



OSSERVATORIO
NAZIONALE
ALCOL CNESPS

Alcol e Disuguaglianze

Guida per affrontare le disuguaglianze
nel danno alcol-correlato

WHO COLLABORATING CENTRE
FOR RESEARCH AND HEALTH PROMOTION
ON ALCOHOL AND ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



Alcol e Disuguaglianze

Guida per affrontare le disuguaglianze
nel danno alcol-correlato

Sommario

Questa guida mira a fornire un supporto ai responsabili politici europei per migliorare la progettazione e l'attuazione di politiche volte a ridurre le disuguaglianze nel danno alcol-correlato. La Regione Europea dell'OMS ha il più alto livello al mondo di consumo di alcol e di danno alcol-correlato. Nei paesi europei, il peso del danno alcol-correlato ricade più pesantemente su alcuni gruppi. Ridurre le disuguaglianze in tema di salute è un obiettivo strategico fondamentale di Health 2020 – il quadro di riferimento di supporto alla politica europea per la salute e il benessere, approvato da 53 Stati membri della Regione europea dell'OMS nel 2012. Questa guida si propone di aiutare i responsabili politici europei a contribuire al raggiungimento concreto degli obiettivi di Health 2020. Si basa su evidenze sostanziali, tra cui quelle della Revisione dei determinanti sociali e del divario di salute nella Regione Europea dell'OMS redatta dall'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS. La guida definisce opzioni pratiche per ridurre il livello e la distribuzione disomogenea del danno alcol-correlato in Europa, attraverso approcci che affrontano i determinanti sociali dell'abuso di alcol e le relative conseguenze sanitarie, sociali ed economiche.

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2014 under the title "Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm".

Publicata in inglese dal WHO Regional Office for Europe nel 2014 con il titolo "Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm".

© World Health Organization 2014

The translators of this publication are responsible for the accuracy of the translation.

I curatori della traduzione di questa pubblicazione sono responsabili dell'accuratezza della traduzione.

© WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, National Observatory on Alcohol CNESPS ISS, 2016

La versione italiana della presente pubblicazione dal titolo "Alcol e disuguaglianze. Guida per affrontare le disuguaglianze nel danno alcol-correlato" è stata curata da Emanuele Scafato, Lucia Galluzzo, Claudia Gandin, Silvia Ghirini e Sonia Martire del WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems e dell' Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'Istituto Superiore di Sanità.

Roma, aprile 2016

Indice	
Ringraziamenti e contributi	iv
Prefazione	v
Introduzione	1
Scopo di questa guida	1
Uso di questa guida	1
Rilevanza per altri obiettivi chiave	2
Disuguaglianze nel danno alcol-correlato in Europa	3
Cosa si può fare?	7
Approccio graduale	7
"Primo non nuocere"	8
Interventi politici a diversi livelli	9
Posizione e Contesto socioeconomica	12
Differenze di esposizione	13
Differenze di vulnerabilità	15
Differenze negli esiti di salute	16
Differenze nelle conseguenze	18
Per saperne di più	21
Consumo di alcol in Europa	21
Misure politiche sull'alcol	21
Azioni per ridurre le disuguaglianze di salute affrontando i Determinanti Sociali di Salute (DSS)	21
Strumenti di valutazione dell'equità delle misure politiche	22
Disaggregazione dei dati e strumenti	22
Bibliografia	23

Ringraziamenti e contributi

Questo documento è stato scritto da Belinda Loring, Ufficio Europeo per gli Investimenti sulla Salute e lo Sviluppo, Venezia, Italia.

Le seguenti persone hanno fornito utili commenti e la loro revisione tecnica di esperti:

- Mark Bellis, Centro di collaborazione OMS per la Prevenzione della Violenza, Liverpool John Moores University, Liverpool, Regno Unito
- Lesley Graham, NHS National Services Scotland, Edimburgo, Scozia
- Margaret Whitehead, Centro di collaborazione OMS per la ricerca delle politiche sui Determinanti Sociali della Salute, Università di Liverpool, Liverpool, Regno Unito
- Sue Povall, Centro di collaborazione OMS per la ricerca delle politiche sui Determinanti Sociali di Salute, Università di Liverpool, Liverpool, Regno Unito
- Chris Brookes, Forum Salute del Regno Unito, Londra, Regno Unito
- Charles Price, Commissione europea Direzione generale Salute e Consumatori, Bruxelles, Belgio
- Nabil Safrany, Agenzia esecutiva della Commissione Europea per la Salute e i consumatori, Lussemburgo
- Chris Brown, Lars Møller, Åsa Nihlén, Francesco Zambon, Erio Ziglio e Sara Barragán Montes, OMS Ufficio Regionale per l'Europa.

Ulteriori commenti sono stati forniti anche dalla Direzione Generale per la Salute e Consumatori della Commissione Europea, dall'Agenzia Esecutiva per la Salute e i Consumatori e dal Gruppo di Esperti dell'Unione europea sulle disuguaglianze di salute.

Questo documento è stato realizzato con il contributo finanziario dell'Unione Europea. Le opinioni qui espresse non possono in alcun modo essere considerate come opinioni ufficiali dell'Unione europea.

L'Ufficio europeo dell'OMS per gli Investimenti sulla Salute e lo Sviluppo dell'Ufficio Regionale per l'Europa desidera inoltre ringraziare il Ministero della Salute italiano, la Regione Veneto e la Regione Toscana per il loro prolungato sostegno al lavoro di questo ufficio e anche per il sostegno finanziario dato a questa pubblicazione.

Prefazione

Negli ultimi decenni, gli indicatori generali della salute della popolazione sono migliorati in tutta Europa, ma il miglioramento non si è verificato ovunque, o per tutti, in maniera uniforme. Ci sono disuguaglianze di salute che si estendono in varie realtà sociali o al loro interno, riflettendo le diverse condizioni di vita delle persone. Queste disuguaglianze di salute violano il diritto dell'uomo alla salute, e sono inutili e ingiuste.

Health 2020 è il nuovo quadro di riferimento per la politica sanitaria in Europa, basato su valori specifici e sull'evidenza, a supporto di azioni trasversale tra governi e società per promuovere la salute e il benessere, la riduzione delle disuguaglianze di salute e il perseguimento di sistemi sanitari incentrati sulle persone. È stato adottato alla 62a sessione del Comitato Regionale tenutasi a Malta nel settembre 2012. Il suo impegno è a favore della salute e del benessere visti come diritto fondamentale dell'uomo, indispensabile per lo sviluppo individuale, sociale ed economico e per un'Europa sostenibile ed equa. La salute è una risorsa fondamentale per la vita di persone, famiglie e comunità.

Per trasformare questi propositi in realtà, bisogna affrontare le cause profonde delle disuguaglianze di salute tra e all'interno di ciascun paese. Cause sulle quali ora abbiamo maggiori conoscenze grazie al rapporto 2013 sulla revisione europea dei determinanti sociali e il divario di salute, condotto dal professor Sir Michael Marmot e dal suo team dell'Istituto sulle Diseguaglianze di Salute presso lo University College di Londra. Le opportunità di essere in salute sono ancora ben lungi dall'essere equamente distribuite nelle varie nazioni, e sono strettamente legate al modo in cui si viene allevati e istruiti, a buone condizioni di lavoro, alle garanzie di alloggio e reddito nel corso della vita. Oggi il carico di malattia è radicato nel modo in cui si affrontano questi fattori sociali che determinano gli attuali modelli di salute e stili di vita, e nel modo in cui le risorse vengono distribuite e utilizzate.

