



Osservatorio
Nazionale
Alcol
CNESPS



Centro Collaboratore OMS
per la Ricerca e la Promozione
della Salute su Alcol
e Problemi alcol-correlati

Alcol: le strategie di prevenzione della Comunità Europea



Ministero della Salute

Istituto Superiore di Sanità
Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità
per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi Alcol-
correlati - Osservatorio Nazionale Alcol
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della
Salute
Società Italiana di Alcologia
Centro Alcológico Regionale della Toscana - AUOC - Regione Toscana
Associazione Italiana dei Club degli Alcolisti in Trattamento
Eurocare Italia

L'opuscolo è realizzato con il contributo del Ministero della Salute
nell'ambito della Campagna annuale per la prevenzione dell'abuso di
alcol

Traduzione e adattamento a cura di:

Emanuele Scafato*, **Tiziana Codenotti[^]** e **Rosaria Russo***

**WHO CC Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e Problemi Alcol-correlati, ISS Roma*

[^]Eurocare Italia, Padova

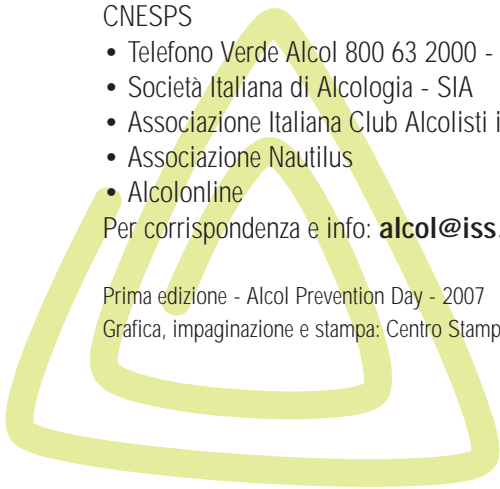
In collaborazione con:

- Reparto Salute della Popolazione e suoi determinanti – CNESPS
- CSDA Centro Servizi Documentazione Alcol - Osservatorio nazionale Alcol – CNESPS
- Telefono Verde Alcol 800 63 2000 - Istituto Superiore di Sanità
- Società Italiana di Alcologia - SIA
- Associazione Italiana Club Alcolisti in Trattamento - AICAT
- Associazione Nautilus
- Alcolonline

Per corrispondenza e info: **alcol@iss.it**

Prima edizione - Alcol Prevention Day - 2007

Grafica, impaginazione e stampa: Centro Stampa De Vittoria srl - Roma



Caro lettore,

Il 24 ottobre 2006 la Commissione Europea ha adottato la Strategia europea per la riduzione dei danni correlati all'alcol costruita dopo lunghi anni di dibattito anche nell'ambito del Gruppo di lavoro "Alcol e Salute" della DGSANCO (Dir. di salute e sicurezza dei cittadini dell'Unione europea) nella Commissione Europea.

Partendo dall'analisi dell'impatto economico e sanitario dell'abuso di alcol registrato in Europa e del pesante bilancio in termini di disabilità (7,5% degli anni di vita in salute persi), mortalità e morbosità per definizione evitabili a fronte di un consumo moderato, la Strategia ha evidenziato l'urgenza condivisa di contrastare gli effetti negativi dell'abuso alcol sulla salute. Il rapporto europeo su cui è stata basata la Strategia ha evidenziato dettagliatamente l'impatto economico, sanitario e sociale dell'alcol in Europa producendo Conclusioni e Raccomandazioni che sono riportate in questo libretto insieme al testo tradotto e adattato della **"Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol"** (COM 2006, 625 definitivo).

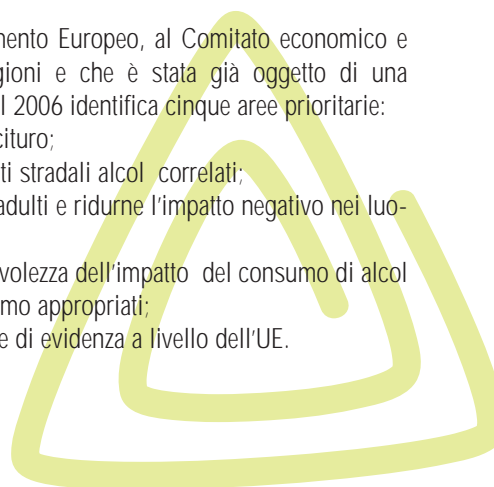
Ogni anno nell'Unione Europea sono 195 mila i decessi correlati all'alcol, di cui 10 mila fra i giovani: gli incidenti stradali causati dall'abuso di alcol sono la prima causa di morte per i maschi fra i 15 e i 24 anni.

In Europa 55 milioni di adulti abusano di alcol, circa 7 milioni solo in Italia.

Un altro dato allarmante è che centinaia di migliaia di giovani adottano il modello del binge drinking ("bere per ubriacarsi"), che concentra in un'unica occasione il consumo di quantità dannose di alcol: in Italia il fenomeno riguarda l'8,4% dell'intera popolazione, con picchi del 24% circa per i ventenni.

La strategia inviata al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle Regioni e che è stata già oggetto di una Conclusione del Consiglio nel dicembre del 2006 identifica cinque aree prioritarie:

- Proteggere i giovani, i bambini ed il nascituro;
- Ridurre gli infortuni e le morti da incidenti stradali alcol correlati;
- Prevenire il danno alcol correlato fra gli adulti e ridurre l'impatto negativo nei luoghi di lavoro;
- Informare, educare ed elevare la consapevolezza dell'impatto del consumo di alcol rischioso e dannoso e sui modelli di consumo appropriati;
- Sviluppare e mantenere una base comune di evidenza a livello dell'UE.



Di importanza centrale sono l'informazione e l'identificazione precoce dell'abuso di alcol attraverso campagne educative e informative rivolte anche ai bambini e alle donne sui rischi che comporta il bere in gravidanza, ma anche l'opportunità di seguire le linee guida nutrizionali che raccomandano l'adozione di stili e modelli di consumo che contribuiscono a evitare i rischi alcolcorrelati nella famiglia, nei luoghi di lavoro, nei contesti di aggregazione giovanile e sociale.

Uno strumento basilare per l'adozione di tutte le misure e le azioni proposte è la misurazione nel tempo tramite indicatori adeguati e un sistema di monitoraggio di valenza europeo, ispirato alle attività dell'European Community Health Indicators and Monitoring (ECHIM, <http://www.echim.org>) di cui l'Istituto Superiore di Sanità è segretariato europeo, per valutare obiettivi e azioni adottate dagli Stati membri.

La comunicazione della Commissione Europea sottolinea l'importanza del finanziamento di attività destinate in maniera regolare:

- alla ricerca sull'alcol, in particolare sull'analisi e la valutazione del bere fra i giovani
- alle iniziative di formazione finalizzate all'identificazione precoce e all'intervento per i bevitori problematici (si veda per l'attività italiana le iniziative europee dei Progetti Phepa 1 e 2, www.phepa.net e quelle internazionali del progetto Oms (www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcohol-problems_phaseiv.pdf, pagine 145-172 per l'esperienza italiana).

Questa strategia, molto attesa, è di portata notevole per la sua capacità di rafforzare le politiche nazionali sull'alcol. Non mancherà quindi di esercitare un impatto positivo sulla salute e la sicurezza degli italiani. E' comunque una importante base di supporto per la realizzazione del **Piano Nazionale Alcol e Salute** e della strategia del Ministero della Salute "**Guadagnare Salute**" che già richiamano le indicazioni fornite dal livello comunitario contestualizzando alle nostre realtà culturali.

Emanuele Scafato

Direttore Centro Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca e la Promozione della Salute sull'Alcol - Osservatorio Nazionale Alcol

Istituto Superiore di Sanità

Aprile 2007



Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol (COM (2006), 625 definitivo, Bruxelles 24.10.2006).

1. INTRODUZIONE

Questa Comunicazione si riferisce agli effetti negativi per la salute associati al consumo rischioso e dannoso di alcol¹ e alle conseguenze sociali ed economiche di tale consumo, e risponde alla richiesta da parte del Consiglio alla Commissione di seguire, valutare e monitorare gli sviluppi e le misure prese in questo campo e di riferire sui bisogni di ulteriori azioni. Si concentra sulla prevenzione e sulla riduzione dei modelli di consumo eccessivi ed estremi, sul bere dei minorenni e su alcune delle conseguenze più dannose come gli incidenti stradali alcol correlati e la Sindrome Fetale Alcolica. La Comunicazione non è perciò una riflessione sull'uso di alcol come tale, ma sull'abuso e le sue conseguenze dannose. La Comunicazione riconosce che ci sono diverse abitudini culturali riferite al consumo di alcol nei vari Stati Membri. Non c'è nessuna intenzione di sostituire le azioni Comunitarie alle politiche nazionali che sono già state attuate nella maggior parte degli Stati Membri e che si riferiscono alle competenze nazionali in conformità col principio di sussidiarietà e con l'Articolo 152 del trattato dell'UE. In particolare, la Commissione non intende proporre, come conseguenza di questa comunicazione, lo sviluppo di una legislazione armonizzata nel campo della prevenzione del danno alcol correlato.

1. Il consumo di alcol rischioso è stato definito come quel livello di consumo o modello di bere che è probabile dia luogo a danno se dovesse persistere l'abitudine al bere (Babor, T., Campbell R., Stanza R. & Saunders, J., (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Ginevra); non c'è comunque un consenso unificato sul livello di consumo di alcol che dovrebbe essere considerato come bere a rischio. Il bere dannoso è definito come "un modello di bere che causa danno alla salute, sia fisico (come cirrosi al fegato) che mentale (come depressione secondaria al consumo di alcol)" (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organisation 1992).

La Comunicazione ha lo scopo di effettuare la mappatura delle azioni che già sono state attuate dalla Commissione e dagli Stati Membri e di identificazione da un lato le buone pratiche che hanno condotto a risultati positivi, e dall'altro le aree di importanza socio-economica e di rilevanza comunitaria nelle quali potrebbero essere fatti ulteriori progressi.

La Comunicazione spiega anche come la Commissione può ulteriormente favorire e complementare le politiche di salute pubblica nazionale implementate dagli Stati Membri in cooperazione con altre organizzazioni², tenendo in considerazione che i modelli e le culture del bere variano all'interno della stessa UE. Questo impegno della Commissione per proseguire ulteriormente e sviluppare azioni sotto le sue competenze, insieme ad un elenco di buone pratiche che sono state realizzate in diversi Stati Membri e l'istituzione di un Forum Alcol e Salute per favorirne la divulgazione, costituirà la spina dorsale di una strategia comprensiva per ridurre i danni alcol correlati in Europa.

2. IL MANDATO PER L'AZIONE

L'Unione Europea ha la competenza e la responsabilità di impegnarsi su problemi di salute pubblica quale l'uso a rischio e dannoso e di alcol completando le azioni nazionali in questo campo, come affermato dall'Articolo 152 del trattato dell'UE.

La Corte Europea di Giustizia ha confermato ripetutamente che combattere i danni alcol correlati è un'importante e legittimo obiettivo di salute pubblica³.

