall'alcol. Sulla base del metodo australiano, le soglie sono state alternativamente fissate a un livello in cui l'1% dei decessi annuali sarebbero da attribuire al consumo di alcol.

Tabella 1. Soglie di consumo delle linee guida implicate usando approcci diversi

Soglia	Giorni in cui si beve a settimana	Unità a settimana		Unità al giorno	
		M	F	M	F
Approccio canadese RR=1,0	1	3,4	10,0	3,4	10,0
	2	5,8	12,0	2,9	6,0
	3	7,4	12,8	2,5	4,3
	4	8,2	13,2	2,1	3,3
	5	8,9	13,4	1,8	2,7
	6	9,4	13,6	1,6	2,3
	7	9,8	13,6	1,4	1,9
Approccio australiano Proporzione di morti alcol-attribuibili=1%	1	6,0	12,0	6,0	12,0
	2	9,4	14,0	4,7	7,0
	3	11,3	14,8	3,8	4,9
	4	12,3	15,2	3,1	3,8
	5	13,1	15,4	2,6	3,1
	6	13,7	15,6	2,3	2,6
	7	14,1	15,7	2,0	2,2

Tratta da rischi di mortalità e morbilità da consumo di alcol nel Regno Unito: analisi utilizzando il modello *Sheffield Alcohol Policy Model* per informare la revisione delle linee guida a più basso rischio del consumo di alcol dei *UK Chief Medical Officers* (6)

Accanto alla loro considerazione dei risultati dei modelli, il GDG ha anche consultato esperti e sono state analizzate le ricerche per esplorare la comprensione pubblica delle linee guida del 1995. Sulla base delle loro considerazioni, il GDG ha raccomandato una nuova linea guida settimanale del consumo regolare e che le raccomandazioni sulla riduzione dei rischi a breve termine conseguenti al consumo eccessivo episodico vengano fornite separatamente. Un altro cambiamento rispetto alle linee guida del 1995, nelle nuove linee guida le raccomandazioni sul consumo per gli adulti vengono fornite indistintamente rispetto al genere: 'sei sicuro se non bevi regolarmente più di 14 unità di alcol a settimana'. Questo perché i risultati dei modelli hanno mostrato che, allo stesso livello di consumo, gli uomini sono ad un rischio maggiore di danni acuti rispetto alle donne. Nella loro relazione agli *Chief Medical Officers* del Regno Unito (5) il GDG ha osservato che le raccomandazioni erano entrambe pragmatiche e basate sull'evidenza ed hanno presentato una discussione dettagliata delle evidenze alla base della raccomandazione.

In risposta alla consultazione pubblica

Alla fine del 2015, gli *Chief Medical Officers* del Regno Unito hanno considerato e accettato le raccomandazioni del GDG (5). I nuovi orientamenti proposti si basano su tre raccomandazioni del GDG, tra cui: (i) linee guida settimanali sul consumo; (ii) raccomandazioni sul consumo episodico eccessivo; e (iii) linee guida su gravidanza e consumo di alcol, consigliando che l'approccio più sicuro per le donne incinte o che stiano programmando di esserlo è di non bere affatto alcolici (7). Una consultazione pubblica sui nuovi orientamenti proposti è stata svolta per 12 settimane dal gennaio 2016 (8). Al momento della consultazione vi era una diffusa segnalazione dei nuovi orientamenti nei media britannici. Le reazioni alle linee guida si sono mescolate a quelle di alcuni commentatori dei media che hanno fatto accuse di tattiche di "assistenzialismo" e di "allarmismo" (9,10) Tuttavia altri commenti hanno invece

accolto con favore la possibilità per la popolazione di poter disporre di prove fornite contrarie al consumo sulla base delle quali poter compiere una scelta informata sul consumo di alcol (11).