Per queste ragioni, accolgo con favore la pubblicazione di questa serie di policy briefs (documenti strategici), che descrivono azioni concrete per affrontare le disuguaglianze di salute, soprattutto in relazione alle sfide prioritarie in sanità pubblica che l'Europa deve affrontare: il tabacco, l'alcol, l'obesità e gli infortuni. Spero che questa serie offra ai decisori politici e agli operatori in sanità pubblica gli strumenti e la guida di cui hanno bisogno per realizzare gli obiettivi di Health 2020 e le raccomandazioni del rapporto sui determinanti sociali. I policy briefs sono stati redatti in collaborazione con l'Unione Europea e vorrei esprimere la mia gratitudine per questo sostegno e per il riconoscimento dell'impegno a sostenere l'equità da parte dell'Unione europea e dell'OMS.

Il conseguimento delle finalità di Health 2020 dipenderà dalla corretta attuazione delle politiche all'interno degli stati. Possiamo e dobbiamo cogliere nuove opportunità per migliorare la salute e il benessere di tutti. Abbiamo l'opportunità di promuovere pratiche efficaci e innovazioni politiche presso coloro che lavorano per il miglioramento della salute. Le attuali (spesso estreme) disuguaglianze di salute in tutta la nostra Regione vanno affrontate, e il divario di salute tra e all'interno degli Stati membri europei deve essere ridotto.

Zsuzsanna Jakab, Direttore Regionale per l'Europa, OMS

Introduzione

Scopo di questa guida

Questa guida mira a fornire un supporto ai decisori politici europei per migliorare la progettazione e l'attuazione di politiche volte a ridurre le disuguaglianze nel danno alcol-correlato.

La Regione Europea dell'OMS ha il più alto livello al mondo di consumo di alcol e di danno alcol-correlato. Le gravi conseguenze del consumo dannoso di alcol sono una delle principali preoccupazioni politiche in Europa. Il consumo dannoso di alcol è responsabile di circa il 6,5% dei decessi in Europa, ma il carico è molto più alto in alcuni paesi e per alcuni gruppi di soggetti all'interno dei paesi stessi. In fase di progettazione di politiche di controllo dell'alcol a livello europeo, nazionale e locale, è essenziale considerare le implicazioni di equità alla luce delle migliori evidenze disponibili. Questo è importante per garantire che le scelte politiche (i) non facciano peggiorare le disuguaglianze, e (ii) riducano le disuguaglianze nel danno.

Affrontare i Determinanti Sociali di Salute (DSS) e le disuguaglianze di salute è un requisito essenziale per combattere con successo il danno alcol-correlato. Questa guida si basa su evidenze sostanziali, tra cui quelle della *Revisione dei determinanti sociali e delle discriminazioni di salute nella Regione Europea dell'OMS* redatta dall'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS (1). La guida definisce scelte pratiche per ridurre il livello e la distribuzione disomogenea del danno alcol-correlato in Europa, attraverso approcci che affrontano i determinanti sociali dell'abuso di alcol e le relative conseguenze sanitarie, sociali ed economiche

Uso di questa guida

Le caratteristiche delle disuguaglianze alcol-correlate varia notevolmente tra i paesi europei. Non è quindi possibile o auspicabile formulare raccomandazioni politiche specifiche che funzionino in tutti i paesi europei. Questa guida fornisce un quadro di riferimento che i responsabili politici a livello nazionale, regionale e locale possono applicare al proprio contesto specifico, al fine di valutare i processi attraverso i quali le disuguaglianze si verificano, e suggerire interventi politici che possano essere utili per affrontare ciascuno di questi fattori. Alla fine della guida sono elencate risorse aggiuntive volte a fornire ai decisori politici ulteriori elementi, pratiche e strumenti di supporto per la formulazione e la valutazione degli interventi politici.

Non tutti i paesi europei dispongono di dati sul consumo di alcol disaggregati per fattori socioeconomici diversi da età e sesso. Esistono poche pubblicazioni su interventi per la riduzione del danno alcol-correlato che si focalizzano sull'equità o sulla distribuzione dell'impatto all'interno della popolazione. Mettere in atto sforzi per sviluppare le raccolte dati e la loro disaggregazione possono favorire la capacità di monitorare le differenze di impatto delle politiche e degli interventi sui vari gruppi sociali, aumentando le conoscenze sul modo migliore per ridurre le disuguaglianze nel danno alcol-correlato.

Rilevanza per altri obiettivi chiave

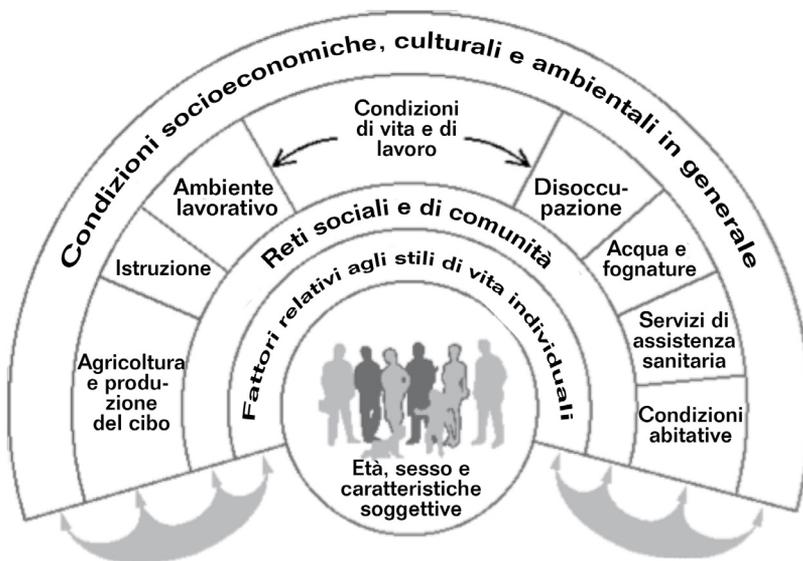
La riduzione delle disuguaglianze di salute è un obiettivo strategico fondamentale di *Health 2020* - quadro di riferimento per le politiche sanitarie e il benessere approvato da 53 Stati Membri della Regione europea dell'OMS nel 2012. Affrontare la sfida fondamentale rappresentata dalle malattie non trasmissibili, quali ad esempio il danno alcol-correlato, è una delle priorità politiche di *Health 2020*. Per raggiungere questi obiettivi, *Health 2020* pone l'accento sulla necessità di rafforzare la prevenzione nella popolazione totale, e accelerare un'azione trasversale sui DSS da parte dei governi. Questa guida si propone di aiutare i decisori politici europei a contribuire al raggiungimento concreto degli obiettivi di *Health 2020*.