2. Questi comprendono vari attori come le Organizzazioni Non Governative che si occupano di salute e dei diritti dei consumatori, i gruppi di auto-aiuto, i produttori e i rivenditori di bevande alcoliche, il settore alberghiero, le scuole, i datori di lavoro e le organizzazioni sindacali, l'industria pubblicitaria, i media.

3. Il caso Franzen (c-189/95), il caso Heinonen (c-394/97), il caso Gourmet (c-405/98), Catalonia (c-190 e c-179/90), Loi Evin (c-262/02 e c-429/02)

Nel 2001 il Consiglio ha adottato una Raccomandazione sull'uso di alcol da parte dei giovani, in particolare bambini ed adolescenti⁴, che invitava la Commissione a seguire, valutare e monitorare le misure prese, e riferire sulla necessità di ulteriori azioni⁵.

Nelle sue Conclusioni del 5 giugno 2001 il Consiglio ha invitato la Commissione a presentare proposte per una strategia Comunitaria globale volta alla riduzione dei danni alcol correlati per completare le politiche nazionali. Le Conclusioni del Consiglio su Alcol e i giovani del giugno 2004 hanno reiterato tale invito⁶.

La maggior parte degli Stati Membri si sono attivati per ridurre i danni alcol correlati e molti di questi hanno politiche esaustive in questo campo. Nonostante la realizzazione di politiche di salute, sia a livello comunitario che a livello nazionale, i danni alcol correlati, specialmente fra i giovani, sulle strade e sui posti di lavoro sono ancora intollerabilmente alti in tutti gli Stati Membri. Inoltre, studi condotti a livello nazionale ed Europeo⁷ mostrano che in alcuni casi, dove c'è una zona di attraversamento di confini, sarebbe necessario stabilire un migliore coordinamento e costruire sinergie a livello dell'UE. Esempi includono la promozione oltreconfine della vendita di bevande alcoliche che potrebbe attrarre i giovani bevitori, o pubblicità televisiva di bevande alcoliche oltreconfine di Stati confinanti

4. Raccomandazioni del Consiglio 2001/458/EC – OJ L 161/38 del 16/06/2001 http://eur-lex.europa.eu/pri/en/oj/dat/2001/l_161/l_16120010616en00380041.pdf

5. Il rapporto completo è pubblicato su <http://ec.europa.eu/comm/health>

6. Conclusioni del Consiglio del 5 giugno 2001 su una strategia Comunitaria per ridurre i danni alcol correlati (2001/C 175/01) - (http://eur-lex.europa.eu/pri/en/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620en00010002.pdf), Conclusioni del Consiglio su alcol e giovani del 1-2 giugno 2004 (http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf)

7. Per esempio: What are the most effective and cost-effective intervention in alcohol?, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) 2004; Alcohol Policy and the Public Good, Griffith Edwards 1994, Cochrane Library; EconLit and the Alcohol and Alcohol Problems Science Database (ETOH), National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA).

che potrebbero essere in conflitto con le restrizioni nazionali.

Questo tende a dimostrare che alcuni problemi sono condivisi da ogni Stato Membro (per esempio il consumo di alcol dei minori o gli incidenti stradali alcol correlati), che le politiche che sono state attuate per ridurli non hanno avuto pienamente successo dal momento che i problemi rimangono, o in certi casi sono addirittura aumentati, e che alcuni problemi sono di pertinenza della Comunità a causa dell'elemento oltreconfine. Tale situazione sottolinea il bisogno di ulteriori azioni e della cooperazione a livello di UE e nazionale. Questa comunicazione avvia un approccio dell'Unione Europea per sostenere e rafforzare una strategia coordinata per ridurre i danni alcol correlati, che farà assegnamento sugli impegni della Commissione per perseguire ulteriormente e sviluppare azioni sotto le sue competenze e la disseminazione di buone pratiche che sono state già implementate in diversi Stati Membri.

L'azione dell'UE per ridurre i danni alcol correlati sosterrà la realizzazione di altri rilevanti obiettivi già concordati a livello di UE quali per esempio la Sicurezza Stradale⁸, la Salute e la Sicurezza nei luoghi di lavoro⁹, e la Convenzione sui Diritti del Bambino¹⁰.

3. LA NECESSITA' DI AGIRE

Il consumo rischioso e dannoso di alcol ha un notevole impatto sulla salute pubblica e genera inoltre costi riferibili al sistema di cura, alle assicura-

8. Raccomandazioni della Commissione 2004/345/EC del 6 aprile 2004 sul rafforzamento nel campo della sicurezza su strada, OJ L 111, 17/04/2004, Raccomandazioni della Commissione 2001/116/EC del 17 gennaio 2001 sul livello massimo consentito di alcol nel sangue (BAC) per i conducenti di veicoli a motore, OJ L 43, 14/02/2001, Comunicazione della Commissione OJ C 48, 14/02/2004

9. Strategie di Comunità sulla salute e la sicurezza al lavoro 2002-2006 / * COM/2002/0118 finale

10. Risoluzione ONU del 4/25 di 20 novembre 1989

zioni sanitarie, al rafforzamento della legge e dell'ordine pubblico, e dei posti di lavoro e ha quindi un impatto negativo sullo sviluppo economico e sulla società nel suo insieme. Il consumo rischioso e dannoso di alcol è un determinante di salute fondamentale ed è una delle cause principali di morte prematura e malattia evitabile. Rappresenta la causa netta del 7.4%¹¹ di malattia e di morte prematura nell'UE e ha un impatto negativo sul lavoro e la produttività. Le politiche volte alla prevenzione e al trattamento del consumo rischioso e dannoso così come appropriate campagne informative sui modelli di consumo responsabile hanno degli importanti benefici per gli individui e le famiglie, ma anche verso la spesa sociale e il mercato del lavoro e contribuiranno ad alimentare la competitività in linea con gli obiettivi di Lisbona, e con l'obiettivo di più Anni di Vita Sani per tutti. Le iniziative intraprese nei luoghi di lavoro dovrebbero perciò essere promosse. Le organizzazioni coinvolte (imprese, organizzazioni sindacali) detengono una particolare responsabilità al riguardo.

I giovani dell'UE sono particolarmente a rischio, in quanto più del 10% della mortalità femminile e circa il 25% della mortalità maschile nel gruppo di età compreso tra i 15 e i 29 anni è connesso al consumo rischioso di alcol¹². Il consumo rischioso e dannoso di alcol non solo ha effetto su chi lo beve, ma anche sugli altri e sulla società. Gli effetti dannosi dell'alcol tendono ad essere più elevati nei gruppi sociali meno avvantaggiati e perciò contribuisce alle disuguaglianze nella salute.

Mentre il consumo medio di alcol sta diminuendo nell'UE, la percentuale di adolescenti e di giovani adulti con modelli di consumo nocivi e dannosi è

11. OMS Global Burden of Disease Study (Rehm et al 2003a e b, Rehm et al 2004 e Rehm 2005)

12. Alcohol in Europe A public health perspective, P Anderson and B Baumberg, Institute of Alcohol Studies, UK 2006 http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm (basato su The WHO's Global Burden of Disease Study, Rehm et al 2003a and b, Rehm et al 2004 and Rehm 2005)

13. L'aumento viene registrato soprattutto fra i giovani adulti (sopra il limite di età legale). Il "binge-drinking" fra i bevitori sotto il limite legale si è stabilizzato nell'Europa a 15 ma è aumentato nell'Europa a 10.

aumentata in molti Stati Membri durante gli ultimi dieci anni¹³. I pattern di consumo in molte parti dell'UE, e in particolare il riferito aumento degli episodi di "binge-drinking"¹⁴ da parte dei minori e l'alta frequenza di consumo di alcol dei minori in molti paesi Europei¹⁵ possono avere effetti negativi sulla salute a lungo termine ed aumentare il rischio di danno sociale.

Gli incidenti stradali associati al consumo di alcol sono anche causa di notevole preoccupazione. Circa un incidente su quattro può essere collegato al consumo di alcol ed almeno 10.000 persone rimangono uccise in incidenti stradali alcol correlati nell'UE ogni anno. L'UE ha come obiettivo quello di dimezzare il numero di persone uccise sulle strade Europee, da 50.000 dell'anno 2000 a 25.000 entro il 2010¹⁶ e gli sforzi per diminuire gli episodi di guida in stato di ebbrezza possono dare un contributo sostanziale alla realizzazione di questo obiettivo.

L'esposizione all'alcol durante la gravidanza può danneggiare lo sviluppo cerebrale del feto ed è associato con deficit intellettivi che divengono evidenti più tardi nel corso dell'infanzia¹⁷. Poiché il consumo ad alto rischio sta aumentando fra le giovani donne in molti Stati Membri e dato che il consumo di alcol ha un impatto sul feto fin dall'inizio della gravidanza, interventi che aumentano la consapevolezza su questo problema sono di importanza strategica.

Per affrontare la preoccupante situazione descritta, e sulla base dei risulta-

14. "Binge-drinking" è normalmente considerato il consumo di 5 o più unità di alcol in una sola occasione.

15. The ESPAD Report 2003, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, Björn Hibell et al, Stockholm 2004 <http://www.espad.org/reports.asp>.

16. COM(2001)370 finale: "Politiche Europee di trasporto per il 2010: tempo di decidere".

17. In Francia per esempio, più di 700 bambini sono nati con la Sindrome Fetale Alcolica nel 2001, e si stima che più di 60.000 persone stiano vivendo con questa condizione (dati calcolati da INSERM - "Expertise collective" nel settembre 2001 - dopo due studi epidemiologici condotti nel nord della Francia e La Réunion).

ti della valutazione di impatto attuata, la Commissione ha identificato i seguenti cinque temi prioritari che sono rilevanti per tutti gli Stati Membri e per i quali le azioni di Comunità a completamento delle politiche nazionali e la coordinazione di azioni nazionali hanno un valore aggiunto:

- ▶ Proteggere i giovani, i bambini ed il nascituro;
- ▶ Ridurre gli infortuni e le morti da incidenti stradali alcol correlati;
- ▶ Prevenire il danno alcol correlato fra gli adulti e ridurre l'impatto negativo nei luoghi di lavoro;
- ▶ Informare, educare ed elevare la consapevolezza dell'impatto del consumo di alcol rischioso e dannoso e sui modelli di consumo appropriati;
- ▶ Sviluppare e mantenere una base comune di evidenza a livello dell'UE.

Questi temi riguardano tutta l'Unione Europea, il livello nazionale e quello locale, e richiedono azioni multi-settoriali e multi-professionali. La presente strategia propone perciò di identificare ciò che la Commissione e gli Stati Membri hanno già attuato insieme alle ulteriori azioni o il prolungamento di quanto già attuato da parte della Commissione. Presenta inoltre le buone pratiche realizzate negli Stati Membri e quelle che potrebbero ispirare azioni e sinergie simili a livello nazionale.



