

Alcol e cancro: evidenze scientifiche, valutazione di impatto e analisi delle possibili iniziative di prevenzione e di comunicazione

Emanuele Scafato - Direttore Osservatorio nazionale alcol, Cnesps-Iss, WHO CC per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol e le problematiche alcol correlate

31 gennaio 2013 - Il consumo di alcol è causa di oltre 60 tipi diversi di condizioni patologiche e di danni alla salute, tra cui lesioni, disordine psichico e comportamentale, patologie gastrointestinali, malattie cardiovascolari, immunologiche, dell'apparato scheletrico, infertilità e problemi prenatali e tumori. Dalla fine degli anni '80, la letteratura internazionale è concorde nel sostenere le potenzialità cancerogene del consumo di alcol o etanolo. Questa evidenza è stata resa nota dalle più importanti organizzazioni internazionali sulla salute quali l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro (International Agency for Research on Cancer - Iarc) e l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). Già nel 1988, nella Monografia n. 44 "Alcohol drinking" (International Agency for Research on Cancer, 1988) (poi aggiornata nel 1998) la Iarc riportava una serie di valutazioni sul rischio carcinogenico delle bevande alcoliche nel modello animale e nell'uomo.

La revisione sistematica della letteratura scientifica che ha esaminato tutti gli studi epidemiologici disponibili ha dimostrato che il consumo di alcolici può aumentare significativamente il rischio di sviluppare il cancro, in particolare a livello della cavità orale, faringe, laringe, esofago e fegato. Il consumo di alcol (non solo l'abuso) aumenta il rischio di incorrere in questi problemi in misura proporzionale alla dose ingerita, senza alcun "effetto soglia" apparente. Un consumo di modeste quantità di alcol (10 grammi/die) riduce il rischio di malattie cardiache, del diabete di tipo 2 e di poche altre condizioni ma contemporaneamente le stesse modeste quantità incrementano il rischio di numerose malattie e di tumori.

Decessi per tumore: i dati del Cnesps

L'Osservatorio nazionale alcol del Cnesps-Iss (Istituto superiore di sanità) ha rilevato che nel 2008 si sono verificati in Italia complessivamente 6386 decessi per tumore alcol-attribuibili, che costituiscono il 3,7% dei decessi totali per tumore (Tab. 1). Ciò significa che in un anno questi decessi si sarebbero potuti evitare a fronte di una corretta informazione sui rischi e di una conseguente adeguata e cauta interpretazione del bere.

Tab. 1. Decessi attribuibili all'alcol (Alcohol Attributable Deaths - AAD) e frazioni di rischio attribuibile all'alcol (Alcohol Attributable Fraction - AAF) secondo le singole neoplasie maligne e i tumori benigni, ICD10- 2008

		Totale 15+		
		AAD	Decessi	AAF%
Tumore di bocca e orofaringe	Maschi	543	1506	36,0%
	Femmine	119	586	20,4%
Tumore dell'esofago	Maschi	577	1333	43,3%
	Femmine	123	440	28,0%
Tumore del colon retto	Maschi	100	9869	1,0%
	Femmine	-120	9869	-1,2%
Tumore della laringe	Maschi	749	1554	48,2%
	Femmine	54	153	35,2%
Tumore del fegato	Maschi	2151	6061	35,5%
	Femmine	812	3368	24,1%
Tumore della mammella	Maschi	-	-	-
	Femmine	761	12.164	6,3%
Neoplasie maligne	Maschi	4119	93.013	4,4%
	Femmine	1750	71.061	2,5%
Tumori benigni	Maschi	367	4279	8,6%
	Femmine	151	3593	4,2%
Tumori maligni e benigni	Maschi	4486	97.292	4,6%
	Femmine	1900	74.654	2,5%

Fonte: Elaborazioni Osservatorio nazionale alcol Cnesps e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat multiscopo 2009 e DB mortalità 2008. ALCOL E TUMORI. Emanuele Scafato et al. Istisan 12/37.

Nel 2008 si sono verificati 6386 decessi alcol-attribuibili per *tumori*, di cui 4486 morti tra gli uomini e 1900 tra le donne, e 4119 e 1750 decessi tra i due sessi per *tumori maligni*. L'alcol è responsabile del 4,4% e del 2,5% dei decessi per *neoplasie maligne*, maschili e femminili rispettivamente. Le percentuali di morti per *tumori benigni* dovuti al consumo di alcol sono l'8,6% e 4,2% dei decessi per tumore benigno. Complessivamente sono attribuibili all'alcol, per i due sessi rispettivamente, il 4,6% e il 2,5% di tutti i *tumori maligni e benigni*, rappresentando il 3,7% dei decessi totali per *tumore* (171.946, di cui 97.292 per i maschi e 74.654 per le femmine).

Il 36,0% e il 20,4% dei decessi per *tumore di bocca e orofaringe* per maschi e femmine, rispettivamente, sono determinati dal consumo di bevande alcoliche. I *tumori dell'esofago* presentano frazioni di alcol-attribuibilità pari a 43,3% per i maschi e 28,0% per le femmine. Il *tumore del colon retto* è l'unica patologia a risentire in misura ridotta tra gli uomini, e positivamente tra le donne, del consumo di alcol. Le frazioni di alcol-attribuibilità sono pari a 1,0% per gli uomini e -1,2% per le donne. La percentuale di morti per il *tumore della laringe* dovuta al consumo di alcol è pari a 48,2% e a 35,2% per maschi e femmine rispettivamente. Il consumo alcolico è responsabile di una quota rilevante dei decessi per *tumore del fegato* soprattutto per gli uomini, che presentano una percentuale di mortalità alcol correlata pari a 35,5%, contro quella femminile pari a 24,1%.

La percentuale di morti per *tumore della mammella* dovuti al consumo di alcol è pari a 6,3% per le donne. Vi è un aumento del rischio di sviluppare il *tumore della mammella* tra le bevitrici di alcol, e alcuni studi hanno evidenziato una significativa associazione di alcolici e incidenza di carcinoma della mammella, con una proporzionalità dose-effetto. Dato che il carcinoma della mammella è il più frequente tumore femminile (12.164 decessi nel 2008), anche un rischio non elevato assume notevole importanza, sia da un punto puramente scientifico, sia sotto il profilo della salute pubblica e della prevenzione.