Il piano d'azione Europeo per la riduzione dell'uso dannoso di alcol 2012-2020 (2) è stato approvato nel 2011 da tutti i 53 Stati Membri. Questo piano riconosce che i paesi che attuano misure più decise nella riduzione del consumo dannoso di alcol hanno notevoli vantaggi in termini di salute della popolazione, produttività economica, equità, e maggiore coesione e inclusione sociale.

Disuguaglianze nel danno alcol-correlato in Europa

Si definiscono come disuguaglianze di salute quelle differenze sistematiche di salute che possono essere evitate mediante appropriati interventi di politica sanitaria e che sono pertanto considerate inique e ingiuste. Per essere in grado di elaborare un'azione efficace, è necessario innanzitutto capire le cause di tali disuguaglianze. Le disuguaglianze di salute non sono semplicemente legate all'accesso ai servizi sanitari; ci sono molti altri determinanti relativi a condizioni di vita e lavoro, così come alle macro-politiche prevalenti in un dato paese o regione (Fig. 1). Le disuguaglianze di salute sono causate dalla differente distribuzione di questi determinanti, che includono il reddito, i beni e i servizi, le condizioni di vita in povertà o disagio e la differente incidenza di comportamenti dannosi per la salute provocata da questi determinanti.

Figura 1. I principali determinanti di salute



Fonte: Dahlgren & Whitehead (3).

L'Europa ha il consumo pro capite più alto di qualsiasi altra regione al mondo. Gli europei consumano in media 12,45 litri (L) di alcol puro all'anno (oltre il doppio della media globale) (4). Il consumo di alcol varia enormemente tra i diversi paesi europei. Nella Repubblica Ceca e in Romania, il consumo medio di alcol pro capite è di oltre 16 L l'anno, mentre a Malta è di 8 L. Nell'Europa orientale, il consumo di alcol è il principale fattore di rischio per il carico di malattia complessivo, essendo responsabile di circa un quarto del carico di malattia stesso (5). Nei paesi dell'Asia e dell'Europa centrale, l'uso di alcol è il secondo fattore di rischio per importanza, e nei paesi dell'Europa occidentale è il quarto fattore di rischio per influenza sul carico globale di malattia.

Nei paesi europei, il carico del danno alcol-correlato ricade più pesantemente su alcuni gruppi di popolazione. Si osserva una serie di disuguaglianze – che includono disuguaglianze basate sullo status socio-economico, su livello di istruzione, sesso, etnia e luogo di residenza. Il rapporto tra alcol e status socio-economico è complesso. Non sempre segue il gradiente tipico di molti altri fattori di rischio, in cui il danno aumenta proporzionalmente alla diminuzione dello status socioeconomico.

Per capire in che modo si possono ridurre le disuguaglianze, è necessario considerare le differenze (i) nella frequenza di *binge drinking*, (ii) nel tipo di alcol consumato, e (iii) nella vulnerabilità e nelle esposizioni a fattori positivi e negativi.

Nella maggior parte dei paesi europei, le disuguaglianze relative a decessi e problemi di salute alcol-correlati sono più marcate rispetto alle differenze di consumo di alcol per il gradiente sociale (6). In genere, i gruppi di livello socioeconomico più basso consumano meno alcol e hanno maggiore probabilità di essere astemi, ma a parità di consumo alcolico incorrono in più elevati livelli di danno alcol-correlato rispetto ai gruppi economicamente più agiati. Le variazioni nel modello di consumo alcolico, in particolare il *binge drinking*, possono avere un impatto più forte sul danno alcol-correlato rispetto al consumo complessivo di alcol. Ad esempio, i bevitori che appartengono a gruppi socioeconomici più bassi hanno una maggiore propensione al *binge drinking* (7).

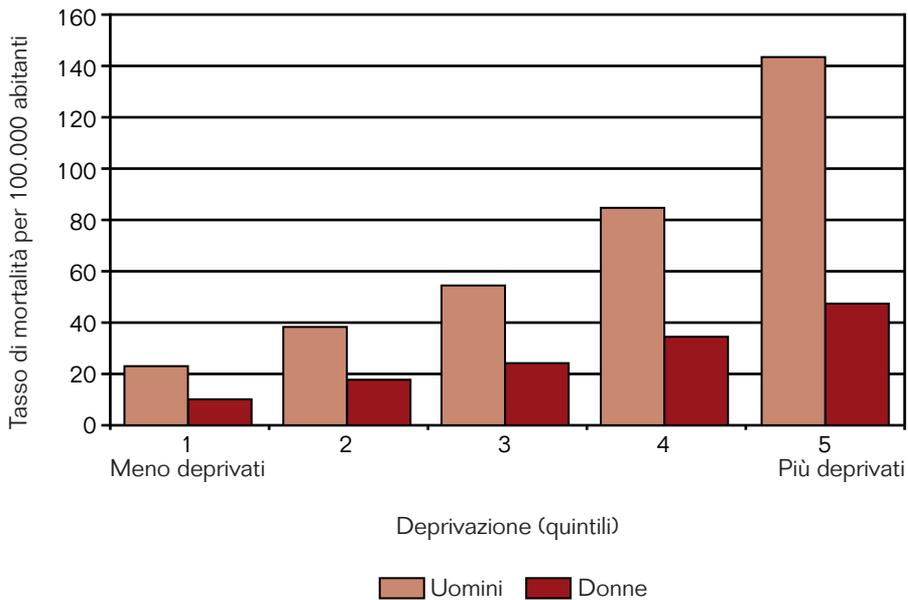
Le disuguaglianze nel danno alcol-correlato vanno esaminate in un'ottica nazionale. Ad esempio, nel Regno Unito, i decessi legati all'alcol aumentano in proporzione al diminuire dello status socio-economico, e generano un gradiente sociale. Questo gradiente è più elevato tra gli uomini (8), in particolare in Scozia (Fig. 2). In Svezia, gli operai che svolgono lavori manuali hanno una probabilità 2-3 volte superiore agli impiegati di avere un danno alcol-correlato, anche con livelli di consumo di alcol simili (9). In molti paesi dell'Europa centrale e orientale e nei nuovi Stati indipendenti, il consumo dannoso è più comune nei gruppi socioeconomici più bassi (10). Nella Federazione Russa, il 40% più povero della popolazione consuma alcolici più frequentemente rispetto al resto dei cittadini. Tuttavia, non vi è alcuna differenza tra i primi tre quintili socio-economici, e questo genera un'evidente lacuna nel collegamento tra bere dannoso e livelli di povertà (10). In Austria, Francia, Germania, Paesi Bassi e Svizzera, le donne con livelli di istruzione più elevati mostrano una maggiore propensione a bere pesantemente rispetto a quelle con un minor numero di anni di istruzione formale; mentre tra gli uomini, l'abbandono scolastico precoce aumenta il rischio di consumo nocivo in Austria, Repubblica Ceca, Ungheria, Israele, Italia, Norvegia e Svizzera (11). Le disuguaglianze in altri settori della vita producono un effetto combinato che va ad aggiungersi al contributo fornito alle disuguaglianze nel danno alcol-correlato. Ad esempio, in Finlandia, il reddito personale, il livello di istruzione, il livello occupazionale, il reddito familiare e il possesso di un alloggio contribuiscono tutti indipendentemente a generare tassi di mortalità alcol-correlata più elevati (12).