4. LA CONSULTAZIONE E IL PROCESSO DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO

Fin dal 2004 i servizi della Commissione hanno organizzato estese consultazioni con esperti degli Stati Membri, organizzazioni internazionali, ricercatori e altri enti¹⁸. Inoltre, la Commissione ha partecipato a tavole rotonde organizzate con attori strategici selezionati, sotto gli auspici del Centro delle Politiche Europee (EPC)¹⁹.

Per mezzo di una gara aperta la Commissione ha stipulato un contratto per un rapporto di un esperto di salute pubblica con l'Istitute of Alcohol Studies²⁰.

Per analizzare i problemi sanitari, sociali, economici ed ambientali correlati all'alcol e le diverse opzioni politiche la Commissione ha condotto una Valutazione di Impatto²¹.

Inoltre, altri interessati hanno avuto l'opportunità di esprimere i loro commenti in una consultazione aperta sulle etichette di cibi e bevande lanciata dalla Commissione²².

18. Inclusive Organizzazioni Non Governative (ONG che si occupano di salute e di diritti dei consumatori, gruppi di auto-aiuto...) ed organizzazioni che rappresentano i produttori di bevande alcoliche.

19. Il rapporto EPC sulla tavola rotonda sull'alcol è pubblicato su www.theepc.be

20. Il rapporto è pubblicato sul portale della Salute dell'UE e il sito web assieme a un rapporto di *peer review*, commenti del panel di *peer review*, le osservazioni delle varie organizzazioni sulle politiche sull'alcol e sulla realizzazione della Raccomandazione del Consiglio (http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm).

21. Inoltre, un'analisi economica e più particolareggiata dell'impatto dell'alcol sullo sviluppo economico dell'UE è stata condotta come parte della procedura di accertamento di impatto da un consulente esterno: "RAND Report", pubblicato su <http://ec.europa.eu/comm/health>

22. La documentazione di base usata per la consultazione è disponibile all'indirizzo internet http://ec.europa.eu/food/food/labellingnutrition/betterregulation/index_en.htm.

5. CINQUE TEMI PRIORITARI E BUONE PRATICHE ATTINENTI

5.1. Proteggere i giovani, i bambini ed il nascituro

Obiettivi:

Obiettivo 1: limitare il bere minorile, ridurre il consumo rischioso e dannoso fra i giovani, in collaborazione con tutti gli altri attori coinvolti.

Obiettivo 2: ridurre i danni sofferti dai bambini che vivono in famiglie con problemi alcolcorrelati.

Obiettivo 3: ridurre l'esposizione all'alcol durante la gravidanza, riducendo di conseguenza il numero di bambini nati con Disturbi Alcolici Fetali.

5.1.1. Razionale per l'azione

I giovani spesso sono descritti ingiustamente come i perpetratori di problemi connessi all'alcol piuttosto che come le vittime. Si stima che l'alcol sia un fattore causale nel 16% dei casi di abuso di minori e di negligenza nei loro confronti²³. E' stato evidenziato che il consumo eccessivo di alcol fra i giovani non ha solo un impatto negativo sulla salute e sul benessere sociale, ma anche sul conseguimento degli obiettivi educativi²⁴. C'è una tendenza all'aumento degli episodi di "binge-drinking" da parte dei giovani in molte parti dell'UE. Questo comportamento è esacerbato dalla ininterrotta disponibilità di bevande alcoliche nei confronti di consumatori minorenni. E' necessario perciò prendere in considerazione ulteriori azioni per limitare

²³. English et al. 1995, Single et al, 1999, Ridolfo and Stevenson 2001, tratto da Alcohol in Europe – a public health perspective, http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineu-rope_en.htm

²⁴. RAND An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU (Horlings, Scoggins 2006)

²⁵ Ciò è stato realizzato imponendo una tassa speciale o un'etichetta obbligatoria per i prodotti come gli "alcopops" (Danimarca, Francia, Germania, Irlanda e Lussemburgo)

il bere dei minori e i modelli di consumo dannosi tra i giovani. I protagonisti del processo di produzione delle bevande alcoliche sono stati attivamente impegnati nella maggior parte degli Stati Membri nel rafforzamento delle regolamentazioni nazionali e hanno dichiarato la loro volontà di diventare più attivi nel rafforzare le misure e i codici di auto-regolamentazione.

Alcuni Stati Membri hanno aumentato le tasse sui prodotti che essi si rendono conto essere particolarmente attraenti nei confronti dei minori²⁵.

5.1.2. Buone pratiche

Il consumo problematico di alcol tra i giovani può essere efficacemente affrontato attraverso politiche pubbliche. La Raccomandazione del Consiglio del 2001 ha contribuito a sviluppare tali politiche. Esempi di misure concrete attuate da Stati Membri sono: il rafforzamento delle restrizioni sulle vendite, sulla disponibilità e sull'introduzione sul mercato di prodotti che verosimilmente siano in grado di influenzare i giovani, azioni di comunità per prevenire il danno e i comportamenti a rischio, il coinvolgimento di insegnanti, genitori, altri protagonisti e i giovani stessi²⁶ e supportate da messaggi mediatici e programmi di formazione per la costruzione delle abilità (life-skills). L'industria delle bevande alcoliche e i pubblici esercenti possono ricoprire un ruolo importante per garantire che l'alcol venga consumato responsabilmente.

²⁵. Ciò è stato realizzato imponendo una tassa speciale o un'etichetta obbligatoria per i prodotti come gli "alcopops" (Danimarca, Francia, Germania, Irlanda e Lussemburgo)

²⁶. La Commissione ha coinvolto i giovani nei processi di consultazione di questa Comunicazione, in progetti co-finanziati attraverso il Public Health Programme. Il Forum Europeo della Gioventù ha preparato un gruppo di lavoro per offrire aiuto alle attività in corso.

5.2. Ridurre i danni e i morti da incidenti stradali alcol correlati²⁷

Obiettivi:

Obiettivo 4: contribuire a ridurre i decessi e le lesioni da incidenti stradali alcol-correlati.

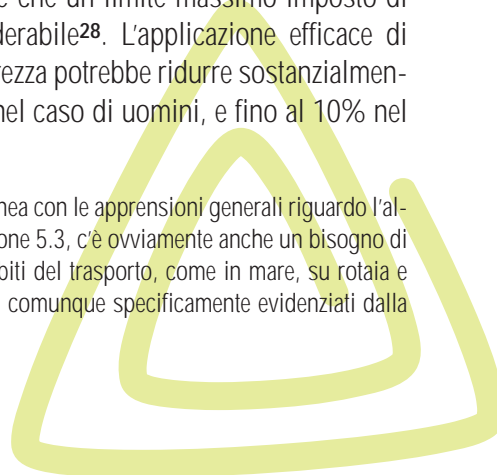
5.2.1. Razionale per l'azione

Circa un incidente su quattro può essere collegato al consumo di alcol ed almeno 10.000 persone muoiono nell'UE ogni anno in incidenti stradali provocati dall'alcol. I giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni sono particolarmente a rischio di avere un incidente. Dal 35% al 45% dei decessi in questo gruppo di età sono dovuti ad incidenti stradali. Per i giovani, gli incidenti stradali sono la causa più comune di morte (il 47% secondo molte fonti). Per incidenti causati da guida in stato di ubriachezza, due terzi delle persone coinvolte avevano tra i 15 e i 34 anni di età, e il 96% erano maschi.

5.2.2. Buone pratiche

Numerosi studi hanno evidenziato che il rischio di incidenti stradali alcol correlati aumenta con la concentrazione di alcol nel sangue (BAC) del conducente. Tutti gli Stati Membri hanno preso misure per introdurre i limiti di BAC. Gli studi tendono ad evidenziare che un limite massimo imposto di 0.5 mg/ml o inferiore sarebbe desiderabile²⁸. L'applicazione efficace di misure contro la guida in stato di ebbrezza potrebbe ridurre sostanzialmente le morti per incidenti (fino al 25% nel caso di uomini, e fino al 10% nel

²⁷. Diversamente dal traffico stradale, ed in linea con le apprensioni generali riguardo l'alcol nei luoghi di lavoro come descritto in sezione 5.3, c'è ovviamente anche un bisogno di controllare il consumo di alcol negli altri ambiti del trasporto, come in mare, su rotaia e nel trasporto aereo. Questi esempi non sono comunque specificamente evidenziati dalla presente Comunicazione.



caso di donne), le lesioni e l'invalidità. Esempi di politiche nazionali efficienti si basano sull'introduzione e sul rafforzamento di misure di controllo (*random breath tests*) frequenti e sistematiche, sostenute da campagne educative e di consapevolezza che coinvolgano tutte le parti in causa.

La combinazione di controlli rigorosi e di un aumento della consapevolezza è la chiave del successo. I giovani e i conducenti neopatentati sono più coinvolti in incidenti stradali alcol correlati. Un altro esempio di politica efficace è l'introduzione di un limite di concentrazione alcolica del sangue (BAC) più basso o uguale a zero per questi conducenti e, per ragioni di sicurezza, anche per i conducenti di mezzi pubblici così come per i conducenti di veicoli commerciali, in particolare quelli che trasportano merci pericolose.

28. Una rassegna di 112 studi ha fornito una forte evidenza del fatto che la diminuzione delle abilità di guida comincia con un avvio da un livello di concentrazione di alcol nel sangue di zero (Moskowitz e Fiorentino 2000). Uno studio che ha confrontato le concentrazioni di alcol di sangue (BACs) di conducenti coinvolti in incidenti col BACs di conducenti non coinvolti in incidenti, ha riscontrato che i maschi e le femmine di tutte le età con BACs tra 0.2 g/l e 0.49 g/l presentavano un rischio almeno tre volte maggiore di morire in un singolo incidente d'auto. Il rischio aumenta ad almeno 6 volte con un BAC tra 0.5 g/l e 0.79 g/l ed a 11 volte con un BAC tra 0.8 g/l e 0.99 g/l (Zador et al 2000). Tutti gli studi confermano che l'effetto positivo della nuova legislazione per abbassare i limiti di BAC è più elevato se è accompagnato da dibattiti pubblici, da campagne dei media e dall'applicazione delle nuove leggi.

5.3. Prevenire i danni alcol correlati fra gli adulti e ridurre l'impatto negativo nel luogo di lavoro

Obiettivi:

Obiettivo 5: diminuire i disturbi cronici fisici e mentali alcol correlati.

Obiettivo 6: diminuire il numero di morti alcol correlate.

Obiettivo 7: fornire informazioni ai consumatori per poter attuare scelte informate.

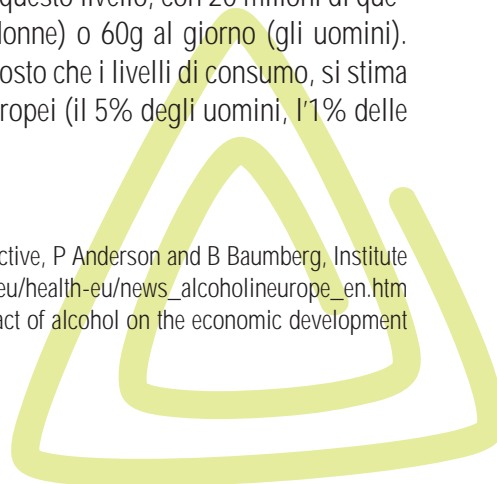
Obiettivo 8: contribuire alla riduzione del danno alcol correlato sul posto di lavoro, e promuovere azioni correlate.