Il GDG si è incontrato per l'ultima volta nel maggio 2016 per prendere in considerazione i risultati della consultazione pubblica, che è stata resa disponibile nell'agosto 2016 (12) accompagnando la relazione del gruppo di esperti (13). Le risposte alla consultazione sono state equamente divise tra positivo e negativo (12). Tuttavia, un certo numero di risposte supplementari, tutte negative, sono state identificate per essere collegate ad una campagna coordinata da un gruppo di difesa dei diritti dei consumatori nel Regno Unito, *Campaign for Real Ale* (CAMRA). La consultazione aveva interrogato sugli orientamenti delle linee guida, sui motivi per i quali sono state scelte, e le raccomandazioni su cosa fare per ridurre il consumo o limitare i rischi per la salute sono state indicate chiaramente e in maniera comprensibile. La consultazione ha identificato tre motivi citati comunemente per opporsi alle linee guida: (i) le controversie rispetto alle evidenze; (ii) l'affermazione che bere con moderazione è buono per te/voi; e (iii) che i limiti a basso rischio sono ora gli stessi per uomini e donne. Queste obiezioni sono state affrontate nell'addendum alla relazione del gruppo di esperti e si è ritenuto "che per molte persone le linee guida offrono informazioni, in un formato chiaro che si troverà utile" (12). Modifiche al testo delle linee guida per semplificare, chiarire e garantire la coerenza nel linguaggio usato sono state richieste dalle risposte alla consultazione e da un test di mercato delle linee guida.

Per quanto riguarda le raccomandazioni del consumo episodico eccessivo, la consultazione ha anche chiesto se i consumatori preferiscono le informazioni in termini di numero di unità da non superata o in termini di comportamenti a riduzione del rischio, come proposto dal CDG. Dal momento che l'opinione della consultazione è stata inconcludente il GDG ha concordato di raccomandare gli *Chief Medical Officers* del Regno Unito di non includere un numero per le linee guida del consumo episodico eccessivo (12).

Bibliografia

1. House of Commons Science and Technology Committee. *Alcohol guidelines: eleventh report of session 2010-12*. London: The Stationery Office; 2012.
2. Jones L *et al.* *CMO Alcohol Guidelines Review. A summary of the evidence of the health and social impacts of alcohol consumption*. Liverpool: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University; 2013.
3. Jones L *et al.* *CMO Alcohol Guidelines Review. Mapping systematic review level evidence*. Liverpool: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University; 2013.
4. Jones L *et al.* *CMO Alcohol Guidelines Review. A summary of the evidence on understanding and response to public health guidelines*. Liverpool: Centre for Public Health, Liverpool John Moores University; 2013.
5. Dept of Health. *Alcohol Guidelines Review. Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers*. London: Department of Health; 2016.
6. Holmes J *et al.* *Mortality and morbidity risks from alcohol consumption in the UK: Analyses using the Sheffield Alcohol Policy Model (v.2.7) to inform the UK Chief Medical Officers' review of the UK lower risk drinking guidelines*. Sheffield: ScHARR, University of Sheffield; 2016.
7. Dept of Health. *UK Chief Medical Officers' Alcohol Guidelines Review*. London: Dept of Health; 2016.
8. Dept of Health. *How to keep health risks from drinking alcohol to a low level: public consultation on proposed new guidelines*. London: Department of Health; 2016.
9. Donnelly L. *Health chiefs attacked over 'nanny state' alcohol guide*. The Telegraph; 2016. Disponibile all'indirizzo: www.telegraph.co.uk/news/health/12088101/Health-chiefs-attacked-over-nanny-state-alcohol-guide.html.
10. Pickles K. *Just ONE drink a day is too much - have a Friday night cup of tea instead: Health chief attacked over 'nanny state' alcohol guide that says a single glass of wine a day raises cancer risk*; 2016. Disponibile all'indirizzo: www.dailymail.co.uk/health/article-3389673/Even-one-glass-wine-day-raises-cancer-risk-No-alcohol-called-safe-says-NHS-chief.html.
11. Solving the drink problem. [Editorial]. *Nature* 2016;529:127.
12. Dept of Health. *How to keep health risks from drinking alcohol to a low level. Government response to the public consultation*. London: Department of Health; 2016.
13. Dept of Health. *Post-consultation addendum to the Guidelines Development Group Report*. London: Department of Health; 2016.