Le *neoplasie maligne* (Tab. 2) che contribuiscono complessivamente per il 4,4% dei decessi maschili e per il 2,5% di quelli femminili (a/b), registrano un impatto maggiore alcol correlato nelle classi d'età 45-59 e 60-69, con percentuali di 6,5% e 5,8% per i maschi e 3,1% e 3,0% per le femmine. Considerando i decessi totali per tumori (a/d), le neoplasie maligne, che presentano percentuali di alcol-attribuibilità pari a 4,2% e 2,3% per maschi e femmine rispettivamente, risentono maggiormente dell'alcol nelle classi d'età 45-59 e 60-69, con percentuali di 6,4% e 5,7% per i maschi e 3,1% e 2,9% per le femmine.

Tab. 2. Alcohol Attributable Deaths (AAD) delle neoplasie maligne e benigne per sesso e classi di età, ICD10- 2008

	Età					Totale
	15-29	30-44	45-59	60-69	70+	
Maschi						
(a) Morti alcol-correlate da neoplasie maligne	0	53	622	1.164	2.279	4.119
(b) Totale morti da neoplasie maligne	301	1.498	9.539	19.996	61.679	93.013
AAF% (a)/(b)	0,00%	3,50%	6,50%	5,80%	3,70%	4,40%
(c) Totale morti per tumori maligni e benigni	323	1560	9.779	20.576	65.054	97.292
AAF% (a)/(c)	0,00%	3,40%	6,40%	5,70%	3,50%	4,20%
Femmine						
(a) Morti alcol-correlate da neoplasie maligne	0	46	249	355	1.099	1.750
(b) Totale morti da neoplasie maligne	227	1.814	7.958	11.981	49.081	71.061
AAF% (a)/(b)	0,00%	2,60%	3,10%	3,00%	2,20%	2,50%
(c) Totale morti per tumori maligni e benigni	238	1.853	8.145	12.349	52.069	74.654
AAF% (a)/(c)	0,00%	2,50%	3,10%	2,90%	2,10%	2,30%

(a) AAD; (b) Neoplasie maligne; (c) Tumori maligni e benigni

Fonte: Elaborazioni Osservatorio nazionale alcol Cnesps e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat multiscopo 2009 e DB mortalità 2008. ALCOL E TUMORI. Emanuele Scafato et al. Istisan 12/37.

Le percentuali di morti alcol attribuibili per *tumori benigni* (Tab. 3), complessivamente pari a 8,6% e 4,2% (a/c), presentano valori elevati in tutte le età, e in particolar modo tra i 45-59 e i 60-69 anni. Le frazioni di alcol-attribuità in queste ultime due classi d'età sono pari a 10,7% e 10,1% per i maschi e 5,6% e 5,5% per le femmine. Le frazioni di alcol-attribuità rispetto i decessi totali per tumori (a/d) sono pari a 0,4% e 0,2% per i maschi e 0,1% e 0,2% per le femmine.

Tab. 3. Alcohol Attributable Deaths (AAD) delle neoplasie per sesso e classi di età. ICD10-2008

	Età					Totale
	15-29	30-44	45-59	60-69	70+	
Maschi						
(a) Morti alcol-correlate da tumori benigni	0	6	26	58	278	367
(d) Totale morti da tumori benigni	22	62	240	580	3.375	4.279
AAF% (a)/(d)	0,00%	8,90%	10,70%	10,10%	8,20%	8,60%
(c) Totale morti per tumori maligni e benigni	323	1.560	9.779	20.576	65.054	97.292
AAF% (a)/(c)	0,00%	0,40%	0,30%	0,30%	0,40%	0,40%
Femmine						
(a) Morti alcol-correlate da tumori benigni	0	2	10	20	118	151
(d) Totale morti da tumori benigni	11	39	187	368	2.988	3.593
AAF% (a)/(d)	0,00%	4,60%	5,60%	5,50%	4,00%	4,20%
(c) Totale morti per tumori maligni e benigni	238	1.853	8.145	12.349	52.069	74.654
AAF% (a)/(c)	0,00%	0,10%	0,10%	0,20%	0,20%	0,20%

(a) AAD; (b) Neoplasie maligne; (c) Tumori maligni e benigni; (d) Tumori benigni

Fonte: Elaborazioni Osservatorio nazionale alcol Cnesps e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat multiscopo 2009 e DB mortalità 2008. ALCOL E TUMORI. Emanuele Scafato et al. Istisan 12/37.

Relazione tra alcol consumato e tumori: la carcinogenicità di etanolo e acetaldeide

Il rischio annuale di morte per tumori alcol correlati a bocca, gola, trachea, esofago e fegato aumenta notevolmente tra i bevitori, in particolare tra coloro che ne fanno un uso non moderato (40 grammi di alcol) al giorno. A dimostrazione di ciò, la relazione tra il volume di alcol consumato e questi tipi di tumore è caratterizzata da rischi relativi crescenti all'aumentare del volume di alcol.

Esistono forti evidenze a sostegno del fatto che l'alcol aumenta il rischio di sviluppare il tumore alla mammella. Il rischio all'età di 80 anni aumenta da 88 su 1000 donne non bevitrici fino a 133 su 1000 donne che assumono 6 bicchieri (60 grammi) d'alcol al giorno. La relazione tra volume di alcol consumato e il tumore al colon retto è invece molto debole, e nel caso delle donne negativa.

Negli esseri umani, l'evidenza della carcinogenicità dell'etanolo, derivata da studi epidemiologici di coorte e caso-controllo, è stata giudicata da oltre dieci anni sufficiente per cancro della cavità orale, faringe, laringe, esofago, fegato.