5.3.1. Razionale per l'azione

Sebbene l'85% degli individui adulti consumi alcol in modo moderato e responsabile per la maggior parte del tempo, il consumo di alcol dannoso e rischioso è una delle cause principali di morte prematura e di malattia evitabile ed ha inoltre un impatto negativo sulle capacità lavorative²⁹. L'assenteismo alcol correlato o il consumo di alcol durante le ore di lavoro ha un impatto negativo sul rendimento lavorativo e di conseguenza anche sulla competitività e sulla produttività³⁰. Mentre 266 milioni di adulti bevono fino a 20g (le donne) o 40g (gli uomini) di alcol al giorno, più di 58 milioni di adulti (15%) consuma oltre questo livello, con 20 milioni di questi (6%) che bevono più di 40g (le donne) o 60g al giorno (gli uomini). Considerando la alcoldipendenza piuttosto che i livelli di consumo, si stima anche che in un anno 23 milioni di Europei (il 5% degli uomini, l'1% delle donne) sia dipendente dall'alcol .

²⁹. Alcohol in Europe A public health perspective, P Anderson and B Baumberg, Institute of Alcohol Studies, UK 2006 http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

³⁰. RAND: An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU (Horlings, Scoggins 2006).



5.3.2. Buone pratiche

L'esperienza maturata dagli Stati Membri tende a indicare che il rafforzamento delle regolamentazioni attuali, dei codici e degli standard, è essenziale per ridurre l'impatto negativo del consumo rischioso e dannoso di alcol. Il controllo delle licenze, la formazione professionale di coloro che servono bevande alcoliche, gli interventi di comunità e sui luoghi di lavoro, le politiche sui prezzi (per esempio limitando le offerte "due drink al prezzo di uno"), il coordinamento del trasporto pubblico e degli orari di chiusura dei locali, i consigli dei medici o degli infermieri nelle strutture di assistenza primaria verso le persone a rischio e il trattamento sono interventi che sembrano efficaci nel prevenire i danni alcol correlati fra gli adulti e riducono l'impatto negativo nei luoghi di lavoro. L'istruzione, le attività di informazione e le campagne che promuovono il consumo moderato, o si rivolgono a chi guida dopo aver bevuto, al consumo di alcol durante la gravidanza e al bere minorile possono essere utilizzate per mobilitare il supporto pubblico agli interventi.

5.4. Informare, educare ed aumentare la consapevolezza dell'impatto del consumo rischioso e dannoso di alcol e sui modelli appropriati di consumo

Obiettivi:

Obiettivo 9: aumentare la consapevolezza dei cittadini dell'UE dell'impatto del consumo dannoso e rischioso di alcol sulla salute, specialmente l'impatto dell'alcol sul feto, sui minori che bevono, sul lavoro e sulle abilità alla guida.

5.4.1. Razionale per l'azione

I cittadini hanno il diritto di ottenere informazioni riguardanti l'impatto sulla salute, ed in particolare sui rischi e le conseguenze relative al consumo

rischioso e dannoso di alcol, ed ottenere informazioni particolareggiate sugli ingredienti addizionali che possono essere dannosi alla salute per indeterminati gruppi di consumatori. Il consumo di alcol moderato sembra offrire una protezione contro la malattia coronaria del cuore nelle persone più anziane (dai 45 anni in su, a seconda del genere e delle differenze individuali).

5.4.2. Buone pratiche

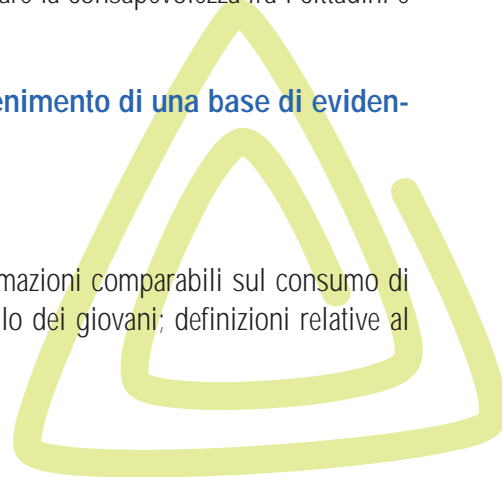
Le scelte dello stile di vita adottate in età giovanile pre-determinano la salute da adulto. Questo rende i bambini e i giovani – così come i loro genitori – un importante gruppo destinatario per interventi di educazione alla salute e di interventi che aumentino la consapevolezza. Programmi di ampio respiro di educazione alla salute e di abilità di vita realizzati con cura, a partire dalla prima infanzia ed idealmente ininterrotti per tutta l'adolescenza, possono aumentare la consapevolezza e possono avere un impatto sui comportamenti a rischio. Tali interventi dovrebbero indicare sia i fattori di rischio, come l'alcol, ed i periodi di rischio, come l'adolescenza, sia i fattori protettivi, cioè il cambiamento delle abitudini di vita e dei comportamenti.

Le campagne dei media – come la campagna finanziata dalla Comunità "Euro-Bob" che mira a prevenire la guida sotto l'influenza dell'alcol - può essere usata per informare ed aumentare la consapevolezza fra i cittadini e supportare le politiche di intervento.

5.5. Sviluppo, sostegno e mantenimento di una base di evidenza comune

Obiettivi:

Obiettivo 10: ottenere informazioni comparabili sul consumo di alcol, specialmente su quello dei giovani; definizioni relative al



consumo rischioso e dannoso, ai modelli sociali di consumo, agli effetti sociali e sanitari dell'alcol; informazioni riguardanti l'impatto delle politiche sull'alcol e del consumo di alcol sulla produttività e sullo sviluppo economico.

Obiettivo 11: valutare l'impatto delle iniziative prese sulla base di questa Comunicazione.

5.5.1. Razionale per l'azione

La ricerca e i sistemi informativi sono cruciali per lo sviluppo e la realizzazione di azioni efficaci nell'UE, a livello nazionale e locale per essere in grado di prevenire il consumo dannoso e rischioso così come di stimare meglio gli effetti del consumo moderato di alcol. C'è anche una forte necessità di definizioni comuni per il "binge-drinking", il consumo dannoso e rischioso, in particolare per monitorare le tendenze del consumo di alcol da parte dei giovani.

5.5.2. Cosa è necessario

Oltre al lavoro in corso sugli Indicatori di Salute della Comunità Europea, i servizi della Commissione hanno identificato il bisogno di sviluppare una definizione standardizzata per i dati inerenti l'uso di alcol e i danni alcol correlati; di iniziare ricerche per valutare i costi e i benefici delle scelte politiche; di eseguire periodiche e comparabili indagini Europee; e colmare le lacune della ricerca sui danni sanitari e sociali alcol correlati, sulle cause del consumo di alcol rischioso e dannoso e sul ruolo giocato dall'alcol nell'ampliare il divario di salute tra gruppi socio-economici. C'è inoltre la necessità di stimare le differenze nei pattern di consumo a seconda del paese, dell'età e del genere.

Inoltre, è necessario effettuare ulteriori ricerche per valutare l'efficacia di azioni ed interventi, come proposto in questa Comunicazione.

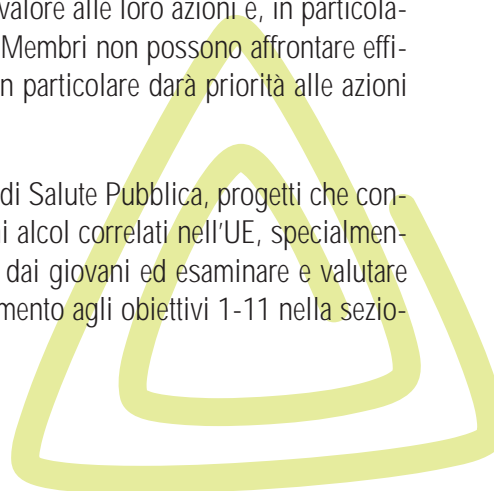
6. TRE LIVELLI DI AZIONI

Gli Stati Membri hanno la responsabilità principale per le politiche nazionali sull'alcol. In aggiunta, la Comunità incoraggia la cooperazione e il coordinamento tra gli Stati Membri e offre il suo appoggio per la loro realizzazione. A complemento di queste iniziative nazionali, la Commissione implementa politiche nel campo dei danni alcol correlati, in particolare attraverso il Programma di Salute Pubblica (*Public Health Programme*) e il Programma Quadro di Ricerca (*Research Framework Programme*). Esistono così tre livelli di azione, il livello nazionale, il coordinamento delle politiche nazionali a livello di Comunità e le azioni della Commissione sulla base delle sue prerogative. In questo contesto, il ruolo principale della Commissione è quello di: (1) informare ed aumentare la consapevolezza relativamente alle principali questioni della salute pubblica che si riferiscono all'UE e agli Stati Membri, e di cooperare con gli Stati Membri nell'attuazione; (2) avviare azioni a livello di UE quando queste sono inerenti al suo campo di pertinenza, in particolare attraverso programmi settoriali e (3) di sostenere e aiutare il coordinamento delle azioni nazionali, in particolare identificando e diffondendo le buone pratiche in ogni parte della UE.

6.1. Azioni della Commissione Europea

Il ruolo della Comunità nella salute pubblica è quello di complementare gli sforzi degli Stati Membri, aggiungere valore alle loro azioni e, in particolare, trattare quei problemi che gli Stati Membri non possono affrontare efficacemente da soli. La Commissione in particolare darà priorità alle azioni per:

- Sostenere, attraverso i Programmi di Salute Pubblica, progetti che contribuiscano alla riduzione dei danni alcol correlati nell'UE, specialmente dei danni sofferti dai bambini e dai giovani ed esaminare e valutare l'efficacia degli interventi. (in riferimento agli obiettivi 1-11 nella sezione 5)



- ▶ Sostenere, attraverso i Programmi di Salute Pubblica e le altre strutture esistenti, la creazione di un sistema per la definizione di dati flessibili ma standardizzati sull'alcol, la conduzione di indagini ripetute e comparative sul consumo di alcol, in particolare tramite il Servizio Europeo di Indagini sulla Salute (*European Health Interview Survey*) e di ricerche complementari (da svilupparsi nel contesto del Servizio Europeo di Indagini sulla Salute ed il Sistema Statistico Europeo), e lo sviluppo di indicatori di salute per monitorare e valutare gli sviluppi. Informazioni confrontabili sull'alcol saranno messe a disposizione sul sito web dell'Europa collegato al Portale della Salute. (Obiettivi 9-11)
- ▶ Sostenere il monitoraggio sulle abitudini del bere dei giovani, e del danno da loro sofferto, con particolare attenzione al consumo di alcol in aumento fra ragazze e l'aumento del "binge-drinking" (Obiettivi 1, 3, 4, 6, 7, 9)
- ▶ Sviluppare, in cooperazione con gli Stati Membri e altri enti, le strategie che puntano a contenere il consumo da parte dei minori. Ciò potrebbe attuarsi mediante scambi di buone pratiche per affrontare questioni come la vendita e la somministrazione, le strategie di marketing irresponsabili e l'immagine dell'uso eccessivo di alcol convogliata attraverso i media e i modelli di ruolo, e che possibilmente potrebbe essere affrontato all'interno del Forum Per l'Alcol e la Salute citato nella sezione 6.3.1. e con la realizzazione del Patto Europeo della Gioventù³¹ (Obiettivi 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8)
- ▶ Sostenere gli Stati Membri e altri enti nei loro sforzi per sviluppare programmi informativi ed educativi sugli effetti del bere dannoso e su modelli responsabili di consumo. (Obiettivi 1 - 9)

31. Nella sua Comunicazione sulle "Politiche Europee per la gioventù: rivolgendosi alle preoccupazioni dei giovani in Europa – attuando il Patto Europeo della Gioventù e promuovendo la cittadinanza attiva" del 30 maggio 2005 la Commissione conferma l'importanza di prestare attenzione alla salute dei giovani. Una delle aree per l'azione è l'uso di alcol da parte dei giovani.