REGNO UNITO

Chief Medical Officers del Regno Unito, agosto 2016

Linee guida principali

Linee guida di consumo settimanale

Le linee guida per entrambi i generi sono:

- Per mantenere i rischi alcol-correlati per la salute ad un livello basso è più sicuro non bere più di 14 unità a settimana.
- Se si beve regolarmente fino a 14 unità a settimana, è meglio distribuire il consumo in 3 o più giorni. Se hai uno o due episodi di consumo episodico eccessivo a settimana, aumenta il rischio di morte per una malattia a lungo termine e di incidenti e infortuni.
- Il rischio di sviluppare una serie di problemi di salute (tra cui tumori della bocca, gola e mammella) aumenta all'aumentare del consumo.
- Se si desidera ridurre la quantità consumata, un buon modo per contribuire al raggiungimento di questo obiettivo è avere più giorni a settimana in cui non si beve.

Consumo episodico eccessivo

Le raccomandazioni per uomini e donne che desiderano mantenere ad un basso livello i rischi a breve termine a seguito del consumo episodico eccessivo sono:

- Limitare la quantità di alcol consumata in una singola occasione;
- Bere lentamente, mangiando contemporaneamente del cibo e, alternativamente, bevendo acqua;
- Pianificare in anticipo, per evitare problemi, ad esempio facendo in modo di tornare a casa in modo sicuro o di avere persone di fiducia con voi.

Il genere di cose che sono più probabili che accadano se non si comprendono e giudicano correttamente i rischi del consumo eccessivo episodico possono includere:

- incidenti che causano seri danni, fino alla morte in alcuni casi
- idee sbagliate sulle situazioni di rischio, e
- perdita di controllo di sé (es. avendo rapporti sessuali non protetti).

Alcuni gruppi di persone hanno maggiore probabilità di essere colpiti dall'alcol e dovrebbero essere più attenti sul livello di consumo in qualsiasi occasione, per esempio coloro a rischio di cadute, che assumono farmaci che possono interagire con l'alcol o nelle situazioni in cui l'alcol può esacerbare preesistenti problemi di salute fisica e mentale.

Se sei un consumatore settimanale regolare e si desidera mantenere i rischi del consumo sia il breve che a lungo termine sulla salute ad un basso livello, ciascun consumo eccessivo episodico è rilevante.

Linee guida sul consumo di alcol in gravidanza

- Se sei incinta o stai pianificando di esserlo, l'approccio più sicuro per mantenere i rischi per il bambino al minimo è di non bere affatto alcolici.
- Bere in gravidanza può portare a danni a lungo termine per il bambino, con un rischio che aumenta all'aumentare delle quantità di alcol consumate.

Il rischio di danni per il bambino è probabile che sia basso se si è bevuto solo piccole quantità di alcol prima di iniziare la gravidanza o durante la gravidanza.

Se si scopre di essere incinta dopo aver bevuto alcol, evitare di bere ulteriormente. È necessario essere consapevoli che è improbabile nella maggior parte dei casi che il vostro bambino ne sia stato colpito. Se siete preoccupate per il consumo di alcol durante la gravidanza parlane con il medico o l'ostetrica.

Una unità è uguale a 8 g o 10 mL di alcol puro

Orientamenti sul consumo di alcol in Svizzera

Jann Schumacher per la *Federal Commission for Alcohol-Related Issues, Svizzera*

Nel 2015, la Commissione Federale per le questioni alcol-correlate (*Federal Commission for Alcohol-Related Issues*, FCAL) ha pubblicato le linee guida per il consumo di alcol a basso rischio in Svizzera, sulla base di dati e conoscenze epidemiologiche. La FCAL comprende esperti di sanità pubblica, prevenzione, trattamento e ricerca e serve il Consiglio Svizzero Federale nelle consultazioni. Le linee guida sono per età, sesso, stato di salute e considerano determinate circostanze. Per sottolineare l'intento primario di prevenire rischi e danni, i messaggi sottolineano anche la necessità di rispettare gli stili di vita senza alcol e sconsigliare di bere tutti i giorni.

Fino al 2015 una serie di linee guida era stata proposta da vari organismi, nessuno dei quali con una base scientifica completa. Per rimediare a questa mancanza di linee guida ufficiali, la FCAL, in collaborazione con il *Federal Office of Public Health* (FOPH), ha commissionato l'organizzazione di esperti indipendenti sulle Dipendenze in Svizzera di elaborare un rapporto sulla revisione delle più recenti scoperte scientifiche sugli effetti sulla salute dell'alcol. Pubblicata nel 2013, la relazione si basa su dati epidemiologici relativi alla morbilità alcol-correlati e su un'analisi della mortalità in Svizzera tra il 1997 e il 2011 (1-3).