L'istruzione e i fattori economici possono in parte spiegare le disuguaglianze nel danno alcol-correlato. Tuttavia, anche altri fattori vi contribuiscono. In Francia, i figli di agricoltori presentano i livelli di consumo e di *binge drinking* più elevati, anche rispetto ai figli di genitori disoccupati, ciò indica che anche la cultura e il luogo di residenza sono importanti (13). Al contrario, in Finlandia, il *binge drinking* è più comune nelle aree urbane che nelle aree rurali (14).

Esistono anche differenze etniche nelle caratteristiche e nel tipo di consumo alcolico in Europa. E' necessario che queste siano approfondite, soprattutto per quanto riguarda la loro interazione con il genere e altre differenze socioeconomiche. In Spagna, per esempio, le donne di etnia Rom consumano alcol meno frequentemente del resto della popolazione femminile, ma i giovani Rom sono più propensi a bere alcolici rispetto ad altri giovani di sesso maschile (15). In Slovacchia, gli adolescenti Rom riferiscono di ubriacarsi meno frequentemente degli individui non-Rom, ciò è in parte spiegabile con il maggiore controllo

esercitato dai genitori Rom e la minore emulazione tra pari (16). In Svizzera, le disuguaglianze educative (cioè la differenza nel numero di anni di istruzione) nel contesto del consumo alcolico pesante sono molto più elevate negli uomini immigrati che negli autoctoni (17). Ci sono molti fattori che determinano le disuguaglianze nel danno alcol-correlato in Europa e l'effetto combinato di parecchi di questi fattori amplifica le differenze in termini di rischio e conseguenze.

Fig. 2. Tasso di mortalità alcol-correlata secondo l'Indice Scozzese di Deprivazione Multipla, 2005



Fonte: Governo Scozzese (18).

Messaggi chiave

- In Europa le disuguaglianze sociali nel danno alcol-correlato non seguono un modello uniforme e variano da paese a paese.
- In Europa esistono disuguaglianze nel danno alcol-correlato basate su fattori quali lo status economico, l'istruzione, il genere, l'etnia e il luogo di residenza.
- In generale, i gruppi socioeconomici più svantaggiati mostrano livelli più elevati di danno alcol-correlato rispetto ai gruppi più ricchi, a parità di consumo di alcol.
- Il fatto di vivere molteplici aspetti di svantaggio socioeconomico amplifica le disuguaglianze nel danno alcol-correlato.

Cosa si può fare?

Ci sono buone evidenze che le politiche possano ridurre l'uso dannoso di alcol. Tre dei dieci best-buys (gli interventi con il miglior rapporto costo-efficacia e fattibilità) per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili riguardano l'alcol: (1) aumentare il prezzo di vendita, (2) limitare l'accesso alla vendita al dettaglio, e (3) vietare la pubblicità sull'alcol (19). Il Piano d'azione europeo per la riduzione dell'uso dannoso di alcol 2012-2020 delinea 10 aree di azione (2).

1. Leadership, consapevolezza e impegno
2. Risposta dei servizi sanitari
3. Azione comunitaria
4. Politiche e contromisure su alcol e guida
5. Accessibilità dell'alcol
6. Marketing delle bevande alcoliche
7. Politiche sui prezzi
8. Riduzione delle conseguenze negative del bere e dell'intossicazione da alcol
9. Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol illecito o prodotto informalmente
10. Monitoraggio e sorveglianza

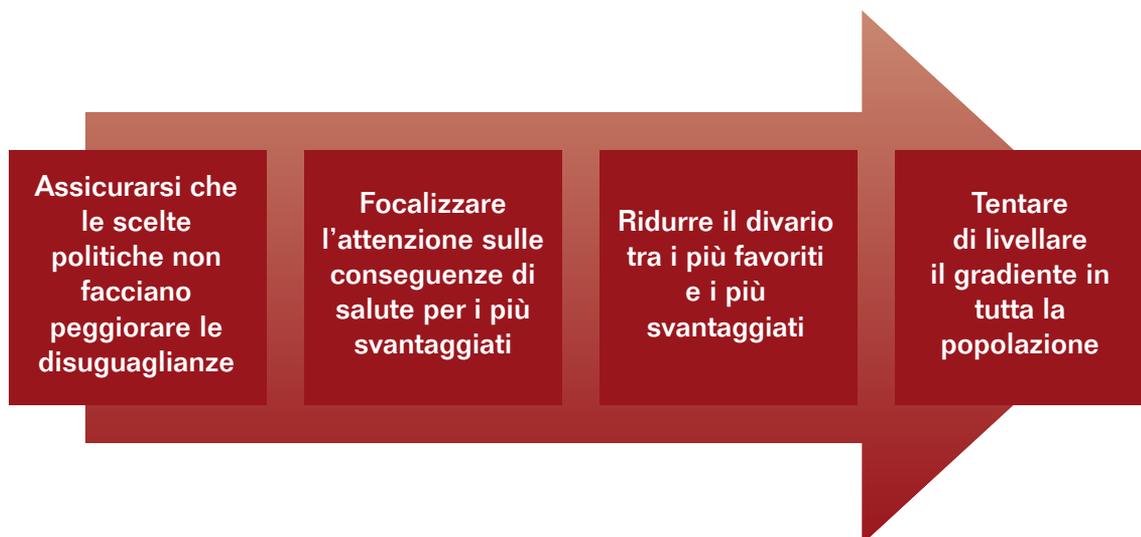
Per ciascuna di queste aree di azione, è necessario considerare le implicazioni in termini di equità - quali sono i gruppi più colpiti, e quali gruppi hanno più probabilità di trarre beneficio dall'azione proposta? Come si possono realizzare le politiche in modo che i benefici siano condivisi equamente all'interno della popolazione, soprattutto da coloro in condizioni di maggiore bisogno? Affrontare le disuguaglianze è fondamentale per ridurre il danno alcol-correlato. Se la maggior parte dei bevitori a rischio appartiene a gruppi socialmente svantaggiati, ma gli interventi che si scelgono sono più efficaci nei gruppi meno svantaggiati, allora l'impatto complessivo della riduzione del danno alcol-correlato sarà minore.

La sezione che segue elenca le principali considerazioni per aiutare i decisori politici ad analizzare e rispondere meglio alle disuguaglianze alcol-correlate nel loro contesto specifico. Vengono fornite indicazioni su come analizzare i processi che possono portare all'istaurarsi di condizioni di disuguaglianza, proponendo interventi basati sull'evidenza che hanno le migliori potenzialità per poter affrontare ognuno di questi fattori e ridurre le disuguaglianze.

Approccio graduale

I Paesi europei hanno esperienze e capacità molto diverse nel modo di affrontare le disuguaglianze di salute; tuttavia, indipendentemente dal punto di partenza, qualcosa si può fare. A prescindere da dove si comincia, è necessario adottare un approccio graduale per la riduzione delle disuguaglianze (Fig. 3).

Fig. 3. Approccio graduale per la riduzione delle disuguaglianze



Non sono solo i più svantaggiati a subire un carico eccessivo di danni alcol-correlati. Esiste un gradiente sociale, per cui il gruppo socioeconomico inferiore subisce un maggior danno alcol-correlato rispetto al gruppo che lo precede nella scala sociale. Trovare una soluzione al divario tra i gruppi e affrontare il gradiente sociale richiede politiche universali, unite a misure complementari basate sui diversi livelli di bisogno.