Come noto, fisiologicamente l'alcol subisce una metabolizzazione che è sostenuta principalmente dall'alcoldeidrogenasi (ADH) epatica (in misura minore a livello gastrico attraverso il cosiddetto *first pass metabolism*). Il principale prodotto derivato dall'etanolo presente nelle bevande è l'acetaldeide, sostanza tossica e direttamente implicata nel meccanismo di sviluppo dei principali tumori del tratto gastrointestinale e in particolare dei tumori maligni all'esofago.

Nel 2010, una nuova monografia della Iarc ha fornito evidenze aggiornate sulla carcinogenicità dell'alcol contenuto in tutte le bevande alcoliche, dell'acetaldeide (metabolita principale dell'etanolo) e dell'etilcarbammato (un contaminante frequente dei cibi fermentati e delle bevande per il quale le evidenze di carcinogenicità sono reputate sufficienti nel modello animale e probabili per l'uomo). I risultati, tratti da studi di coorte, caso-controllo e meta-analisi confermano con sufficiente evidenza che le bevande alcoliche e l'acetaldeide associata a esse, siano carcinogene negli esseri umani.

Oltre alle neoplasie per cui l'evidenza era già disponibile nel 1988 e nel 1998 si è aggiunta l'evidenza del potere carcinogenico dell'alcol anche per il cancro al colon-retto e al seno, come confermato anche dal report del World Cancer Research Fund (Wcrf) pubblicato nel 2007.

Altri rilevanti contributi hanno evidenziato la cancerogenicità dell'alcol. Ne è un esempio l'articolo "A review of human carcinogens. Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish" pubblicato su *Lancet Oncology* nel novembre 2009. Il "Report on Carcinogens", pubblicato nel 2011 dall'U.S. Department of Health and Human Services, elenca e include, a partire dall'anno 2000, il consumo di bevande alcoliche nella categoria dei cancerogeni riconosciuti per l'uomo (Ntp, 2011).

Nel 2012 la Iarc ha riesaminato tutti gli agenti già classificati come cancerogeni accertati per l'uomo (gruppo 1) riconfermando tra questi l'alcol (monografia Iarc 100-E, 2012). È stata confermata l'associazione tra il consumo di bevande alcoliche e tumori di cavità orale, faringe, laringe, esofago, colon retto, pancreas, fegato (carcinoma epatocellulare) e seno. È stata rilevata l'assenza di cancerogenicità per il tumore del rene e per il linfoma non-Hodgkin.

La monografia Iarc 100-E ha ribadito l'alcol presente nelle bevande alcoliche come cancerogeno accertato per l'uomo in base alla sufficiente evidenza di cancerogenicità negli animali di laboratorio. Anche l'acetaldeide associata al consumo di bevande alcoliche è stata riconfermata come cancerogeno accertato (gruppo 1) in base alla sufficiente evidenza di cancerogenicità sia nell'uomo che negli animali di laboratorio. Nell'uomo, l'acetaldeide associata al consumo di bevande alcoliche causa tumori combinati dell'esofago e delle vie aero-digestive superiori.

Si può, dunque affermare che in considerazione del metabolismo dell'alcol ingerito e della sua conversione ad acetaldeide, a sua volta ossidato in acetato, sia l'etanolo che l'acetaldeide sono entrambi cancerogeni per l'essere umano e responsabili di un rischio sostanzialmente aumentato di sviluppare tumori in particolare a carico dell'esofago e delle vie aero-digestive superiori con particolare riguardo agli individui non in grado di ossidare l'acetaldeide ad acetato.

La sensibilità e vulnerabilità all'alcol come cancerogeno è maggiore nel sesso femminile. Le caratteristiche fisiologiche femminili (ad esempio la diversa costituzione fisica, diverso patrimonio e assetto enzimatico, diversa capacità di diluizione e metabolizzazione, ecc) aumentano la suscettibilità della donna agli effetti negativi dell'alcol a tutte le età. Nella donna il danno organico è più grave e consegue a meno anni di esposizione al bere a rischio. Questa variabilità potrebbe essere anche alla base di alcune evidenze discordanti riguardanti gli effetti di moderate quantità di alcol sulla mortalità generale e per causa, oggi oggetto di discussione.

Le valutazioni rischio/beneficio sul consumo di alcol

Nelle numerose valutazioni rischio/beneficio dell'assunzione di alcol è stato dimostrato che una moderata assunzione di alcol (in particolare di vino) ha un effetto cardioprotettivo in particolare sulle malattie coronariche, e un effetto protettivo sul diabete di tipo 2 e che tale moderata assunzione, identificabile in circa 10 grammi di alcol puro al giorno, è associata a una minore mortalità.

È sempre da sottolineare che si tratta di livelli di consumo per i quali si registra sempre e comunque contemporaneamente l'incremento di rischio relativo per numerose condizioni patologiche tra cui almeno 14 tipi di cancro.

Alcuni studi su popolazione, come ad esempio gli studi del Seven Countries, hanno evidenziato in passato che l'effetto dell'alcol su alcune patologie può essere condizionato dalla modalità di assunzione dell'alcol contestuale ai pasti; studi più recenti hanno mostrato che modiche quantità (10-12 grammi al giorno) possono risultare a minor rischio durante il pasto se confrontate con coloro che non bevono.

Tenendo conto dei rischi di cancro da una parte e degli effetti sulle malattie cardiovascolari dall'altra, si può dire che il livello di consumo di alcol con il più basso rischio di mortalità è, per gli uomini, pari a 0 grammi al giorno sotto i 35 anni di età, intorno ai 5 grammi al giorno per gli uomini di mezza età e meno di 10 grammi al giorno oltre i 65 anni. Per le donne, invece, è prossimo a 0 grammi al giorno per un'età inferiore ai 65 anni, e meno di 5 grammi al giorno oltre i 65 anni.

La variabilità dei risultati degli studi epidemiologici è stata oggetto di approfondimenti che hanno analizzato, ad esempio, lo stato di salute dei campioni di popolazioni esaminate rilevando a volte un carico di condizioni patologiche differenti evidentemente influenti sullo *status* di astensione o consumo delle categorie di astemi (presi come riferimento) rispetto ai consumatori. Altre volte sono state identificate come variabili influenti nella scelta, la selezione di campioni con diversi stili alimentari alimentazione o livelli di attività fisica o l'individuazione di campioni di popolazione con abitudini più sane (costituiti da individui inclini al consumo moderato o all'astensione) rispetto ai consumatori.