Informata da questo documento, la FCAL ha stabilito di elaborare messaggi sfumati, piuttosto che una singola regola applicabile in tutti i casi. I limiti oltre i quali il consumo di alcol è dannoso dipendono dall'età, il sesso e lo stato di salute, da singole specifiche circostanze quali la gravidanza, l'utilizzo di farmaci, o l'essere alla guida di un veicolo o svolgere esercizio fisico. Lo scopo era quello di fornire orientamenti per particolari gruppi e situazioni.

Un altro obiettivo era di elaborare messaggi da utilizzare come punti di riferimento per il consumo di alcol, piuttosto che come precise raccomandazioni. Per sottolineare l'intento primario di prevenire i rischi e i danni, i messaggi evidenziano la necessità di rispettare gli stili di vita senza alcol, e che è consigliabile, anche per gli adulti in buona salute, di astenersi dal bere almeno due giorni alla settimana. Viene anche sottolineato che ci sono mezzi più efficaci per prevenire le malattie cardiovascolari che bere alcolici.

I punti di riferimento per quanto riguarda il consumo di alcol e il rischio di danni sono stati pubblicati nei primi mesi del 2015 in francese, tedesco, italiano e romancio per soddisfare i diversi gruppi linguistici in Svizzera (4). Una versione più lunga degli orientamenti spiega anche la motivazione delle raccomandazioni. La guida sul consumo di alcol è stata pubblicata in concomitanza con il lancio di una campagna nazionale di tre anni sotto l'egida del FOPH. La campagna incoraggia le persone a pensare le proprie abitudini di consumo e chiedersi "quanto è troppo?" (<http://www.alcohol-facts.ch/>).

Bibliografia

1. Marthaler M. *Risiken für alkoholbedingte Krankheiten und Mortalität, Grundlagen für eine Orientierungshilfe zum risikoarmen Alkoholkonsum*. Lausanne: Sucht Schweiz; 2013.
2. Rehm J *et al.* Alcohol as a risk factor for liver cirrhosis: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Review* 2010; 29(4):437-445.
3. Marmet S *et al.* *Alcohol-attributable mortality in Switzerland between 1997 and 2011*. Lausanne: Sucht Schweiz; 2013.
4. Federal Commission for Alcohol-Related Issues. *Messages pour des repères relatifs à la consommation d'alcool à moindre risque [Botschaften für eine Orientierungshilfe zum Alkoholkonsum]*. Bern: Federal Commission for Alcohol-Related Issues; 2015.

SVIZZERA

Federal Commission for Alcohol-Related Issues, 2015

Linee guida principali

Messaggi per orientamenti sul consumo di alcol

Il consumo di alcol comporta rischi per la salute. I rischi variano a seconda della persona, le circostanze in cui si beve, l'età e lo stato di salute. I messaggi su ciò che costituisce 'il consumo a basso rischio' devono essere differenziati per riflettere ciò.

Nell'interesse della salute, devono essere osservate le seguenti linee guida:

Rispetta gli stili di vita liberi dall'alcol	Questa scelta dovrebbe essere rispettata e supportata. L'alcol non serve a prevenire le malattie cardiovascolari. Mangiare sano e fare esercizio fisico è il mezzo di prevenzione più efficace.
Adulti in buona salute	Gli uomini adulti in buona salute non dovrebbero bere più di due, massimo tre bicchieri di alcol al giorno, e le donne, non più di uno, massimo due. Osservare almeno due giorni senza alcol a settimana. Se in rare, eccezionali occasioni, si beve più di questa quantità nel corso di diverse ore, il consumo dovrebbe essere limitato a cinque bicchieri per gli uomini, e quattro per le donne.
Bambini, giovani e giovani adulti	Bambini e giovani con meno di 16 anni non dovrebbero bere alcolici. Giovani adulti dovrebbero bere alcolici di rado con moderazione. È particolarmente importante evitare "gare" di consumo eccessivo.
Anziani	Anziani più sensibili all'alcol. Se sei anziani dovresti ridurre il consumo.
L'alcol dovrebbe essere evitato...	... in gravidanza, allattamento ... assumendo farmaci ... alla guida ... per attività che richiedono concentrazione ... nel corso di pratiche sportive.