“Primo non nuocere”

Alcuni interventi in sanità pubblica inavvertitamente peggiorano le disuguaglianze. Spesso c'è una discrepanza tra gli obiettivi che ci si prefigge e i risultati effettivamente raggiunti. A meno che l'equità non venga esplicitamente presa in considerazione, gli approcci convenzionali tendono a creare politiche, programmi e servizi con un gradiente sociale negli effetti che producono. Sfortunatamente, sebbene l'intento dei decisori politici sia diverso, ne consegue che i gruppi più svantaggiati ricevono un minimo beneficio da queste politiche, nonostante dovrebbero essere proprio loro a poterne beneficiare maggiormente; in tal modo le disuguaglianze peggiorano invece di migliorare.

Ciò sembra particolarmente vero per le vaste campagne di educazione pubblica e per gli interventi di promozione della salute individuale, che spesso hanno un impatto maggiore su chi è in migliori condizioni (20, 21). E ciò, chiaramente, non dovrebbe verificarsi. La sensibilizzazione e la persuasione non dovrebbero essere considerate come le uniche strategie in grado di ridurre il consumo dannoso di alcol. Non solo sono meno efficaci di altri interventi (ad esempio, aumentare i prezzi e limitare la disponibilità), ma hanno anche un elevato potenziale di aumento delle disuguaglianze. Quando si applicano queste strategie, sono necessari sforzi specifici per garantire che i messaggi e le modalità di utilizzo vengano concordati con i gruppi più svantaggiati e siano a loro beneficio.

Anche le strategie per il controllo dell'alcol più efficaci solitamente non vengono valutate rispetto all'efficacia specifica nei diversi gruppi socio-economici. Non si può presumere che tali misure abbiano gli stessi effetti su tutta la società. Esistono una serie di strumenti per valutare l'equità d'impatto delle politiche e degli interventi (si veda la sezione sulle ulteriori fonti di informazione posta alla fine di questo *policy brief*).

La coerenza delle scelte politiche è fondamentale. Un intervento volto alla riduzione delle disuguaglianze nel danno alcol-correlato può essere compromesso in misura molto estesa da una politica in un'altra area (per esempio, una politica commerciale che riduca il prezzo dell'alcool), portando a un netto peggioramento delle disuguaglianze.

Messaggi chiave

- Gli interventi in sanità pubblica, sebbene con le migliori intenzioni di partenza, spesso peggiorano le disuguaglianze di salute – l'equità deve essere esplicitamente considerata quando si progettano politiche e programmi per affrontare il danno alcol-correlato
- Sensibilizzazione e persuasione non sono sufficienti a ridurre i danni alcol-correlati e possono invece peggiorare le disuguaglianze.
- La coerenza delle politiche è importante al fine di garantire che gli sforzi per la riduzione delle disuguaglianze non siano compromessi da altre politiche discordanti.
- Non bisogna dare per scontato che ciò che funziona per la media della popolazione funzionerà per tutti – è necessario investigare l'effetto degli interventi sui vari gruppi socioeconomici.
- Tutte le politiche devono essere monitorate per assicurarsi che funzionino efficacemente nella pratica e forniscano i risultati attesi in termini di equità.

Interventi politici a diversi livelli

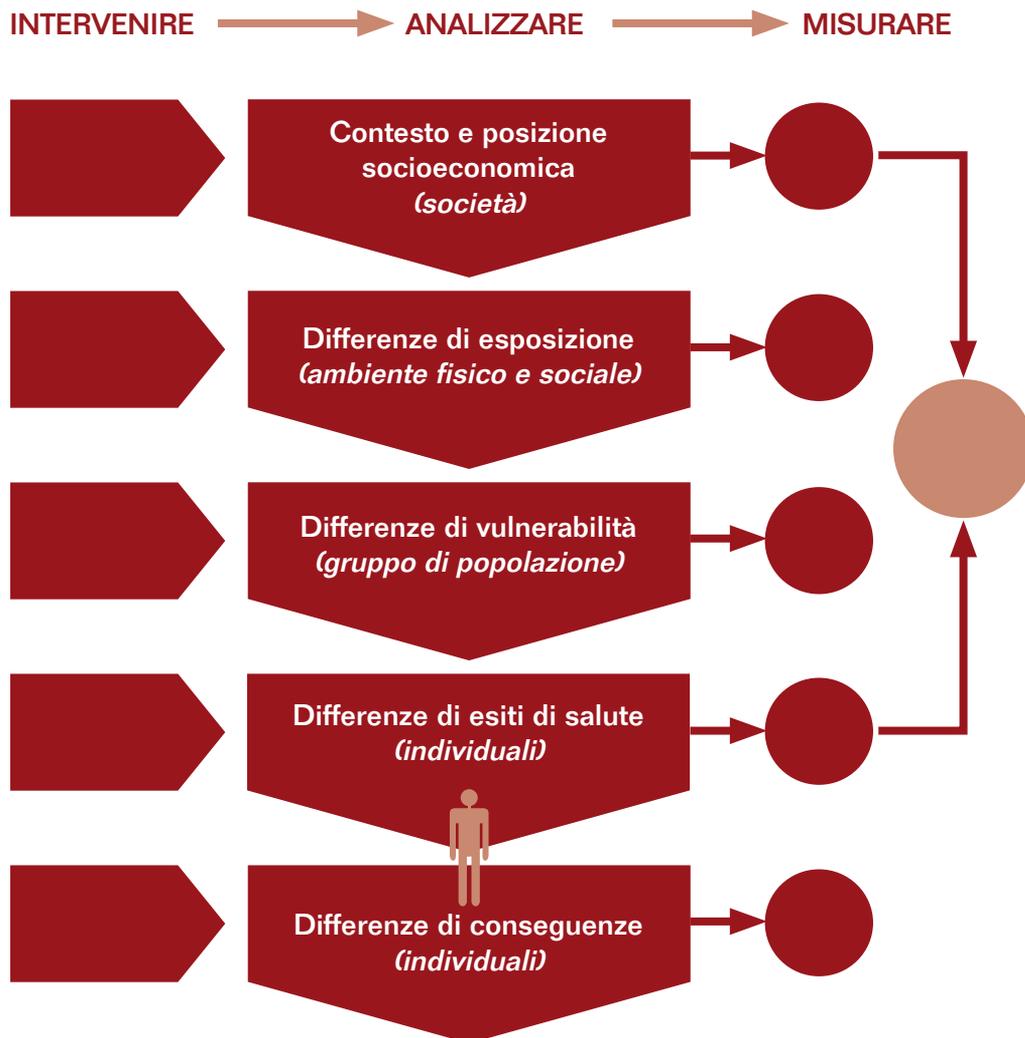
Le disuguaglianze nel danno alcol-correlato possono derivare da fattori appartenenti a diversi livelli. Questi includono i fattori socioeconomici in senso lato, i differenti livelli di esposizione, i vari tipi di vulnerabilità, il differente accesso al sistema sanitario, e le conseguenze diverse del consumo di alcol. Per gli strati sociali più svantaggiati, esistono disuguaglianze in ciascuno di questi livelli, il che comporta un effetto combinato (Fig. 4).