È sempre da puntualizzare che, da un punto di vista metodologico, non vi potrà mai essere una modalità di studio adeguata a dare una risposta definitiva sugli effetti protettivi o nocivi di quantità moderate di alcol poiché sarebbe necessario ricorrere a uno studio caso-controllo e alla misurazione diretta dei consumi alcolici (in tutti gli studi sempre auto-dichiarati), alla registrazione puntuale nel corso degli anni degli stessi e alla valutazione, nel lungo periodo, delle variabili di esito. Ciò equivale a dire che, per tutte le condizioni per le quali risultino rigorosamente riportate le evidenze del rischio connesso al consumo di alcol ma non sia stato raggiunto un consenso suffragato dalla conferma della comunità scientifica è opportuno, in una prospettiva di salute pubblica, applicare il principio di cautela o di precauzione e segnalare il possibile rischio incrementato di insorgenza di tumore.

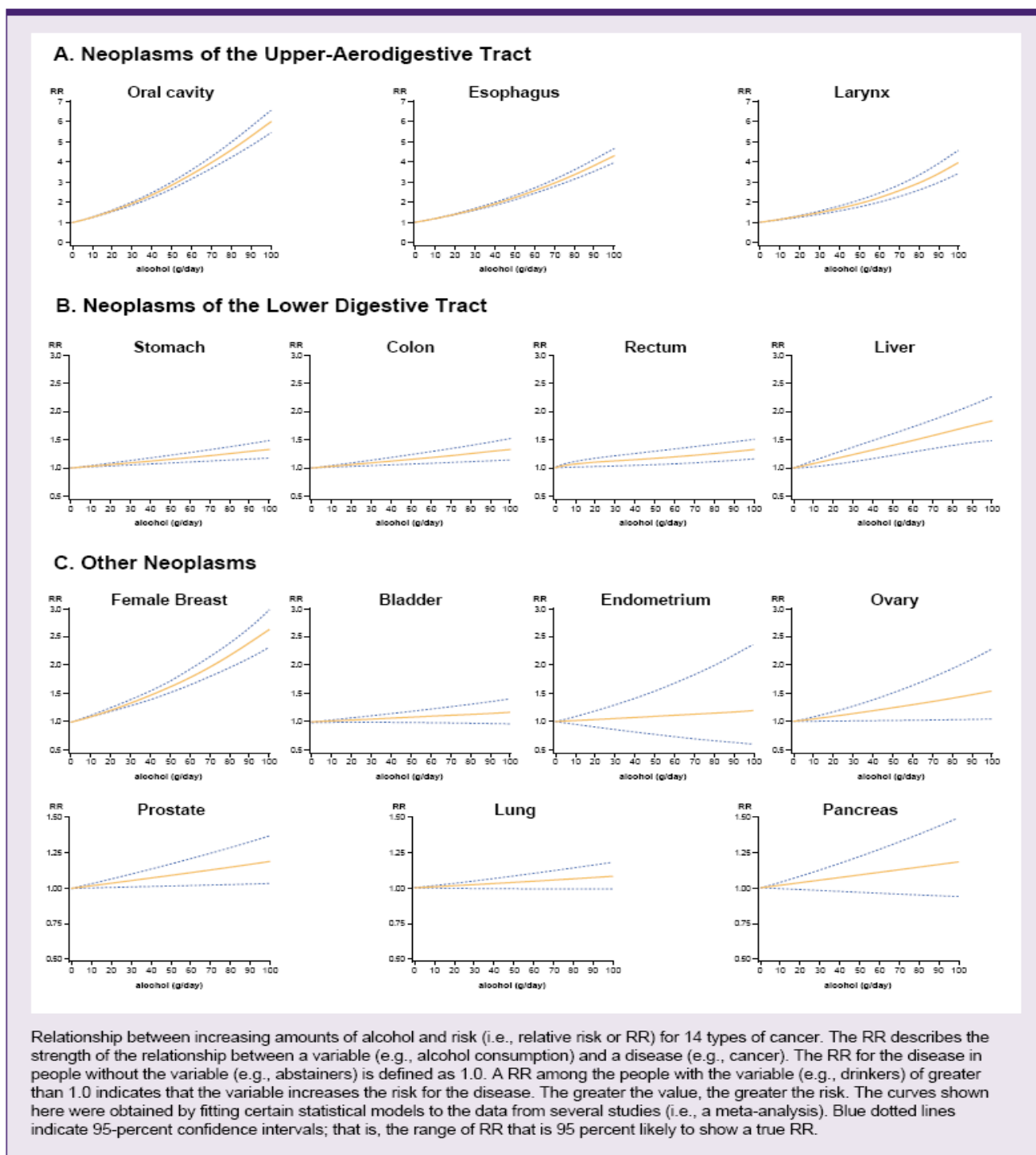
L'importanza della comunicazione del rischio

Numerose istituzioni di tutela della salute tra cui l'Oms e la Fao hanno ampiamente sostanziato la cancerogenicità dell'alcol contenuto nelle bevande alcoliche, concetto che oggi è condiviso dalla comunità scientifica internazionale e il cui rischio è oggetto di comunicazione alla popolazione attraverso raccomandazioni nazionali, europee e internazionali che hanno già provveduto a ridefinire le linee guida nutrizionali e le strategie di informazione e prevenzione basate sull'evidenza scientifica disponibile.

Sotto il profilo di salute pubblico è da anni acquisito che la distinzione tra "uso" e "abuso", oggi correttamente sostituito con il termine introdotto dall'ICD10 di "consumo rischioso e/o consumo dannoso", è considerata poco sostenibile ai fini delle raccomandazioni istituzionali a tutela della salute. Da questo punto di vista è ampiamente condiviso che la comunicazione del rischio su una probabilità di insorgenza di cancro derivante da un comportamento evitabile e prevenibile non può essere considerata irrilevante per l'impatto sanitario e sociale sull'individuo e sulla collettività.