Un bicchiere equivale a 10-12 g di alcol puro

^c 2-3 bicchieri = 20-36g di alcol puro; 1-2 bicchieri = 10-24 g di alcol puro

Sviluppo di linee guida sul consumo di alcol in Finlandia

Marjatta Montonen

National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finlandia

In Finlandia, la diffusione di informazioni sui livelli di consumo di alcol associati a rischio di danno per la salute ha – fino a poco tempo fa – sottolineato l'alto piuttosto che il basso rischio. Livelli ad alto rischio per gli uomini e le donne adulte sono stati determinati nel 1990 per aiutare gli operatori sanitari a identificare tra i pazienti afferenti alle cure primarie i soggetti con consumo a rischio che potrebbero beneficiare di un intervento breve. Livelli a basso rischio sono stati determinati nelle raccomandazioni nutrizionali finlandesi quando sono state aggiornate nel 2005. Le attuali Linee guida per il trattamento dei disordini alcol-correlati, aggiornate nel 2015, hanno introdotto un *continuum* di rischio identificando livelli di consumo associati a basso, medio e alto rischio. Per sottolineare l'importanza della prevenzione del danno, l'Istituto Nazionale di Sanità ha posto l'accento sulle attività di informazione dall'alto al basso rischio, evidenziando da un lato, che il rischio di danno inizia con il consumo di alcol e aumenta ad un basso livello di consumo e, da un altro, che in alcune situazioni è necessaria più cautela.

Focus sull'alto rischio

Linee guida per quanto riguarda i livelli di assunzione di alcol associati ad alto rischio di danno per la salute sono stati lanciati nel 1992 dal *Finnish Medical Journal* per incoraggiare medici di medicina generale a sollevare la questione potenzialmente sensibile del consumo di alcol con i pazienti e fornire raccomandazioni per ridurre il consumo e prevenire i danni (1). Sulla base di studi epidemiologici che mostrano un significativo aumento delle malattie e morte, un consumo di alcol giornaliera di oltre 40 g di alcol puro al giorno negli uomini e oltre 20g nelle donne, il consumo settimanale di 24 bicchieri standard per gli uomini e 16 per le donne è stato specificato come consumo associato ad alto rischio. La UA è stata definita come equivalente a 12 grammi di alcol puro, equivalente ad una piccola bottiglia di birra di grado medio, il tipo di bevande più comunemente servite in quel periodo.

Il test AUDIT sviluppato dalla WHO è stato evidenziato come lo strumento principale per lo screening, ma anche come strumento di autovalutazione (2). Per avviare i pazienti delle cure primarie ad un eventuale intervento breve e per promuovere l'auto-aiuto, una varietà di materiali sono stati diffusi nell'ambito del programma d'azione nazionale sull'alcol (3). I materiali includevano informazioni sul danno da alcol per la salute, sui livelli di consumo ad alto rischio e sulle tecniche per ridurre il consumo.

I livelli ad alto rischio, specificati nel 1992, sono stati inclusi nelle linee guida per il trattamento dell'abuso da alcol per la prima volta nel 2005 (4), e nelle linee guida cliniche per l'assistenza sanitaria di base sull'identificazione del consumo rischioso e dannoso, pubblicate nel 2006 nell'ambito delle attività del progetto PHEPA cofinanziato dell'Unione europea (5).

Sviluppato dal *Finnish Medical Society Duodecim* in collaborazione con società di specialità, come la Società per la Medicina delle Dipendenze, le *Current Care Guidelines* si prefiggono di fornire una base nazionale comune per la pratica clinica. Il processo include la ricerca sistematica della letteratura e la revisione delle evidenze da parte di un gruppo di esperti. Le linee guida sono distribuite per eventuali commenti ad gruppi di interesse prima della pubblicazione (www.kaypahoito.fi/web/english).