- ▶ Esplorare, in collaborazione con gli Stati Membri e le organizzazioni competenti, la possibilità di sviluppare campagne informative ed educative specifiche o iniziative simili per contrastare il danno alcol correlato nei luoghi di lavoro. In questo contesto dovrebbero essere perseguiti gli scambi delle migliori pratiche specifiche, possibilmente insieme ad altre iniziative della Commissione, come quelle per esempio sulla Responsabilità Sociale Corporativa. (Obiettivi 1-9)
- ▶ Sostenere il coinvolgimento di importanti organizzazioni competenti nel campo della salute nei luoghi di lavoro, come per esempio l'Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute al Lavoro, vista la rilevanza di alcune sue iniziative come "Il Luogo di Lavoro Sano" che punta a fornire ai datori di lavoro e agli impiegati un facile accesso alle informazioni su come migliorare il loro ambiente di lavoro divenendo più sani e più produttivi. (Obiettivi 1-9)
- ▶ Esplorare, in cooperazione con gli Stati Membri e gli altri enti, l'utilità di sviluppare approcci comuni ed efficienti in tutta la Comunità per fornire al consumatore informazioni adeguate. Tali riflessioni sono particolarmente importanti in quanto degli Stati Membri stanno progettando di introdurre delle etichette (per esempio su alcol e gravidanza), e come più in generale sia in corso una discussione sulle migliori pratiche per l'educazione del consumatore. (Obiettivi 1, 3, 4, 6, 7, 9)
- ▶ Riferire circa la realizzazione delle misure per limitare il consumo dannoso e rischioso di alcol, come descritto in questa Comunicazione, basando tali informazioni anche su quelle degli Stati Membri e riferire sull'impatto delle strategie dell'UE evidenziate nella presente Comunicazione. (Obiettivo 11)

Inoltre, attraverso la proposta del 7^{imo} Programma di Ricerca – *Research Framework Programme* (2007-2013), in particolare sotto il Tema della Salute degli Specifici Programmi di "Co-operazione" proposti, vi saranno

opportunità di verificare come la ricerca a livello Europeo aggiunga valore ad una strategia dell'UE per sostenere gli Stati Membri nel ridurre il danno alcol correlato. Al fine di produrre evidenze per attuare le migliori misure di salute pubblica e per guidare un processo di *policy making* integrato per la prevenzione dell'abuso di alcol, le aree di ricerca potrebbero includere:

- ▶ lavori sulle abitudini al bere dei giovani (tendenze, determinanti);
- ▶ il legame tra il consumo dannoso di alcol e modelli del bere e relativi danni alla salute, sociali ed economici (in riferimento agli obiettivi 1-10 nella sezione 5);
- ▶ altri fattori relativi all'impatto sulla società (in riferimento agli obiettivi 1-10 nella sezione 5).

6.2. Sussidiarietà: Mappatura delle azioni implementate dagli Stati Membro

6.2.1. Azione nazionale

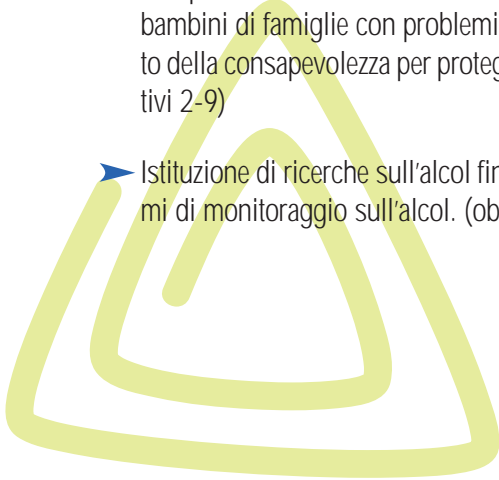
La maggior parte degli Stati Membri hanno prodotto normative e politiche riferite al consumo dannoso e rischioso di bevande alcoliche. Inoltre nel 2005 quindici Stati Membri hanno riferito di aver adottato piani di azione nazionali, o di aver istituito organismi coordinati per le politiche sull'alcol. Le misure attuate dagli Stati Membri sono molto ampie ed includono questioni come l'istruzione, l'informazione del consumatore e il rafforzamento dei controlli sul traffico stradale o delle licenze per la vendita di bevande alcoliche così come la definizione dei livelli di tassazione sull'alcol³².

³². Le percentuali minime di accisa sono state definite nella Direttiva del Consiglio 92/84/EEC del 19 ottobre 1992 approssimandole alle percentuali di accisa sull'alcol e le bevande alcoliche. Sopra questo minimo gli Stati Membri sono liberi di fissare le loro percentuali nazionali ai livelli da loro considerati adatti e che possono includere altre politiche come la salute.

Le misure specifiche adottate dagli Stati Membri per ridurre il danno alcol correlato con uno sguardo alla protezione della salute pubblica sono basate sui loro particolari contesti culturali. Il rilevamento di certe azioni prese all'interno della struttura di politiche nazionali può facilitare la divulgazione delle buone pratiche. Ogni misura deve essere considerata attraverso un approccio "caso – per - caso"; tutti i casi dovrebbero essere basati sulle evidenze, proporzionati e applicati su base non discriminatoria. Esempi di misure nazionali attualmente applicate negli Stati Membri sono i seguenti:

- ▶ Azioni per migliorare le informazioni al consumatore, nei punti di vendita o sui prodotti, sull'impatto dell'abuso di alcol sulla salute e sulle abilità lavorative. Come facenti parte delle informazioni al consumatore, alcuni Stati Membri hanno presentato, o stanno considerando la possibilità di presentare etichette informative per proteggere le donne incinte ed il bambino che portano. Altre azioni puntano a provvedere informazioni facilmente comprensibili sul contenuto di alcol e sul bere moderato. (Obiettivi 1-9)
- ▶ Azioni per far rispettare i limiti di età per vendere e servire gli alcolici. Tali azioni sembrano essere più efficienti se coinvolgono tutti gli interlocutori interessati, i genitori e gli stessi giovani. Poiché l'alcol viene scarsamente metabolizzato in giovane età, il riesame dei requisiti minimi di età per venderlo e per servire tutte le bevande alcoliche, in particolare dove l'età minima è attualmente sotto i 18 anni, sembra anche essere considerato da alcuni Stati Membri come un'opzione. (Obiettivi 1, 4 6, 7, 8)
- ▶ E' stato provato che gli interventi e i programmi educativi aumentino l'abilità dei giovani e dei loro genitori di affrontare i problemi legati all'alcol e ai comportamenti rischiosi. Questi interventi potrebbero riguardare come obiettivo sia i fattori di rischio che quelli protettivi, con lo scopo di promuovere effettivi cambiamenti di comportamento fra i bambini e gli adolescenti, e potrebbero essere attuati nelle scuole e in altri ambienti appropriati. Per aumentarne l'efficienza, tutto ciò dovrebbe attivamente coinvolgere i giovani e tutti gli interlocutori collegati. (obiettivi 1, 2, 4 6-9)

- Introduzione e rispetto delle regole contro la somministrazione di alcol a persone in stato di ubriachezza, così come di sistemi efficienti per il rilascio delle licenze per la vendita e la somministrazione responsabile di prodotti alcolici, in conformità con i loro specifici contesti e con l'ordine legale nazionale. (obiettivi 1-7, 9)
- Introduzione di un limite di BAC pari a zero per i conducenti giovani o inesperti e per i conducenti di mezzi di trasporto pubblici, così come per i conducenti di veicoli commerciali, in particolare per quelli che trasportano merci pericolose. (obiettivi 4-6)
- Sviluppo di una cornice di riferimento per abilitare controlli etilometrici (*random breath tests*) per tutti i conducenti, rafforzamento dei controlli della guida in stato di ebbrezza e l'applicazione di sanzioni dissuasive contro tutti quelli che sono stati trovati alla guida con BAC oltre il limite consentito, ed in particolare per i conducenti recidivi. (obiettivi 4-7, 9)
- Azioni specifiche sui problemi provocati dal consumo di alcol nei luoghi di lavoro e limitrofi. (obiettivi 2-6)
- Allocazione delle risorse necessarie all'assistenza primaria, all'intervento breve e al trattamento concernenti il consumo dannoso e rischioso di alcol, per fornire la formazione necessaria al personale sanitario e dare priorità alla prevenzione dell'uso di alcol nei luoghi di lavoro, la consulenza ai bambini di famiglie con problemi di alcol ed azioni educative e di aumento della consapevolezza per proteggere il bambino non ancora nato. (obiettivi 2-9)
- Istituzione di ricerche sull'alcol finanziate con fondi pubblici e di programmi di monitoraggio sull'alcol. (obiettivi 7-11)



6.2.2. Azione locale

Le strategie nazionali potrebbero essere più efficienti se fossero sostenute da attività locali e di comunità. Inoltre, l'azione degli enti locali e tutte le organizzazioni interessate sembra essere essenziale per rinforzare le strategie emerse in questa comunicazione. Per esempio:

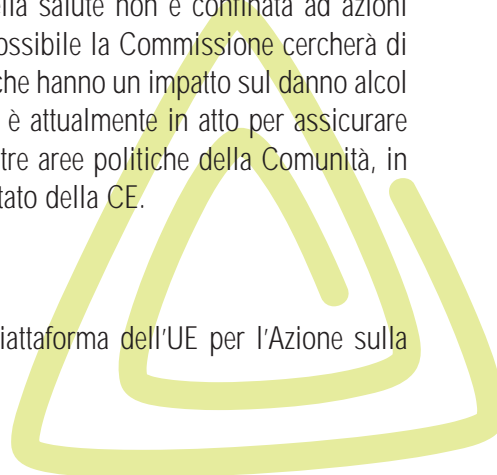
- Metodi di apprendimento attivi potrebbero essere usati per scoraggiare gli adolescenti che intendano cominciare a sperimentare il consumo di alcol dannoso. (obiettivi 1, 6, 7-9)
- In tutti i luoghi di lavoro ci potrebbe essere una politica per prevenire il danno alcol correlato, che includa le informazioni e/o le campagne educative, e fornire aiuto e cure specialistiche ai lavoratori con problemi alcol correlati. (obiettivi 5-9)
- I giovani e le organizzazioni della società civile dovrebbero riflettere su come possono contribuire a ridurre i danni alcol correlati. (obiettivi 1-9)
- Le istituzioni locali potrebbero contribuire a prevenire e a promuovere le strategie per proteggere i cittadini dai danni alcol correlati. (obiettivi 1-9)

6.3. Il coordinamento delle azioni a livello di UE

La competenza dell'UE nel campo della salute non è confinata ad azioni specifiche di salute pubblica. Dove possibile la Commissione cercherà di migliorare la coerenza tra le politiche che hanno un impatto sul danno alcol correlato. Un certo numero di misure è attualmente in atto per assicurare che la salute sia presa in esame in altre aree politiche della Comunità, in accordo con l'articolo 152 (1) del Trattato della CE.