Ad esempio, i poveri e i gruppi socialmente emarginati hanno maggiori probabilità di esposizione a fattori di stress; hanno minori fattori di protezione e capacità di reagire; vivono in zone a più alta densità di punti vendita di alcolici; hanno una ridotta disponibilità di interventi di supporto adeguati ed economicamente accessibili; le conseguenze negative del consumo di alcol incidono in modo più elevato sul loro bilancio familiare; vivono insieme o vicino a persone che bevono in modo eccessivo; e hanno maggiori probabilità di soffrire di condizioni concomitanti, quali ad esempio problemi di salute mentale o disturbi causati dall'abuso di stupefacenti (Fig. 5).

Capire le modalità con cui le disuguaglianze nel danno alcol-correlato possono instaurarsi può essere utile per individuare i punti su cui intervenire.

Un approccio globale alla riduzione delle disuguaglianze nel danno alcol-correlato implica la combinazione di politiche incentrate sulle disuguaglianze nei determinanti sociali di base, e di quelle che affrontano i sintomi o tentano di compensare le disuguaglianze nei DSS. Ciò richiede un mix di interventi con azioni a breve termine, ma obiettivi a lungo termine, e interventi sia semplici che complessi (Fig. 6).

Fig. 4 Livelli in cui le disuguaglianze di salute possono insorgere ed essere affrontate



Fonte: Blas & Kurup (7).

Ad esempio, oltre alle misure sanitarie per migliorare l'accesso all'intervento breve sull'alcool da parte dei gruppi a basso reddito, c'è necessità di politiche volte a modificare i fattori ambientali intermedi (quali, rendere l'alcol più costoso e meno accessibile), ma anche di spostare le politiche di macro-livello verso l'obiettivo a lungo termine di ridurre la povertà e promuovere la resilienza (attraverso l'assistenza sociale, l'innalzamento dei livelli di istruzione e formazione, e la riduzione dell'esclusione sociale). Sebbene si possa essere tentati dal preferire interventi che agiscono rapidamente e sono diretti al rapporto causa-effetto, contare unicamente su questo tipo di interventi non è in grado di risolvere le cause primarie che sono all'origine delle disuguaglianze alcol-correlate.

Fig. 5. Come si accumulano le disuguaglianze nel danno alcool-correlato nel corso della vita

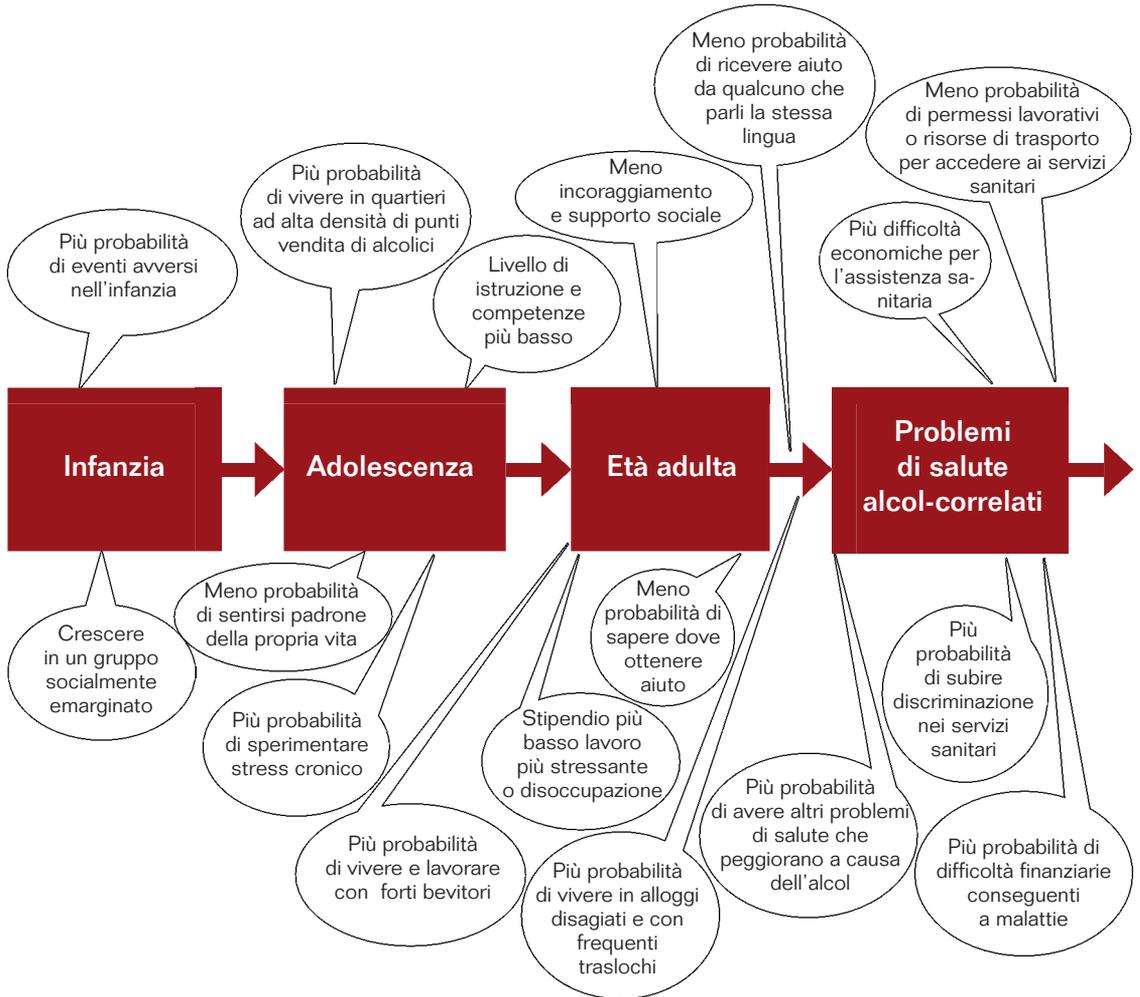
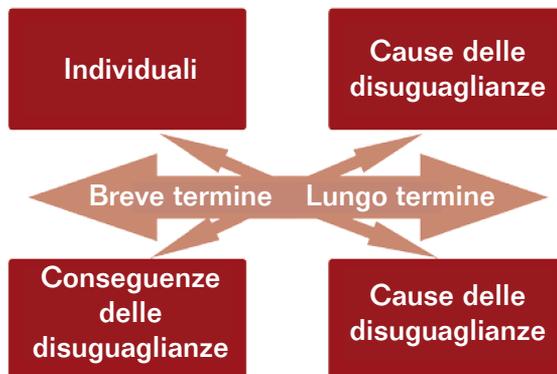


Fig. 6. Affrontare le disuguaglianze richiede una combinazione di azioni politico-sanitarie



Molti degli interventi per affrontare le disuguaglianze nel danno alcol-correlato offrono vantaggi estesi ad altre disuguaglianze sociali e di salute. Ad esempio, i programmi per mantenere attiva la forza lavoro, volti a migliorare i livelli occupazionali, possono non solo ridurre il danno alcol-correlato ma anche migliorare la salute mentale, agire sulla povertà delle famiglie, e limitare l'insicurezza alimentare e l'obesità infantile. Il miglioramento dell'accesso all'assistenza sanitaria primaria non solo migliora l'accessibilità all'intervento breve sull'alcol, ma anche il sostegno per smettere di bere, lo screening e il trattamento di altri problemi di salute fisica e mentale, e inoltre fornisce assistenza nei collegamenti tra vari servizi sociali.

