

Nuove linee guida del consumo di alcol: evidenze e tendenze

Dalla letteratura internazionale emergono solide evidenze che i livelli di consumo di alcolici previsti dalle linee guida nutrizionali adottati in Italia un decennio fa necessitano una revisione. L'alcol non è un nutriente ma una sostanza di interesse nutrizionale che interagisce con l'organismo in maniera tanto complessa da non consentire di poter adottare messaggi generalizzabili. Donne, giovani e anziani i più vulnerabili.



Roma 18 Aprile 2013

L'alcol non è un nutriente e le bevande alcoliche non sono un alimento. L'alcol fornisce, tuttavia, 7 kcal/g e, come noto, il primo suggerimento "dietetico" in tutti i regimi di restrizione calorica orientati alla riduzione del peso corporeo è di abolire gli alcolici dalle abitudini di consumo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), nelle indicazioni di tutela della salute riguardanti il consumo di alcol, sollecitò sin dagli anni novanta un'estrema attenzione nella formulazione di linee guida sul consumo alcolico che potessero indicare in maniera confondente o ingannevole livelli "sicuri" di consumo alcolico. Allora, come ancor di più nei giorni nostri, gli organismi di tutela della salute consigliavano di rifuggire dalla velleità di indicare livelli di consumo idonei ad essere comunicati alla popolazione in quanto non generalizzabili in funzione dell'età, del sesso, delle condizioni individuali e circostanze oggettive in cui il consumo di bevande alcoliche sarebbe da evitare. Lo slogan "Less is better", meno è meglio, adottato in occasione della promulgazione della *Charter on Alcohol* a Parigi, rappresenta la sintesi mirabile di un concetto che alla luce dell'evidenza scientifica disponibile appare ancora più attuale. La difficoltà d'identificazione di limiti di consumo alcolici tollerabili (ma mai raccomandabili poiché l'alcol è un tossico e un noto cancerogeno anche a piccole dosi) emerge dalla disamina delle linee guida esistenti nell'UE e oggetto di un'attività prevista dalla Joint Action sull'Alcol che partirà nel 2014 su co-finanziamento della Commissione Europea e degli Stati Membri.



EC/ WHO Guidelines survey 2012 Member States= 23

MS Issued by	Latest revision	Men Week g	Women Week g	Men Day g	Women Day g	Men single occasion g	Women single occasion g
BG				20	10	100	50
DE DHS	2010	120	60	24	12	50	50
EE NIH	2009	160	80	40	20		
ES	2012	280	170	40	20-25	60	40
IE DoH		168 *	112 *				
IT NIFN	2011			24-36	12-24		
MT sedqa	1995	189	126			36	36
NL NHC	2006	140	70	20	10	20	10
AT MoH	2009	160	120	24	16		
PL PARPA	2009	280	140	40	20	60	40
PT NAP	2010			24	16	60	48
RO RFRD	n/ a	195	130	39	26		
SI FoM	2006	140	70	20	10	50	30
FI NAP	2003	280	190			84	60
SE NBoH	2011	168	108			60	48
UK CMO	1995	168	112	24-32	16-24		



Le attività di ricerca e identificazione delle evidenze adottabili in possibili linee guida armonizzate europee verrà coordinata dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, che coordinerà anche l'intera valutazione della Joint Action, e da ricercatori dell'Istituto di sanità finlandese.