Per questa ragione le strategie internazionali, europee e nazionali rivolte alla riduzione del danno alcol correlato nella popolazione richiamano l'attenzione sul rischio connesso all'insorgenza di numerose patologie, tra cui il cancro (Fig. 1), che è registrabile (anche per moderate quantità di alcol) per numerose tipologie di condizioni neoplastiche maligne, come dimostrato ad esempio dagli studi di Bagnardi e Corrao presi come riferimento per la definizione e il lancio della Strategia Comunitaria sull'alcol adottata dal Parlamento europeo nel 2007, in riferimento al report pubblicato nel "Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission".

Fig. 1. Relazione tra i livelli di consumo di alcol e il rischio di 14 tipi di cancro (*Relationship between levels of alcohol consumption and risk for 14 types of cancer*. Source: Corrao et al. 2004)



Nel corso del 2011 lo studio Epic (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition study) ha pubblicato sul *British Medical Journal* la stima della proporzione di cancro attribuibile al consumo pregresso o presente di alcol in una coorte di 109.118 uomini e 254.870 donne, di età 37-70 anni seguita dal 1992 in sette nazioni partecipanti tra cui l'Italia.

Come mostrato nella figura 2 risultano attribuibili al consumo di alcol il 10% di tutti i cancri registrati tra gli uomini e il 3% circa di quelli registrati tra le donne; il 32% dei cancri alcol correlati tra gli uomini e il 7% circa di quelli registrati tra le donne sono attribuibili a consumi eccedenti i 24 grammi di alcol al giorno per il sesso maschile e i 12 grammi al giorno per quello femminile, limiti questi ultimi coerenti con le linee guida per la nutrizione degli italiani dell'Inran (Istituto nazionale di ricerca per gli alimenti e la nutrizione).

Fig. 2. Epic study. Alcol e cancro. Frazioni (%) di rischio alcol attribuibile per genere

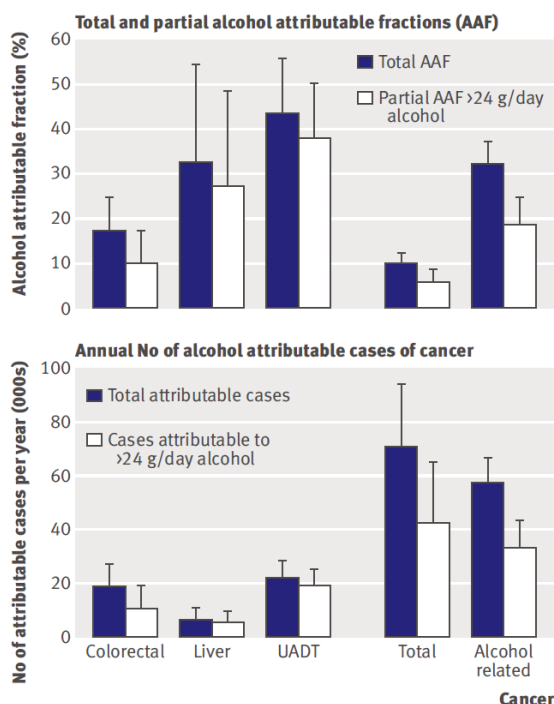


Fig 2 | Total and partial alcohol attributable fractions with 95% confidence intervals and corresponding number of cases of cancer with 95% confidence intervals in men in selected EPIC countries (Italy, Spain, UK, Greece, Germany, Denmark) in 2008. UADT=upper aerodigestive tract

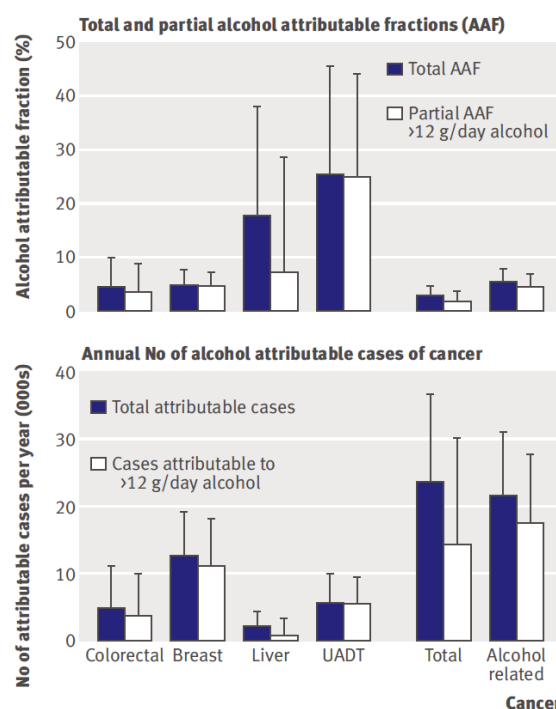


Fig 3 | Total and partial alcohol attributable fractions with 95% confidence intervals and corresponding number of cases of cancer with 95% confidence intervals in women in selected EPIC countries (France, Italy, Spain, UK, Netherlands, Greece, Germany, Denmark) in 2008. UADT=upper aerodigestive tract

La stima dello studio epic è in linea e confermata dall'elaborazione sui dati di mortalità nazionali Istat prodotta, attraverso differenti metodologie, nella [Relazione del Ministro al Parlamento](#) (pdf 2,9 Mb) dall'Osservatorio nazionale alcol Cnesps-Iss.

A livello internazionale ed europeo numerosi Paesi hanno prodotto linee guida e raccomandazioni specifiche. Tra le principali:

- National Institutes of Health (Nih) e del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Niaaa): [“Beyond Hangovers understanding alcohol’s impact on your health”](#) (revision di maggio 2011)
- World Cancer Research Fund [“Alcohol and cancer prevention”](#)
- Dipartimento di Salute pubblica Usa: [“Alcoholic Beverage Consumption”](#) (pdf 100 kb)
- Cancer Council Australia: [“Alcohol and cancer: a position statement from Cancer Council Australia”](#)
- American Cancer Society: [“Alcohol and cancer”](#) (pdf 180 kb).