Posizione e contesto socioeconomico

Fattori relativi al contesto socio-economico globale, europeo o nazionale possono influenzare la distribuzione dei DSS. Essi comprendono quei fattori del contesto socioeconomico che influenzano il modo in cui il rischio si sviluppa, si distribuisce e si manifesta nelle società europee. Questi fattori possono influenzare quali siano i gruppi maggiormente a rischio di danno alcol-correlato, e possono essere modificabili o compensati (Tabella 1).

Ad oggi la serie più promettente di interventi per la riduzione delle disuguaglianze nel danno alcol-correlato è l'aumento del prezzo (22, 23). Gli appartenenti ai gruppi socioeconomici più bassi con livelli dannosi di assunzione di alcol sono coloro con la maggiore probabilità di trarre beneficio da misure che aumentano il prezzo al dettaglio. I più poveri, i giovani e i forti bevitori hanno maggiori probabilità di ridurre il loro consumo grazie all'aumento dei prezzi (24). Pertanto, il beneficio per la salute è maggiore nei gruppi più poveri, ma il carico economico è più alto nei gruppi più ricchi, nei quali la propensione a continuare a bere anche di fronte a maggiorazioni di prezzo sarà più elevata.

Tabella 1. Fattori socioeconomici alla base di disuguaglianze e interventi da considerare

Fonti/origini delle disuguaglianze	Interventi da considerare
Livelli e distribuzione della povertà	<ul style="list-style-type: none"> • Supporto sociale – aumento della spesa per politiche di welfare sociale possono mitigare l'impatto della recessione economica e della disoccupazione sull'aumento del danno alcol-correlato. • Investimenti nella prima infanzia – assicurarsi che ciascun bambino inizi la sua vita nel migliore dei modi (istruzione infantile di alta qualità, supporto genitoriale, assistenza sociale consistente).
Disponibilità e accessibilità dell'alcol	<ul style="list-style-type: none"> • Introdurre politiche per aumentare il prezzo dell'alcol, ad esempio stabilire un prezzo minimo per ogni unità alcolica (23) (Box 1). • Limitare il rilascio di nuove licenze di vendita nelle aree ad alta densità di licenze.
Effetti della crisi economica e della disoccupazione	<ul style="list-style-type: none"> • Creare programmi per mantenere attiva la forza lavoro e promuovere opportunità di istruzione e formazione continua.

Tabella 1. seguito

Fonti/origini delle disuguaglianze	Interventi da considerare
Cultura del bere e norme di genere Ad es. in Europa, gli uomini hanno più probabilità di essere astemi rispetto alle donne, ma bevono più frequentemente e in maggiori quantità e hanno un livello più elevato di danni alcol-correlati	<ul style="list-style-type: none">• Introdurre misure per cambiare la cultura del bere dannoso in alcuni gruppi (ad es. negli uomini e nei giovani).• Basarsi sui punti di forza (ad es., le evidenze relative alle popolazioni Rom dimostrano che livelli elevati di controllo parentale in minoranze che vivono in zone ad alta povertà possono portare ad un minore consumo di sostanze).
Esclusione sociale/emarginazione	<ul style="list-style-type: none">• Rafforzare la consapevolezza collettiva e attuare programmi di formazione per far fronte a questioni di disperazione diffusa e di esclusione in gruppi con una maggiore prevalenza di consumo dannoso di alcol.• Coinvolgere i gruppi emarginati nella progettazione e attuazione di interventi che permettano loro di fruire dei loro diritti (ad es. all'istruzione, alla sanità, all'alloggio).

Box 1. Scozia: prezzo minimo per unità alcolica

Nel 2012 in Scozia è stata approvata una legge che stabilisce un prezzo minimo al di sotto del quale non è possibile vendere una unità di alcol. Ciò in risposta all'elevato consumo di alcolici e all'aumento dei livelli di danno alcol-correlato, soprattutto nei gruppi sociali più svantaggiati. Per i quali si riteneva che l'aumento progressivo di accessibilità all'alcol - soprattutto nella vendita da asporto - rivestisse un ruolo importante. I modelli statistici mostravano che i soggetti con consumo a rischio o dannoso erano quelli più colpiti dalla politica del prezzo minimo, mentre coloro con consumi alcolici nella norma erano influenzati solo in maniera trascurabile. La distribuzione del consumo di alcol tra i gruppi sociali è stata esaminata, a partire dal 2010, nella Scottish Health Survey (25), che ha evidenziato che gli appartenenti alle fasce di reddito più alte hanno maggiori probabilità di superare i limiti delle linee guida. Pertanto, l'impatto economico di questa politica ricadrebbe principalmente sui gruppi con uno status socio-economico più alto e, soprattutto, su coloro con un livello di consumo dannoso (26). Resta da vedere in che misura le famiglie di bevitori dannosi a basso reddito possano essere danneggiate nel caso in cui questi, nonostante i prezzi elevati, mantengano lo stesso livello di consumo. Ciò evidenzia la necessità di sostenere le politiche sul prezzo con un adeguato supporto sociale e servizi alcologici di sostegno.

Differenze di esposizione

Alcuni gruppi di popolazione possono essere più esposti a determinati fattori e questo implica che possano avere una maggiore propensione al consumo eccessivo di alcol o al danno alcol-correlato. Ciò include sia fattori di attrazione che di repulsione (push e pull factors) al consumo eccessivo di alcol, quali l'esposizione a discriminazione e stress cronico, e un incremento di esposizione alla promozione dell'alcol (Tabella 2). Le esperienze infantili sfavorevoli contribuiscono a produrre una serie di condizioni di salute e sociali negative nel corso della vita, e questo effetto viene trasmesso alle generazioni future – coloro che sperimentano eventi avversi durante l'infanzia hanno maggiore probabilità di

esporre i propri figli ad eventi avversi simili (27). Una recente analisi europea dei danni alcol-correlati afferma che "l'alcol può essere uno dei principali canali attraverso cui lo stress psicosociale si traduce in peggiori condizioni di salute e mortalità più elevata" (10). I gruppi socioeconomici più bassi, con livelli di consumo alcolico dannoso, possono beneficiare delle misure indirizzate alla popolazione totale, quali ad esempio la limitazione degli orari di vendita e dell'accessibilità dell'alcol, in modo non proporzionale.