Quando le linee guida *Current Care Guideline* per il trattamento da alcol sono state aggiornate nel 2010, le evidenze scientifiche disponibili suggerivano che mentre il consumo moderato di alcol diminuiva il rischio di malattia coronarica, la mortalità complessiva per gli uomini aumentava in modo significativo al consumo giornaliero superiore a 40 g di alcol puro (per le donne superiore a 20 g). Le soglie del consumo di alcol ad alto rischio sono rimaste invariate. È stato sottolineato che erano destinate all'uso clinico e che non dovrebbero essere prese ad indicare che bere al di sotto della soglia è sicuro (6). Ciò era riflesso in un cambio di terminologia da "consumo pesante" a "consumo rischioso". Nei media e nelle discussioni colloquiali il limite era chiamato "limite rischioso" lasciando la possibilità a diverse interpretazioni.

Focus sul basso rischio

Raccomandazioni per una dieta ottimale sono state emesse a partire dal 1987 dal Consiglio Nazionale della Nutrizione sotto il Ministero dell'Agricoltura. Le linee guida nutrizionali finlandesi si basano su raccomandazioni nutrizionali nordiche che si sviluppano attraverso la cooperazione nordica sotto l'egida del Consiglio Nordico dei Ministri. La cooperazione permette di attingere a un bacino più ampio di competenze e condividere il carico di lavoro di rivedere le evidenze della ricerca consentendo a ciascun Paese di mettere a punto le raccomandazioni a seconda delle circostanze nazionali. Le raccomandazioni nordiche e nazionali vengono aggiornate a intervalli di otto anni (www.norden.org/en/theme/nordic-nutrition-recommendation).

Le raccomandazioni nutrizionali includono linea guida sul consumo di alcol. Nel 1987, la raccomandazione era di non includere le bevande alcoliche nella dieta normale (7). Nel 2005, è stato raccomandato di tenere il consumo di alcol ad un livello moderato e non superare l'assunzione media di alcol di 20g di alcol puro al giorno per gli uomini e 10 g per le donne. Inoltre, è stato raccomandato che le bevande alcoliche non rappresentino più del 5% del totale della dose giornaliera di energia (8).

Nell'aggiornamento delle raccomandazioni nutrizionali nordiche nel 2012, nuove evidenze sugli aspetti sanitari dell'alcol erano disponibili, in particolare per quanto riguarda le malattie cardiovascolari e i fattori di rischio metabolici, la mortalità totale, il cancro, il cambiamento di peso, la gravidanza e i risultati alle nascite (9). Sulla base delle evidenze generali, tra cui i potenziali effetti benefici, le bevande alcoliche, insieme alle carni rosse, al sale e ai zuccheri aggiunti, sono stati inclusi nella lista dei prodotti alimentari il cui consumo deve essere ridotto. I livelli di assunzione di alcol da non superare sono rimasti gli stessi del 2005 (10).

Continuum di rischio

L'ultimo aggiornamento della linea guida *Current Care Guideline* sui disordini alcol-correlati nel 2015 ha incorporato il livello a basso rischio indicato nelle raccomandazioni nutrizionali in una classificazione a tre livelli di rischio. Un livello di rischio "moderato" è stato associato con i primi segni di danno potenziale in prove di laboratorio. Il livello di rischio elevato è stato aggiornato in diminuzione per tenere conto delle nuove evidenze della ricerca. La guida per i servizi sanitari di cure primarie è che ad un paziente che si presenta con un consumo ad alto rischio di lunga durata o con un consumo episodico eccessivo (più di 5-6 drink standard in una singola occasione) deve sempre essere offerto un intervento breve (11).

Oltre ai livelli di riferimento per il consumo di alcol per uomini e donne adulte, raccomandazioni per ridurre il rischio di danno per sottogruppi specifici e in situazioni specifiche sono state fornite da vari enti di sanità pubblica. Al fine di aumentare la consapevolezza del *continuum* del rischio e dei vari aspetti del rischio, il *National Institute of Health* ha riassunto le raccomandazioni principali in un unico foglio informativo pubblicato nel 2016 (12).