In Europa, la pubblicazione più esaustiva e recente è il rapporto “Alcool et risque de cancers” dell’Inca, l’Istituto nazionale tumori francese che ha sintetizzato lo stato delle conoscenze disponibili stilando anche le raccomandazioni per la prevenzione basate sull’evidenza.



Nel testo è riportato l'aggiornamento estensivo delle pubblicazioni scientifiche più recenti e alle quali anche a livello europeo si fa riferimento per la produzione delle strategie e azioni specifiche in via di definizione da parte della Commissione europea, del Consiglio e del Parlamento europeo.

In tutte le pubblicazioni sinora citate, prevalentemente di valenza governativa oltre che scientifica, si sottolinea che l'obiettivo della prevenzione a livello di popolazione, in linea con le Raccomandazioni dell'Oms, si consegue attraverso la riduzione dei consumi medi *pro capite* sostenuta dalla riduzione dei consumi individuali da riportare e contenere sempre nei limiti massimi consentiti di 10-12 grammi per le donne e 20-24 per gli uomini adulti, evidenziando che il consumo di qualunque bevanda alcolica è sempre un comportamento a rischio per la salute, in quanto l'alcol è una sostanza tossica e cancerogena i cui effetti non riguardano solo chi abusa o gli alcolisti, ma anche i cosiddetti bevitori sociali. Un'estrema cautela, concludono le indicazioni complessive, è pertanto da adottare nella comunicazione del rischio alla popolazione avendo cura di non generalizzare messaggi non idonei alla popolazione giovanile, per la quale non si registrano mai vantaggi di salute derivanti dal consumo di alcol e di sottolineare le importanti differenze di rischio attribuibile alle quantità di alcol consumate in funzione delle differenze di genere e di età che non consentono di poter proporre il bere moderato come un vantaggio per la salute e la sicurezza della persona.

È da segnalare che, in Italia, la Società italiana di alcolologia (Sia) ha acquisito le evidenze scientifiche correnti supportando nelle sedi competenti la necessità di adeguamento delle linee guida per una sana alimentazione anche alla luce delle attività della Commissione Alcol che ha completato e prodotto la revisione da integrare a quella dei Larn (Livelli di assunzione giornalieri raccomandati di energia e nutrienti per la popolazione italiana) specificatamente dedicati all'alcol non come nutriente ma come molecola di interesse nutrizionale. Le raccomandazioni nutrizionali nazionali, parzialmente anticipate nel 2012, vedranno la luce nel corso del 2013 sottolineando che non esiste un "livello di sicurezza" e che le quantità giornaliere a basso rischio devono allinearsi alle evidenze di un livello massimo da non superare (e quindi neppure raccomandabile) di 20 g/die per il maschio e 10 g/die per la femmina adulti.

L'Oms, sulla base delle stesse evidenze è più categorica, ribadendo nel documento "Framework on Alcohol Policy" che le linee guida sull'alcol sarebbero persino superflue e dovrebbero semplicemente ribadire che non esiste un livello "safe" di consumo e che di conseguenza "Less is better", meno è meglio, rifuggendo alla tentazione di indicare soglie che, ad oggi, non è possibile identificare ai fini di garantire i più elevati livelli di tutela della salute e di sicurezza dell'individuo e della collettività.

Questa posizione è oggi ampiamente condivisa negli ambiti di salute pubblica e viene espressa anche attraverso numerosi contributi della ricerca e delle organizzazioni internazionali che sottolineano che l'atteggiamento più adeguato, dalle strategie nazionali ai singoli professionisti della salute, dovrebbe essere quello di non indicare dosaggi di consumo alcolico privi di rischio sulla base dell'evidenza di una relazione dose-risposta tra alcol e cancro in cui è impossibile definire un livello soglia di sicurezza. È stato anche osservato, e oggi anche maggiormente considerato da numerosi rilievi di carattere governativo europei e internazionali, che non garantire la disseminazione delle evidenze scientifiche sinora citate esporrebbe al rischio di conseguenze anche legali alla luce dell'esigenza di garantire sempre al consumatore "*informed choices*", scelte informate che, in Italia, anche alla luce dell'attuale Codice del consumo, non risulterebbero ininfluenti relativamente all'esigenza di garantire sempre e comunque un'informazione non ingannevole o pregiudiziale per lo stato di salute.

Qualunque forma di comunicazione relativa al consumo di alcol, in particolare quella istituzionale e di prevenzione collettiva, dovrebbe quindi sempre ispirarsi al principio di precauzione e essere sempre contestualizzata per sesso, età, condizioni, contesti e circostanze. Indicazione che è oggi parzialmente recepita anche dallo stesso mondo della produzione che ha attivato iniziative specifiche abbastanza note (gravidanza, minori, sicurezza stradale, ecc).

Implicazioni di salute pubblica

Volendo sintetizzare quanto sinora esposto in una valutazione che miri a considerare le implicazioni sociali e di salute pubblica relative all'impatto alcol correlato nella popolazione si può riassumere che sulla base dell'evidenza scientifica è ampiamente documentata una relazione certa di tipo dose/risposta tra alcol e numerosi tipi di cancro, verificabile a partire da quantità minime e per la quale non è possibile stabilire o definire con certezza un livello soglia di sicurezza.

Di conseguenza non è possibile indicare livelli di consumo alcolico privi di rischio o da raccomandare a livello di popolazione e appare opportuno avviare iniziative di comunicazione, informazione e sensibilizzazione volte a garantire scelte informate da parte di chi consuma bevande alcoliche integrando tali attività con iniziative di identificazione precoce e intervento breve volto a incrementare i livelli di consapevolezza individuali e a supportare le persone in un cambiamento auspicabilmente rivolto all'adozione di stili e modelli di consumo non rischiosi o dannosi per l'individuo e per la collettività.