6.3.1. Forum su Alcol e Salute

Con l'impiego come modello della piattaforma dell'UE per l'Azione sulla



Dieta, l'Attività Fisica e la Salute, la Commissione istituirà un Forum su Alcol e Salute entro giugno 2007, che metterà insieme esperti di enti e organizzazioni diverse e rappresentanti degli Stati Membri, le altre istituzioni dell'UE e le agenzie. L'obiettivo generale di questo Forum sarà quello di sostenere, fornire gli stimoli e monitorare l'istituzione delle strategie evidenziate da questa Comunicazione. Il Forum su Alcol e Salute potrebbe, quando opportuno, istituire dei sotto-gruppi su temi speciali come la ricerca, l'informazione e la raccolta dei dati, e l'istruzione. (Obiettivi 1-11)

6.3.2. Guida in stato di ebbrezza

Per meglio coordinare le attività volte alla riduzione di incidenti stradali causati dall'alcol, e con particolare attenzione verso la lotta contro la guida in stato di ebbrezza, la Commissione migliorerà il coordinamento tra la guida in stato di ebbrezza e le azioni di sicurezza stradale, comprese quelle sostenute dai programmi di salute pubblica e i Piani di Azione sulla Sicurezza Stradale. Questo si rivolgerà in particolare al problema dei neopatentati ed ai giovani conducenti. (Obiettivi 4, 6 7)

6.3.3. La comunicazione commerciale

Le leggi comunitarie regolano già certi aspetti della comunicazione commerciale e alcuni strumenti sono attualmente in corso di revisione e aggiornamento. Inoltre esiste un'aumentata chiarezza verso i modelli di buone pratiche di auto-regolamentazione che aiuterà a creare validi parametri di comportamento per gli inserzionisti, in modo da allineare la pratica pubblicitaria con le aspettative sociali³³. I servizi della Commissione lavoreranno con le altre organizzazioni per favorire la cooperazione sui modelli di comunicazione e vendita commerciale responsabile, inclusa la presentazione di un modello di consumo responsabile di alcol. Lo scopo principale sarà quello di sostenere l'UE e le azioni Governative nazionali/locali per prevenire le strategie di marketing di bevande alcoliche irresponsabili ed esaminare regolarmente la tendenza nei messaggi pubblicitari e le questioni rela-

tive alla pubblicità, per esempio sull'alcol. Uno scopo di questo sforzo unitario sarà quello di giungere ad un accordo con i rappresentanti di una serie di settori (ospitalità, rivenditori, produttori, i media/pubblicità) circa un codice di comunicazione commerciale istituito a livello nazionale e di UE. I parametri per i codici/strategie a livello nazionale potrebbero essere approvati.

Come parte di questo approccio, sarà esaminato anche l'impatto dei codici di auto-regolamentazione sul bere giovanile e il livello di adesione dei produttori a tali codici. Verranno invitate parti indipendenti per verificare le realizzazioni e i risultati dei codici di auto-regolamentazione nei confronti dei parametri convenuti, permettendo così alle Organizzazioni di Responsabilità Sociale di aggiustare di conseguenza i propri obiettivi. (Obiettivi 1-9)

7. Conclusioni

Con questa comunicazione, la Commissione, in risposta all'invito del Consiglio del 2001, presenta una strategia globale fino alla fine del 2012 per ridurre il danno alcol correlato in Europa, e spiega quello che già è stato fatto a livello nazionale e di Comunità, quelle che sono le aree prioritarie che meritano ulteriore azione e come la Commissione può ulteriormente

33 La propaganda televisiva per le bevande alcoliche è regolata dalla televisione senza norme di frontiera (la Direttiva del Consiglio 89/552/EEC del 3 ottobre 1989 sulla coordinazione di certi provvedimenti emessi per Legge, Regolamentazione o Azione Amministrativa negli Stati Membri riguardo il monitoraggio delle attività di trasmissione televisive; OJ L 298, 17.10.1989, p. 23–30). Direttiva 2005/29/EC del Parlamento Europeo e del Consiglio del 11 maggio 2005 concernente pubblicità ingannevoli dal produttore al consumatore inerenti a pratiche commerciali che fuorviano e troppo aggressive, e pratiche che usano la coercizione come mezzo per vendere (OJ L 149/22 del 11 giugno 2005). Per quanto riguarda gli approcci di autoregolazione, le organizzazioni tutte e i vari settori, la Tavola Rotonda sulla Pubblicità stabilita dai servizi della Commissione ha identificato gli elementi chiave per un'autoregolazione concreta, che sono presentati nel rapporto disponibile nel sito: http://ec.europa.eu/consumers/overview/report_advertising_en.pdf.

contribuire per affrontare quella che rappresenta una forte preoccupazione di salute pubblica. La Commissione propone che gli Stati Membri e le altre organizzazioni prendano questa Comunicazione come punto di partenza per continuare ad operare, in particolare nell'ambito del Forum Alcol e Salute.

La Commissione considera che il suo principale contributo alla strategia dovrebbe essere basato sugli approcci già esistenti di complemento alle politiche nazionali e alle strategie in quest'area e di conseguenza non intende attuare la strategia attraverso nuove proposte legislative specifiche. La Commissione riferirà regolarmente sulla realizzazione delle misure per contrastare il consumo di alcol dannoso e rischioso, come descritto in questa Comunicazione, così come sull'impatto delle strategie dell'UE disposte da questa comunicazione; ciò sarà basato su regolari comunicazioni dagli Stati Membri sulla realizzazione delle misure rilevanti.

Alcune azioni già realizzate negli Stati Membri sono da considerare come esempi di buone pratiche e hanno dato prova della loro efficacia. Nel rispetto dei principi di sussidiarietà e di miglior regolamentazione, queste azioni hanno bisogno di essere rinforzate per realizzare lo scopo di questa strategia. La Commissione contribuirà attraverso il suo ruolo a integrare gli sforzi degli Stati Membri, aggiungendo valore alle loro azioni e occupandosi delle problematiche che gli Stati Membri non sono in grado di affrontare efficacemente da soli.



L'ALCOL IN EUROPA

Una prospettiva di salute pubblica. Analisi per la Commissione Europea

Institute of Alcohol Studies, Regno Unito, 2006

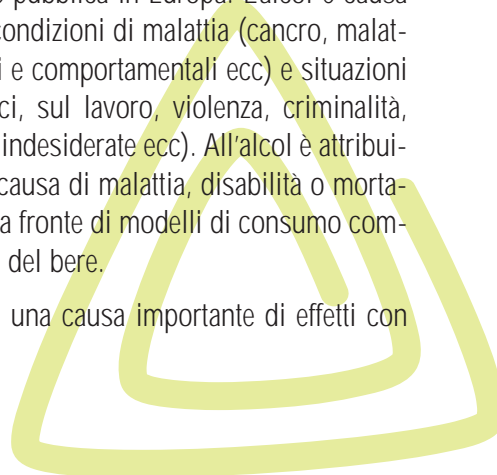
La Comunicazione della Commissione Europea relativa alla Strategia Comunitaria è stata in gran parte basata sul rapporto "L'Alcol in Europa" il cui summary in italiano, curato dall'Osservatorio Nazionale Alcol, da Eurocare Italia e dalla Società Italiana di Alcolologia, è disponibile sul sito http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_sum_it_en.pdf.

Il report integrale è sul sito http://ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu-rop_e_en.zip.

Le due pubblicazioni sono estese e non possono essere oggetto di sintesi in questo libretto. A tale proposito, comunque, alcuni numeri giovano a delineare l'impatto sociale, sanitario ed economico dell'alcol in Europa.

La stima dei costi sanitari e sociali provocati dall'alcol in Europa è pari a circa 125 miliardi di euro, l'1,3% del Pil europeo; in media 650 euro all'anno per ogni famiglia. I morti a causa dell'alcol negli Stati Membri sono 115.000 all'anno, prevalentemente giovani. Il rapporto sottolinea come in Europa si registrino i più elevati consumi al mondo di bevande alcoliche e un crescente impatto delle condizioni alcolcorrelate nella popolazione. In accordo con quanto già evidenziato dall'Oms, l'alcol rappresenta uno dei principali problemi sociale e di salute pubblica in Europa. L'alcol è causa diretta o indiretta di circa 60 diverse condizioni di malattia (cancro, malattie cardiache e ictus, problemi mentali e comportamentali ecc) e situazioni a rischio (incidenti stradali, domestici, sul lavoro, violenza, criminalità, maltrattamento dei minori, gravidanze indesiderate ecc). All'alcol è attribuibile il 7,4% degli anni di vita persi a causa di malattia, disabilità o mortalità prematura, generalmente evitabile a fronte di modelli di consumo compatibili con un regime di moderazione del bere.

Il rapporto sottolinea come l'alcol sia una causa importante di effetti con



impatto non esclusivamente legato a chi sceglie di bere ma che si estendono a persone terze. L'alcol in gravidanza è causa principale del sottopeso registrabile in circa 60.000 bambini nati in Europa, delle condizioni di emarginazione e violenza domestica e familiare in cui vivono dai 5 ai 9 milioni di bambini, nonché di circa 10.000 morti "passive" registrate sulle strade a causa di episodi di ubriachezza non riconducibile alla vittima, e di oltre 2.000 omicidi ogni anno.

Tra le evidenze più preoccupanti quelle da anni evidenziate anche in Italia dall'Osservatorio Nazionale Alcol del Cnesps e dal Centro collaboratore dell'Oms per la promozione della salute e la ricerca sull'alcol:

- ▶ il binge drinking, il bere per ubriacarsi, in costante e crescente diffusione tra i giovani e, più recentemente, tra i giovani adulti (donne in particolare)
- ▶ il numero crescente di giovani al di sotto dell'età legale che ricevono bevande alcoliche e l'insufficiente applicazione del sistema di controllo e/o di quello sanzionatorio delle violazioni
- ▶ le problematiche legate all'età legale per la somministrazione delle bevande alcoliche che dovrebbe riguardare più appropriatamente la vendita ed essere innalzata a 18 anni in tutti gli Stati membri
- ▶ la necessità di garantire la ricerca e il monitoraggio sull'alcol e una gestione accurata delle politiche sull'alcol, assicurando una programmazione sanitaria e sociale capace di rafforzare, anche attraverso adeguate misure o legislazioni, l'approccio valutativo degli interventi attuati.