Sia che si esaminino le interazioni del consumo di alcol in termini di mortalità che di morbilità, l'impatto al netto degli effetti positivi per alcune patologie, come ad esempio la cardiopatia coronarica, il diabete di tipo II, la calcolosi della colecisti, verificabili in particolare per gli uomini per quantità veramente moderate e che non eccedono i 10 grammi (meno di un bicchiere al giorno), è sempre e comunque negativo. E' stato evidenziato di recente che anche i pochi effetti positivi registrabili a livello individuale sono persi se anche occasionalmente si perde la connotazione del bere moderato indulgendo in situazioni di eccedenza episodica occasionale come, ad esempio, avviene consumando in un tempo ristretto, più di 5-6 bicchieri di bevande alcoliche, fenomeno non raro tra gli adulti e fin troppo noto tra i giovani che praticano il *binge drinking*. Esiste un consenso sull'affermazione che l'alcol provoca più svantaggi, più patologie, più decessi di quanti ne possa far risparmiare. In merito alle quantità è oramai appurato che esiste una correlazione con quantità (volume) e frequenza del consumo di bevanda alcolica, qualunque essa sia. E' peraltro stato evidenziato che la persona con un basso consumo di alcol corra un minore rischio di mortalità, non tanto in funzione del tipo di bevanda e delle quantità assunte, quanto per una serie di fattori correlati di cui quel consumo rappresenta un semplice marker. Il più elevato status socio-economico, uno stile di vita più sano, il consumo prevalente in occasione dei pasti e, ovviamente, un migliore stato di salute sarebbero fattori che svolgono un ruolo di protezione che, ad esempio, nei consumatori di vino, è spesso erroneamente attribuito ai polifenoli la cui concentrazione è talmente bassa da rendere implausibile l'ipotesi di qualunque effetto legato al principio attivo. Riassumendo, l'alcol è causa di centinaia di differenti condizioni e disfunzioni patologiche che possono riguardare tutti gli organi ed apparati dell'organismo. Numerose patologie epatiche, gastrointestinali, cerebrovascolari, disordini psichici e comportamentali, patologie immunologiche, infertilità e problemi prenatali, tumori sono condizioni parzialmente o totalmente alcol-correlate tanto frequenti che legittimano la conclusione dell'OMS che l'impatto su mortalità, morbilità e disabilità in tutte le realtà mondiali misura e riferisce sempre e comunque un impatto negativo espresso correttamente al netto dei possibili, scarsi effetti benefici riportati in letteratura. Le più recenti evidenze della IARC (International Agency for Research on Cancer) mostrano che per molte di queste patologie, tra cui il cancro, è difficile definire un livello di consumo privo di rischio, una specie di "dose-soglia" sotto la quale non si corrano rischi per la salute, poiché il rischio sale in maniera proporzionale alla dose di alcol ingerita e indipendentemente dalla fonte di alcol rispettando la sola regola che quanto maggiore è la quantità ingerita, tanto più alto il rischio. Per i tumori, il rischio è molto basso per consumi inferiori ai 20-25 g di alcol al giorno (2 bicchieri al giorno circa) ma anche quantità inferiori (10 g/die) possono comportare un aumento di rischio, valutabile, ad esempio, per il cancro della mammella in Italia intorno al 5% che sale al 25% quando l'abitudine giornaliera di consumo sale a due bicchieri. Le raccomandazioni dell'OMS ma anche, ad esempio, quelle statunitensi (DGA 2010) e australiane, considerando in maniera equilibrata da un lato il rischio di cancro e dall'altro l'effetto biologicamente plausibile di piccole quantità di etanolo sulla mortalità cardio-coronarica, definiscono un consumo a basso rischio di bevande alcoliche, indipendentemente dal tipo di bevanda, quello equivalente ad una **quantità giornaliera di etanolo inferiore o pari a 1 U.A. al giorno (10-12 grammi di etanolo) per la donna e l'anziano e 2 U.A. al giorno (20-25 grammi di etanolo) per l'uomo**. A fronte delle evidenze emergenti sulle interferenze dell'alcol sul regolare e sano sviluppo cerebrale nel giovane e della relativa immaturità del sistema di metabolizzazione dell'alcol che raggiunge piena efficienza intorno ai 18-21 anni è stata posta indicazione di **evitare il consumo di alcol prima dei 18 anni e di limitare a 1 U.A. (10-12 grammi) al giorno il consumo di alcolici sino alla maturità e piena efficienza dei meccanismi di disintossicazione conseguiti dall'individuo adulto (raggiunta mediamente intorno ai 21 anni)**. Per tutti è valida l'indicazione di consumare a stomaco pieno per attenuare i picchi di alcolemia che sono la causa degli effetti negativi registrati per organi e apparati.

In sintesi l'approccio di precauzione a livello di popolazione appare non solo adeguato ma anche indispensabile per tutelare la salute e contribuire a ridurre l'adozione di modelli, culture o comportamenti potenzialmente rischiosi o dannosi per l'individuo.