Bibliografia

1. Sillanaukee P, *et al.* Alkoholin suurkulutuksen kriteerit (Criteria for heavy drinking). *Lääkärilehti* 1992;47(31):2919-21.
2. Ministry of Social Affairs and Health. *10 personal questions concerning alcohol consumption*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2004.
3. Ministry of Social Affairs and Health. *Alcohol Programme 2004–2007: a tool to help prevent the adverse effects of alcohol*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health; 2005.
4. Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Alkoholiingelmaisen hoito (The treatment of alcohol abuse). *Duodecim* 2005;121(7):787-803.
5. Työterveyslaitos & Sosiaali- ja terveysministeriö. *Alkoholi ja perusterveydenhuolto: riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio*. Helsinki: Työterveyslaitos & Sosiaali- ja terveysministeriö; 2006.

6. Seppä K, *et al.* Alkoholien suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi – muuttuvatko neuvontarajat? (From heavy to risky alcohol drinking – is there a need to change the thresholds for counselling?). *Lääkärilehti* 2012;67(37):2543-6.
7. Maa- ja metsätalousministeriö. *Valtion ravitsemusneuvottelukunnan mietintö: suositukset kansanravitsemuksen kehittämiseksi*. Helsinki: Maa- ja metsätalousministeriö; 1987.
8. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. *Suomalaiset ravitsemussuositukset: ravitsemus ja liikunta tasapainoon*. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta; 2005.
9. Nordic Council of Ministers. *Nordic Nutrition Recommendations 2012. Part 2: Energy, fat and fatty acids, carbohydrates, protein, alcohol, fluid and water balance and physical activity*. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2014.
10. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. *Terveyttä ruoasta: suomalaiset ravitsemussuositukset 2014*. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta; 2014.
11. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Päihdelääketieteen yhdistys. (2015) *Alkoholiongelman hoito: käypä hoito -suositus*. Disponibile online all'indirizzo: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50028>
12. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Alkoholin terveydelle aiheuttamien riskien vähentäminen*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2016.

FINLANDIA*National Institute for Health and Welfare***Linee guida principali**

Ridurre il consumo di alcol ad un livello in cui il rischio di danno per la salute è basso è benefico per la salute, per evitare l'alcol, bere meno frequentemente o bere meno alla volta. Non vi è alcun livello sicuro di consumo di alcol.

Rischio di danno per la salute dell'alcol in adulti in buona salute			
	Uomini	Donne	
Basso rischio ¹⁾	Una media di non più di 2 bevande al giorno	Una media di non più di 1 bevanda al giorno	Probabilità di assenza di rischio di danno per un soggetto in buona salute in età lavorativa
Rischio moderato	Consumo prolungato di più di 14 bevande a settimana	Consumo prolungato di più di 7 bevande a settimana	Cambiamenti dei test di laboratorio sono possibili
Alto rischio ²⁾	Consumo di 23-24 bevande/settimana o più	Consumo di 12-16 bevande/settimana o più	Aumento significativo di morbidità e rischio di morte
1) Per uomini massimo 20 g di alcol puro, per le donne 10 g. 2) Per uomini 40 g di alcol puro o più, per le donne 20 g.			

Rischi da alcol

- Per ridurre il rischio di danni da ubriachezza, limitare il consumo in una singola occasione a 5-6 bevande.
- Anche per una piccola quantità di alcol il rischio di danni per i giovani aumenta. L'inizio del consumo deve essere rimandato il più a lungo possibile.
- Lo stato di salute e farmaci dovrebbero essere presi in considerazione per valutare il consumo di alcol degli anziani. Ridurre il consumo con l'avanzare dell'età è consigliato in ogni caso.

Situazioni in cui il consumo di alcol dovrebbe essere evitato

- No alcol durante la gravidanza. Il consumo "pesante" dovrebbe essere evitato quando si pianifica una gravidanza e durante il periodo di allattamento.
- La quota di alcol non deve superare il 5% dell'apporto energetico giornaliero
- Interazioni pericolose sono possibili quando si consuma alcol con i farmaci; alcuni farmaci richiedono l'astinenza, altri la riduzione del consumo.
- Individui con sintomi depressivi dovrebbero evitare le bevande alcoliche.
- La guida sotto l'influenza dell'alcol comporta rischi.
- Il consumo di alcol e l'ubriachezza non sono ammessi al lavoro.

Una unità equivale a 12 g di alcol puro

*Serie Rapporti ISTISAN
numero di febbraio 2017*

*Stampato da De Vittoria srl
Via degli Aurunci, 19 - 00185 Roma*

Roma, marzo 2017