Il rapporto dimostra che le campagne di educazione non sono sufficienti da sole a prevenire o ridurre il danno causato dal bere e che interventi prioritari, basati sull'efficacia sul coinvolgimento parentale e su un migliore rapporto costi-benefici, sono da attuare in maniera incisiva su alcol e guida, sulla identificazione precoce dell'abuso alcolico.

Si sollecitano come indispensabili le attività di intervento breve nei setting

di assistenza primaria, su una regolamentazione rafforzata e maggiormente controllata del marketing e della pubblicità delle bevande alcoliche, su una politica dei prezzi e della tassazione che riduca la disponibilità delle bevande alcoliche, in particolare ai giovani.

Una sintesi del rapporto "L'alcol in Europa" può essere proposta per le finalità di questa pubblicazione attraverso l'analisi delle Conclusioni e delle Raccomandazioni



CONCLUSIONI

L'alcol e l'economia europea

Conclusione 1

Il commercio di bevande alcoliche incide con circa 9 miliardi di euro nel bilancio totale degli scambi commerciali all'interno dell'Unione Europea, e tale commercio non subisce necessariamente gli effetti delle politiche europee e nazionali finalizzate alla riduzione dei danni provocati da alcol.

Conclusione 2

I redditi derivanti dalla tassazione di bevande alcoliche, che rappresenta una fonte importante di reddito per i singoli governi (25 miliardi di euro nel 2001 nell'Europa a 15) sono maggiormente correlati al livello di tassazione che al consumo generale di alcol.

Conclusione 3

La diminuzione del consumo di alcol non significa necessariamente perdita di posti di lavoro per l'economia in senso generale, e potrebbe addirittura non provocare cambiamenti radicali nel livello di occupazione in alcuni settori lavorativi direttamente collegati all'alcol come ristoranti e bar.

I costi sociali dell'alcol

Conclusione 4

I costi tangibili riferiti al consumo di alcol sono stati stimati in 125 miliardi di euro nel 2003, e di questi circa 59 miliardi di euro riguardano la **perdita di produttività** derivante da assenteismo, disoccupazione e anni di lavoro persi a causa di morte prematura

Conclusione 5

I costi intangibili dell'alcol (che descrivono il valore che gli individui attribuiscono alla sofferenza e alla morte) all'interno dell'Unione Europea sono stati stimati in 270 miliardi di euro nel 2003.

Il consumo di alcol in Europa

Conclusione 6

Anche se permangono ancora **differenze** tra i diversi paesi per quanto riguarda i livelli e le modalità di consumo di alcol, esse sono comunque meno evidenti di circa 40 anni fa e in Europa molti aspetti legati al consumo di alcol sono più simili di quanto si creda. Gli episodi di **“binge drinking” da parte degli adolescenti** sono aumentati in molti paesi negli anni 90, seguiti da una tendenza disomogenea negli ultimi anni,

Conclusione 7

Gli episodi di ubriachezza sono una causa importante di **incidenti** – incluse incidenti violenti- in tutti i paesi europei , compresi i paesi del Sud Europa.

Conclusione 8

Il luogo in cui si vive in Europa rimane un fattore importante che determina i problemi creati da alcol.

Alcol e salute

Conclusione 9

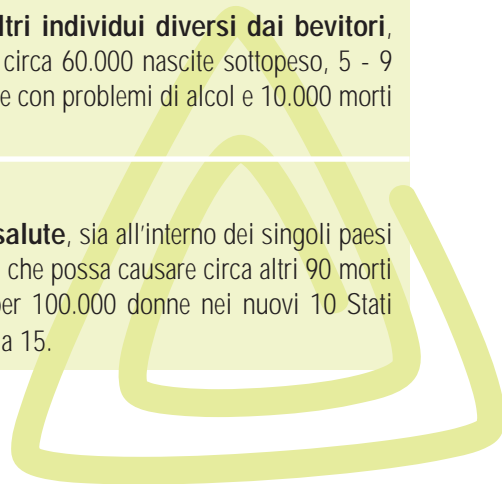
L'alcol è un determinante di salute, responsabile del 7.4% di tutte le disabilità e delle morti premature nell'Unione Europea.

Conclusione 10

L'alcol è causa di danni provocati ad **altri individui diversi dai bevitori**, che comprendono nell'Unione Europea circa 60.000 nascite sottopeso, 5 - 9 milioni di bambini che vivono in famiglie con problemi di alcol e 10.000 morti per incidenti stradali ogni anno.

Conclusione 11

L'alcol è causa di **diseguaglianze di salute**, sia all'interno dei singoli paesi membri sia tra i diversi paesi, e si stima che possa causare circa altri 90 morti ogni 100.00 uomini e altre 60 morti per 100.000 donne nei nuovi 10 Stati Membri rispetto alla precedente Europa a 15.



Alcol e politiche governative

Conclusione 12

I governi hanno la **responsabilità** di intervenire all'interno del mercato e di **trarre benefici** da tali interventi. Per esempio, si stima che il 10% di aumento del prezzo dell'alcol nell'Europa a 15 potrebbe portare circa €13 miliardi in più di tasse degli alcolici nel primo anno.

Conclusione 13

Gli interventi educativi, che dimostrano un'efficacia limitata nel ridurre i danni alcol correlati, non costituiscono un'alternativa alle **misure che dovrebbero regolamentare il mercato dell'alcol.**, le quali hanno invece un forte impatto nel ridurre i danni da alcol sia per i forti bevitori che tra i giovani bevitori.

Alcol e politiche europee

Conclusione 14

Il mantenimento di diverse politiche sull'alcol in Europa, come ad esempio i diversi livelli di tassazione, indebolisce la possibilità di implementare politiche efficaci.

Conclusione 15

Le diverse politiche degli Stati membri sono talvolta ritenute **legittime per proteggere la salute pubblica**, come ad esempio nel 2004 quando la Corte Europea si è pronunciata in favore della legge francese sulla pubblicità.



RACCOMANDAZIONI

I. Definire una bevanda alcolica

Definizione di bevanda alcolica	Attori principali
<p>II.1 E' necessario che le politiche pubbliche forniscano una definizione di bevanda alcolica uniforme per tutta l'Unione Europea. Un punto di partenza comune potrebbe essere la definizione più bassa ai fini della tassazione (0.5% di concentrazione di alcol in volume).</p>	<p>(I) Istituzioni Europee</p>

II. Creare l'evidenza scientifica

Raccomandazioni per la ricerca	Attori principali
<p>II.1 Bisognerebbe creare e finanziare strutture europee per intraprendere delle ricerche collaborative transnazionali sull'alcol</p>	<p>(I) Istit. Europee (II) Stati Membri / Regioni</p>
<p>II.2 Le strutture europee dovrebbero essere create e finanziate per rivedere e divulgare i risultati delle ricerche più importanti sulle politiche dell'alcol, attraverso, per esempio, registri e banche dati; le evidenze scientifiche dovrebbero essere tradotte in politiche e pratiche di facile comprensione attraverso linee guida e strumenti operativi.</p>	<p>(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni</p>
<p>II.3 I programmi di ricerca sull'alcol sostenuti da fondi pubblici e le ricerche finanziate pubblicamente a lungo termine sull'alcol dovrebbero essere creati e finanziati.</p>	<p>(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni</p>
<p>II.4 Le abilità per fare ricerca sulle politiche alcoliche dovrebbero essere sviluppate attraverso programmi di crescita professionale</p>	<p>(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni</p>

Raccomandazioni per la raccolta delle informazioni	Attori principali
II.5 Sarebbe necessario creare e finanziare un Centro Europeo per il Monitoraggio dell'Alcol, con controparti a livello nazionale	(I) Istit. Europee (II) Stati Membri / Regioni
II.6 L'importanza di includere degli indicatori correlati all'alcol riguardo al consumo, ai danni e ai programmi all'interno degli Indicatori di Salute della Comunità Europea dovrebbe essere sottolineata nel Gruppo di Lavoro europeo su Salute e Indicatori.	(I) Istituz. Europee
II.7. Programmi di sorveglianza sull'alcol dovrebbero essere implementati in modo che i dati possano essere paragonabili e analizzabili in tutti i paesi europei	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
II.8. Una banca dati europea di leggi e regolamenti, di politiche e programmi efficaci a livello europeo, nazionale e municipale dovrebbe essere creata e mantenuta.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità

III. Attivare e implementare piani e strategie sostenuti dalle risorse necessarie

Raccomandazioni per le strategie e i piani di azione	Attori principali
III.1 Un meccanismo europeo e un <i>focal point</i> sulle politiche alcoliche andrebbero rafforzati all'interno della Commissione Europea, con risorse finanziarie e professionali adeguate per sovrintendere allo sviluppo delle politiche sull'alcol a livello europeo e per l'implementazione della Strategia Comunitaria sull'alcol.	(I) Istit. Europee
III.2 I meccanismi di coordinamento e i <i>focal point</i> per le politiche alcoliche dovrebbero essere creati o rinforzati a tutti i livelli di azione, oltre che adeguatamente finanziati.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità

III.3 I piani d'azione sull'alcol con obiettivi, strategie e target chiari dovrebbero essere formulati e implementati.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
III.4 Sarebbe necessario mettere in atto un sistema di finanziamento pianificato per le organizzazioni, i programmi e le risorse umane che lavorano per ridurre i danni provocati dall'alcol. Bisognerebbe inoltre analizzare la praticabilità e l'opportunità di fissare una percentuale di tasse sull'alcol (tasse ipotecate) dedicata a tali finanziamenti.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
III.5. Il sostegno a favore delle politiche alcoliche nella società civile e politica dovrebbe essere promosso attraverso campagne e iniziative di sensibilizzazione.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
III.6. Rapporti regolari sull'alcol andrebbero preparati e resi accessibili ad un vasto pubblico.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità



IV. Altre politiche e azioni e sostegno transnazionale

Raccomandazioni per la valutazione dell'impatto e delle azioni collettive

Attori principali

IV.1. I decisori politici della salute dovrebbero monitorare i rischi inerenti al processo di liberalizzazione del commercio, e assicurare che i temi della salute siano presi in considerazione all'interno delle negoziazioni commerciali a livello europeo e globale.

(I) Istituz. Europee
(II) Stati Membri / Regioni

IV.2. Gli studi di tipo analitico e di fattibilità devono essere intrapresi per determinare quando le azioni comuni a livello di politiche sull'alcol sia a livello europeo che globale siano più appropriate e come, in relazione a tali politiche, il rispetto reciproco delle leggi nazionali possa essere rafforzato.

(I) Istituz. Europee
(II) Stati Membri / Regioni

IV.3. Sarebbe necessario aumentare le risorse per valutare l'impatto delle politiche e delle attività comunitarie europee (compresa la politica agricola) sui danni e i costi associati all'alcol.