Alcol e cancro: le misure da parte delle istituzioni

Indicazioni o misure di contenimento sono, come appena dettagliato, di competenza delle autorità preposte; di *warning* in etichette si discute da almeno 15 anni nei gruppi formali nazionali, europei e internazionali a cui l'Iss è delegato e le proposte specifiche sono quelle che sono state puntualmente inserite dal Ministro nella Relazione annuale trasmessa al Parlamento e relative ai pareri della Consulta Nazionale Alcol, delle indicazioni del Parlamento europeo, della Global Strategy dell'Oms, dell'European Alcohol Action Plan.

Il manuale dell'Oms che ha contribuito a disegnare la cornice di interventi della Strategia mondiale sull'alcol approvata a Ginevra due anni fa, "[Handbook for action to reduce alcohol-related harm](#)" fornisce indicazioni utili ai decisori politici che lavorano con i ministeri della Salute o che sono responsabili a livello regionale o municipale delle strategie e dei piani di azione per ridurre i danni legati all'abuso di alcol.

L'analisi di dettaglio e le proposte operative ricalcano gli orientamenti approvati dalla Risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2010 e già riconsiderati a livello Comunitario in vista della valutazione e ridefinizione degli obiettivi della Community Strategy che la Commissione europea è nella fase di predisporre per l'invio ed eventuale approvazione al Parlamento europeo nel corso del 2013. Gli ambiti prioritari delineati riguardano :

- i prezzi delle bevande alcoliche e l'impatto che hanno sul consumo
- la licenza per la vendita di alcolici
- le strategie di mercato (pubblicità, promozione, distribuzione, destinazione dei prodotti)
- la produzione e la distribuzione illegale
- la guida in stato di ebbrezza

- i contesti in cui si beve (luoghi fisici e ambienti sociali)
- gli interventi in ambito sanitario (counselling, programmi)
- l'informazione e l'educazione per la sensibilizzazione
- l'azione nella comunità e nei luoghi di lavoro
- le azioni di sorveglianza.

Anche la pubblicazione Oms "[Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm](#)" è dirimente in tal senso.

Non è provato che i *warning* in etichetta possano essere utili; secondo alcune valutazioni pubblicate dell'Oms potrebbero essere non così efficaci come si potrebbe essere portati a pensare. Nella pubblicazione emergono molte indicazioni tra cui quelle già proposte dalla Consulta nazionale alcol e reperibili nelle Relazioni al Parlamento del Ministro della Salute ai sensi della Legge 125/2001.

Tra queste indicazioni anche quella di una revisione del codice di autoregolamentazione pubblicitario e dell'introduzione della co-regolamentazione, l'abolizione degli spot sugli alcolici, la tassazione delle pubblicità, l'introduzione di una tassa progressiva di scopo per tutti gli alcolici, il finanziamento della ricerca e della prevenzione prima tra tutte quella dedicata all'identificazione precoce e all'intervento breve.

A livello nazionale le Istituzioni stanno già sostenendo politiche per contrastare l'uso dannoso di alcol. In Italia l'ultimo [Piano nazionale su alcol e salute](#) (aprile 2007) proposto dal ministero della Salute e approvato anche dalla Conferenza Stato Regioni, ha sottolineato l'importanza di sostenere politiche di salute pubblica finalizzate sia all'informazione/educazione che alla cura dei soggetti con problemi legati all'alcol.

In sintesi per quanto riguarda le iniziative di prevenzione e informazione adottati per scongiurare i rischi alla sicurezza e alla salute dei cittadini italiani, le azioni proposte dal Piano nazionale sono:

- aumentare la consapevolezza del rischio connesso con il consumo delle bevande alcoliche nella popolazione generale e in alcune fasce di popolazione particolarmente esposte (anziani, giovani, donne), nonché il sostegno a favore delle politiche di salute pubblica finalizzate alla prevenzione del danno alcol correlato
- ridurre i consumi a rischio (e in particolare quelli eccedentari e al di fuori dei pasti) nella popolazione e in particolare nei giovani, nelle donne e nelle persone anziane
- ridurre la percentuale dei giovani minori di 18 anni che assumono bevande alcoliche, nonché l'età del primo contatto con le stesse
- ridurre il rischio di problemi alcol correlati che può verificarsi in una varietà di contesti quali la famiglia, il luogo di lavoro, la comunità o i locali dove si beve
- ridurre la diffusione e la gravità di danni alcol-correlati quali gli incidenti e gli episodi di violenza, gli abusi sui minori, la trascuratezza familiare e gli stati di crisi della famiglia.
- mettere a disposizione accessibili ed efficaci trattamenti per i soggetti con consumi a rischio o dannosi e per gli alcol dipendenti
- provvedere ad assicurare una migliore protezione dalle pressioni al bere per i bambini, i giovani e coloro che scelgono di astenersi dall'alcol.

Queste raccomandazioni sono state recepite da tutte le istituzioni che in questi anni stanno portando avanti progetti importanti che vedono impegnati secondo le proprie competenze il ministero della Salute, gran parte dei Ministeri, la Presidenza del Consiglio, le Regioni, le Province e i Comuni e altre importanti Istituzioni pubbliche. Le attività, le strategie, i progetti e le azioni sono rivolti soprattutto alle fasce più a rischio, come i giovani.

In tema di comunicazione alla popolazione il messaggio alcol e cancro sarebbe da ricomprendersi in tutti le campagne di prevenzione generale ed oncologica e, alla luce di quanto dettagliato, un contenuto ineludibile in termini di salvaguardia e tutela della salute individuale e collettiva.