(I) Istituz. Europee

V. Riduzione della guida in stato di ebbrezza

Raccomandazione per alcol e guida

V.1. Il limite massimo di alcolemia pari a 0.5g/l dovrebbe essere introdotto in tutta Europa; i paesi con un livello inferiore non dovrebbero incrementarlo.

(I) Istituz. Europee
(II) Stati Membri / Regioni

V.2. Un livello inferiore di alcolemia a 0.2g/l dovrebbe essere introdotto per i neopatentati e per i guidatori di mezzi pubblici e di autotrasporto, i paesi con un livello inferiore non dovrebbero incrementarlo.

(I) Istituz. Europee
(II) Stati Membri / Regioni

V.3. La possibilità di controllo con etilometro utilizzando apparecchi equivalenti e standardizzati, dovrebbe essere implementata in tutta Europa.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
V.4. Sanzioni comuni con il criterio della chiarezza e della rapidità della sanzione, che dovrebbe dipendere almeno dal livello di alcolemia rilevato, devono essere implementate in tutta Europa.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
V.5. I programmi educativi, riabilitativi e di trattamento per i guidatori, correlati alla sanzione e basati su linee guida e protocolli concordati, dovrebbero essere implementati in tutta Europa.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
V.6. Le azioni rivolte alla riduzione dei problemi derivanti dalla guida in stato di ebbrezza dovrebbero essere sostenute da una forte campagna europea.	(I) Istituz. Europee
V.7. Le campagne del "guidatore designato" dovrebbero essere valutate per verificare l'impatto nel ridurre i rischi di incidente alcolcorrelato; ciò prima di essere finanziati e prima di costruire nuove campagne.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
V.8. Dovrebbero essere implementati corsi di formazione specifici e appropriati rivolti al settore della vendita e della distribuzione per ridurre il rischio della guida sotto gli effetti dell'alcol.	(III) Municipalità
V.9. Dovrebbero essere realizzati dei programmi educativi di comunità e di mobilitazione civile, con iniziative nel campo della pianificazione urbana e del trasporto pubblico, per ridurre il rischio della guida sotto gli effetti dell'alcol.	(III) Municipalità



VI. Sostegno alle azioni di educazione, comunicazione, formazione e sensibilizzazione dell'opinione pubblica

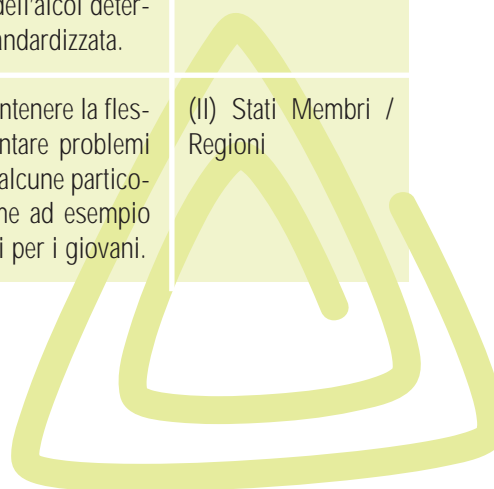
Raccomandazioni iniziative educative e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica	Attori principali
VI.1. I programmi educativi non dovrebbero essere implementati in modo isolato rispetto a misure più generali sull'alcol, o con il solo proposito di ridurre i danni causati dall'alcol, ma come misura per rinforzare informazioni sui problemi creati dall'alcol e per preparare il campo a interventi specifici e a un cambio di politica.	(II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
VI.2. I finanziamenti dovrebbero essere resi disponibili per valutare l'impatto di programmi individuali che possono dimostrare una qualche efficacia.	(II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
VI.3. I programmi educativi di ampio respiro, che iniziano fin dalla prima infanzia, dovrebbero essere realizzati per informare i giovani sulle conseguenze dell'uso di alcol sulla salute, sulla famiglia e sulla società e sulle misure efficaci che possono essere implementate per prevenire e o minimizzare i danni.	(II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
VI.4. I programmi educativi svolti da altro paese o cultura dovrebbero essere valutati nel nuovo contesto prima di essere applicati.	(II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
VI.5. Le campagne dei mass media dovrebbero essere utilizzate per informare e sensibilizzare i cittadini sulla necessità di realizzare iniziative sulle politiche riguardanti l'alcol.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità

VII. Avvertenze per i consumatori

Raccomandazioni sulle avvertenze nelle etichette	Attori principali
VII.1. I contenitori di prodotti alcolici dovrebbero riportare delle avvertenze, stabilite da istituzioni sanitarie, sulle conseguenze negative dell'alcol alla guida o nelle attività lavorative che implicano uso di macchinari, durante la gravidanza o altri tipi di messaggi appropriati.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
VII.2. Le confezioni e le etichette dei prodotti alcolici non dovrebbero promuovere il prodotto in nessun modo che possa creare false impressioni sulle sue caratteristiche o sui benefici sulla salute, o che in maniera diretta o indiretta possano attrarre i minori.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni

VIII. Le politiche che regolano il mercato dell'alcol

Raccomandazioni per la tassazione, gli acquisti oltre confine il e contrabbando	Attori principali
VIII.1. La tassazione minima sui prodotti alcolici dovrebbe essere aumentata in linea con l'inflazione; dovrebbero essere almeno proporzionale al contenuto alcolico di tutte le bevande che contengono alcol; e dovrebbe almeno coprire costi esterni dell'alcol determinati con una metodologia comune standardizzata.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
VIII.2. Gli Stati membri dovrebbero mantenere la flessibilità di usare la tassazione per affrontare problemi specifici che potrebbero presentarsi per alcune particolari tipologie di bevande alcoliche, come ad esempio quelle che sembrano essere più attraenti per i giovani.	(II) Stati Membri / Regioni



<p>VIII.3. I prodotti alcolici dovrebbero essere etichettati per determinare la loro origine e i loro movimenti commerciali, in modo da stimare il valore e la quantità del contrabbando di alcol nell'UE.</p>	<p>(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni</p>
<p>VIII.4. Gli Stati Membri dovrebbero avere la flessibilità di limitare gli acquisti oltre confine in modo tale che ciò non diminuisca l'impatto delle proprie politiche sulla tassazione.</p>	<p>(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni</p>
<p>Raccomandazioni per l'età minima di acquisto e la disponibilità</p>	<p>Attori principali</p>
<p>VIII.5. Un sistema minimo di licenza per la vendita di prodotti alcolici dovrebbe essere implementato in tutta Europa, rispettando il sistema delle licenze esistente quando questo è più forte.</p>	<p>(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità</p>
<p>VIII.6. La vendita di prodotti alcolici a persone al di sotto dell'età legale stabilita dalla legge locale, nazionale o all'età di 18 anni, qualunque sia la più alta, dovrebbe essere proibita e controllata efficacemente.</p>	<p>(II) Stati Membri / Regioni</p>
<p>VIII.7. Le giurisdizioni che regolano le licenze di bevande alcoliche attraverso il numero e la densità delle rivendite, gli orari e i giorni di vendita non dovrebbero allentare i loro regolamenti; le giurisdizioni che invece non hanno alcun tipo di regolamentazione o molto limitate dovrebbero analizzare l'impatto conseguente all'introduzione e al rafforzamento di tali regolamenti.</p>	<p>(II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità</p>
<p>VIII.8. Sanzioni sempre più severe per i rivenditori e i distributori, come ad esempio la revoca della licenza o la possibilità di chiusura temporanea o permanente, dovrebbero essere implementate per assicurare una maggiore adesione alle norme.</p>	<p>(III) Municipalità</p>

Raccomandazioni per le comunicazioni commerciali	Attori principali
VIII.9. Un area comune di intervento per le comunicazioni commerciali dovrebbe essere implementata in tutta Europa, sulla base delle regolamentazioni già presenti negli stati membri, con l'obiettivo a lungo termine dell'eliminazione di pubblicità in TV e al cinema, delle sponsorizzazioni e la limitazione dei messaggi e delle immagini solo per quelle che si riferiscono alla qualità del prodotto.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
VIII.10. L'articolo 15 della Direttiva di "Televisione senza Frontiere" dovrebbe essere rafforzato in termini sia di contenuti che di volume, e dovrebbe inoltre essere commissionata un'analisi della reale adesione alla Direttiva in tutti gli Stati Membri.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
VIII.11. Nei casi in cui l'autoregolamentazione è stata adottata dai produttori di bevande alcoliche o dall'industria di marketing, essa dovrebbe essere monitorata e giudicata da un organismo indipendente dai produttori o dai pubblicitari.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni



IX Ridurre i danni nei contesti di consumo e negli ambienti circostanti

Raccomandazioni per i contesti di consumo e gli ambienti circostanti	Attori principali
<p>IX.1. La pianificazione urbana, le strategie comunitarie, la regolamentazione delle licenze e le relative restrizioni, le politiche di trasporto e la gestione dei contesti di consumo e gli ambienti circostanti, dovrebbero agire per minimizzare gli effetti negativi che risultano da intossicazioni alcoliche, in particolare per le persone residenti.</p>	(III) Municipalità
<p>IX.2. Dovrebbe essere implementata un'effettiva e appropriata formazione per il settore della distribuzione e della vendita di alcol per ridurre le conseguenze negative derivanti da intossicazioni e modalità di consumo dannose.</p>	(IV) Produttori di bevande alcoliche
<p>IX.3. Sarebbe importante implementare adeguate politiche di controllo rispetto alla vendita di alcol e al sistema delle licenze, rivolte in particolare ai luoghi associati ad un alto livello di danni alcol correlati.</p>	(III) Municipalità
<p>IX.4. Progetti di intervento e di mobilitazione comunitari con adeguato sostegno finanziario, che coinvolgono diversi settori e partner dovrebbero essere realizzati per creare contesti di consumo sicuro e per ridurre i danni causati dall'alcol.</p>	(III) Municipalità



X. Intervento per le situazioni di consumo problematico e a rischio, e per l'alcoldipendenza

Raccomandazioni per gli interventi	Attori principali
X.1. Linee guida integrate basate sull'evidenza scientifica per l'intervento breve, il consumo problematico e a rischio al bere rischioso dovrebbero essere sviluppate e implementate nei diversi contesti per armonizzare la qualità e l'accessibilità delle cure.	(II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
X.2. La formazione e i programmi di supporto per attuare l'intervento breve nel consumo problematico e a rischio dovrebbero essere sviluppati e implementati nei differenti contesti per armonizzare le capacità degli operatori dell'assistenza primaria.	(II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
X.3. Dovrebbero essere messe a disposizione le risorse per assicurare la disponibilità e l'accessibilità ai programmi di identificazione precoce e intervento per il consumo problematico e a rischio, e per l'alcoldipendenza.	(II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità





Numeri utili:
Telefono Verde Alcol
Istituto Superiore di Sanità
Ministero della Salute
tel. 800 63 2000



Consultazione siti:
www.iss.it/alcol
www.epicentro.iss.it
www.iss.it/ofad
www.ministerosalute.it
www.dfc.unifi.it/sia
www.alcolonline.org