Riferimenti bibliografici

- Iarc (2012) Consumption of alcoholic beverages in Volume 100E A Review of Human Carcinogens: Personal Habits and Indoor Combustions. Iarc Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans,; 377–503. <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100E/mono100E-11.pdf>
- WHO/FAO, Joint WHO/FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases, in WHO Technical Report Series. 2003, WHO: Geneva. p. 95-104.
- Bagnardi, V., et al., Alcohol consumption and the risk of cancer: a meta-analysis. *Alcohol Res Health*, 2001. 25: p. 263-70.
- Corrao, G., et al., A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Prev Med*, 2004. 38(5): p. 613-9.
- Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study *BMJ* 2011; 342:d1584
- Stickel, F., et al., Cocarcinogenic effects of alcohol in hepatocarcinogenesis. *Gut*, 2002. 51: p. 132-139. PubMed
- Alcohol and breast cancer in women: a pooled analysis of cohort studies. *JAMA*, 1998. 279: p. 535-40. PubMed
- Key, J., et al., Meta-analysis of Studies of Alcohol and Breast Cancer with Consideration of the Methodological Issues. *Cancer Causes Control*, 2006. 17(6): p. 759-770. PubMed.
- Hamajima, N., et al., Alcohol, tobacco and breast cancer--collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer*, 2002. 87(11): p. 1234-45. PubMed.
- Zhang, S.M., et al., Alcohol consumption and breast cancer risk in the Women's Health Study. *Am J Epidemiol*, 2007. 165(6): p. 667-76. PubMed.
- Longnecker, M., Alcoholic beverage consumption in relation to risk of breast cancer: meta-analysis and review. *Cancer Causes Control*, 1994. 5: p. 73-82. PubMed.
- Evans Sm, Levin Fr. Response To Alcohol In Women: Role of The Menstrual Cycle And A Family History Of Alcoholism. *Drug Alcohol Depend*. 2011 Mar 1; 114(1):18-30.
- Flensburg-Madsen T, Knop J, Mortensen EI, Becker U, Gronbaek M. Amount of alcohol consumption and risk of developing alcoholism in men and women. *Alcohol Alcohol*. 2007 Sep-Oct; 42(5):442-7
- Ferrari, P., et al., Lifetime and baseline alcohol intake and risk of colon and rectal cancers in the European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC). *Int J Cancer*, 2007. PubMed
- Boyle, P., et al., European Code Against Cancer and scientific justification: third version (2003). *Ann Oncol*, 2003. 14(7): p. 973-1005. [PubMed](#)
- G. Testino, O. Ancarani, E. Scafato. Bevande alcoliche e cancro: uso, abuso o consumo? *Recenti Prog Med* 2011; 102: 399-406
- David Nutt et al rug harms in the U.K: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, vol. 376, issue 9752, pages 1558-1565, 6 november 2010.
- Graham A. Colditz Et Al., "Prospective Study Of Adolescent Alcohol Consumption And Risk Of Benign Breast Disease In Young Women" *Pediatrics* 2010, Doi:10.1542/Peds.2009-234
- National Toxicology Program. 2011. Report on carcinogens, twelfth edition. Research Triangle Park, U.S. Department of health and human services, public health service, national toxicology program. 499 pp. *National Toxicology Program, Department of Health and Human Services* <http://ntp.niehs.nih.gov/ntp/roc/twelfth/profiles/alcoholicbeverageconsumption.pdf>
- Rehm J, Scafato E. Indicators of alcohol consumption and attributable harm for monitoring and surveillance in European Union countries. *Addiction* 2011; 106(1 Suppl): 4-10
- Parkin, M., et al., The fraction of cancer attributable to lifestyle and environmental factors in the UK in 2010. *BJC* 2011. 105 Supp. 2, 6 December 2011.
- European Commission (2006). 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. Luxembourg, European Communities (COM(2006) 625 final; <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0625:FIN:EN:PDF>).
- WHO Regional Office for Europe (2006). Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>)
- WHO Regional Office for Europe (2009a). *An analysis of the European Commission's 2006 communication on alcohol, and the European Framework for Alcohol Policy – and how they can inform guidelines for national action plans on alcohol*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe
- WHO Regional Office for Europe (2009). Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- WHO Regional Office for Europe (2009). Handbook for action to reduce alcohol-related harm. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- Anderson P (2008). Consumer labelling and alcoholic drinks. Hamm, German Centre for Addiction Issues (DHS) (http://dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/consumer_report.pdf, accessed 17 August 2009)
- Secretan B, Straif K, Baan R, et al. A review of human carcinogens. Part E: tobacco, areca nut, alcohol, coal smoke, and salted fish. *Lancet Oncol* 2009; 10: 1033-34

- "Alcohol in Europe. A public health perspective. A report for the European Commission" (Anderson, P. & Baumberg, B. (2006), London: Institute of Alcohol Studies). (Alcohol attributable burden of incidence of cancer in eight European countries based on results from prospective cohort study BMJ 2011; 342: d1584)
- National Institutes of Health (Nih) e del National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (Niaaa): "[Beyond Hangovers understanding alcohol's impact on your health](#)" (revisione di maggio 2011)
- World Cancer Research Fund "[Alcohol and cancer prevention](#)"
- Dipartimento di Salute pubblica Usa: "[Alcoholic Beverage Consumption](#)" (pdf 100 kb)
- Cancer Council Australia: "[Alcohol and cancer: a position statement from Cancer Council Australia](#)"
- American Cancer Society: "[Alcohol and cancer](#)" (pdf 180 kb).
- Boyle P, Autier P, Bartelink H, et al. European code against cancer and scientific justification: third version. *Annal Oncol* 2003; 14: 973-1005.
- Alcool et risque de cancers. Institute National du Cancer, 2007. www.e-cancer.fr
- World Cancer Research Fund. Food, nutrition, physical activity, and prevention of cancer: a global perspective. Washington: AIRC, 2010.
- Winstanley MH, Pratt LS, Chapman K, et al. Alcohol and cancer: a position statement from Cancer Council Australia. *MJA* 2011; 194: 479-82.
- Consulta nazionale alcol. Criteri di monitoraggio dei problemi alcolcorrelati. In: *Prospettive di intervento sui problemi alcolcorrelati. Indirizzi e documenti*. Roma: Isfol; 2007. p. 55-61
- Consulta nazionale alcol. I pareri della Consulta e delle Regioni. In: *Prospettive di intervento sui problemi alcolcorrelati. Indirizzi e documenti*. Roma: Isfol; 2007. p. 89-102