Tabella 1. Fattori socioeconomici alla base di disuguaglianze e interventi da considerare

Fonti/origini delle disuguaglianze	Interventi da considerare
<p>Differenze di esposizione a fattori di stress cronici</p> <p><i>Ad es. persone che vivono in povertà, gruppi socialmente esclusi, persone con lavoro non sicuro e a basso reddito, e migranti sono più soggetti a stress e discriminazione</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attuare supporto sociale e sussidi economici, soprattutto per famiglie con bambini e disoccupati. • Introdurre programmi di sostegno ai genitori e investire in istruzione e assistenza infantile di qualità. • Migliorare le condizioni psicosociali nei luoghi di lavoro, soprattutto per i lavoratori a basso reddito.
<p>Differenze di esposizione alla pubblicità e alla disponibilità di bevande alcoliche</p> <p><i>Ad es. maggiore densità di punti vendita di alcol nelle aree più povere – la maggiore densità di punti vendita di alcolici è associata all'incremento del danno alcol-correlato</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Assicurarsi che le misure per ridurre l'accessibilità all'alcol destinate alla popolazione totale portino uguali benefici anche a coloro con un'esposizione eccessiva. • Introdurre restrizioni per ridurre la densità eccessiva di punti vendita di alcolici nelle aree a basso reddito o in aree con un alto carico di danni alcol-correlati, e limitare le rivendite di alcolici in prossimità di scuole e luoghi di ritrovo giovanili (Box 2). • Garantire l'applicazione dei limiti di età per l'acquisto di alcolici e il rispetto delle misure su alcol e guida, soprattutto nelle aree svantaggiate. • Limitare la vendita, la pubblicità e la promozione dell'alcol.
<p>Fattori di contiguità</p> <p><i>Ad es. i residenti in zone degradate hanno una più elevata probabilità di vivere con, o in prossimità di, forti bevitori</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Attuare misure per ridurre il sovraffollamento delle abitazioni • Introdurre misure a livello locale, basate su interventi di provato successo in comunità con un carico eccessivo di danni alcol-correlati. Per esempio, nelle comunità indigene australiane, una combinazione ad hoc di misure volte a ridurre la disponibilità di alcol si è dimostrata efficace per limitare il consumo dannoso di alcol, la criminalità e l'ospedalizzazione alcol-correlati (28).

Box 2. Polonia: le autorità locali adottano provvedimenti per limitare l'esposizione ai punti vendita di alcol

In Polonia, le autorità locali hanno la responsabilità di limitare l'accessibilità all'alcol in termini di numero di punti vendita e orari di apertura. D'altro canto, sono pericolosamente incentivate a rilasciare licenze per la vendita di alcolici, perché queste licenze portano introiti alle casse locali (29). Tuttavia, alcuni comuni stanno iniziando a utilizzare le proprie prerogative per far fronte al livello crescente di danni alcol-correlati nelle loro comunità (30). Un consiglio comunale ha adottato una risoluzione per far diminuire il numero di punti vendita di alcolici. Altri consigli comunali hanno designato dei luoghi (quali ad esempio scuole, chiese, impianti sportivi e stazioni) in cui è vietata la presenza di punti vendita di alcol nel raggio di una distanza minima. Un gran numero di autorità locali ha inoltre introdotto il divieto di consumo di alcolici nei luoghi pubblici.

Differenze di vulnerabilità

Alcuni fattori rendono certi gruppi più vulnerabili di altri rispetto al consumo eccessivo di alcol o al danno alcol-correlato, sebbene il loro livello di esposizione sia lo stesso. L'esposizione a situazioni di stress può portare a un abuso di alcol che è più comune tra i poveri che non tra i ricchi (15). Ad esempio, avere un lavoro stressante è un elemento negativo, ma avere un lavoro stressante e mal retribuito è ancora peggiore. Le vulnerabilità che contribuiscono a produrre disuguaglianze nel danno alcol-correlato possono essere di origine sociale (ad esempio, bassi livelli di resilienza o di supporto sociale) o di natura biologica (per esempio, le donne e i bambini a parità di livello di consumo alcolico sono maggiormente vulnerabili al danno alcol-correlato). Le comorbilità (quali l'obesità) possono aumentare la vulnerabilità a sviluppare conseguenze negative di salute dovute all'alcol. Gli appartenenti ai gruppi sociali più svantaggiati hanno una più elevata probabilità di trovarsi in condizioni generali di salute peggiori, e di essere in condizioni di comorbilità multipla.

Molti degli interventi presentati nella Tabella 1 per far fronte all'esclusione sociale, alla povertà e allo stress cronico, così come investire nell'infanzia, migliorare le condizioni di vita, accrescere la formazione e le competenze, e basarsi sui punti di forza della comunità, possono aiutare a ridurre molte di queste vulnerabilità biologiche e sociali. La Tabella 3 suggerisce alcuni interventi per combattere le disuguaglianze che ne derivano.

Tabella 3. Come si verificano le differenze di vulnerabilità e quali sono gli interventi da considerare

Fonti/origini delle disuguaglianze	Interventi da considerare
Minor resilienza/supporto nel superare i fattori di stress <i>Es. i poveri, i gruppi socialmente esclusi e i senza tetto hanno minori meccanismi per superare i problemi</i>	<ul style="list-style-type: none">• Rivedere i criteri in base ai quali il sistema sanitario identifica i gruppi vulnerabili da sottoporre a intervento breve. Assicurarsi che ai gruppi più vulnerabili al danno alcol-correlato sia offerta l'opportunità di intervento (anche nel caso in cui non appartengano ai gruppi con più elevato consumo di alcol).
Vulnerabilità biologiche <i>Es. a parità di livelli di consumo le donne sono più a rischio di sviluppare un danno</i>	

Tabella 3. seguito

Fonti/origini delle disuguaglianze	Interventi da considerare
<p>Elevati tassi di comorbidità possono contribuire a generare disuguaglianze nel danno alcol-correlato (obesità, abuso di sostanze, problemi di salute mentale, fattori di stress)</p> <p><i>Es. l'obesità in concomitanza con l'uso di alcol causa un rischio molto maggiore di malattie epatiche rispetto a ciascuno dei due fattori preso singolarmente (31)</i></p>	<ul style="list-style-type: none">• Attuare politiche che affrontino fattori di rischio multipli (in particolar modo, malnutrizione e fumo) (32) (Box 3).

Box 3. Romania: costruire risorse familiari per ridurre la vulnerabilità

Il progetto di formazione per famiglie promosso dalla Romania mirava a creare competenze educative per la prevenzione dell'abuso di alcol e di tabacco (33). Si tratta di un'iniziativa nazionale per sviluppare fattori di protezione in 1000 genitori con un basso livello di istruzione e di competenza nella gestione familiare, o con bambini a rischio (problemi di inserimento, bassi livelli di partecipazione scolastica, problemi comportamentali precoci o persistenti, o provenienti da famiglie conflittuali o con livelli minimi di istruzione). Il progetto è stato attuato da 68 consiglieri scolastici (specialisti del settore dell'educazione) presso centri assistenziali o educativi in tre contee (Bihor, Iași e Ilfov). Sono state implementate attività interattive, con la partecipazione dei genitori a un programma basato su linee guida metodologiche ed un manuale di formazione, entrambi elaborati dagli specialisti della Agenzia Nazionale Anti Droga e del Ministero di Istruzione, Ricerca, Gioventù e Sport.

Differenze negli esiti di salute

Oltre alle differenze di esposizione e di vulnerabilità che pongono alcuni gruppi in condizioni di maggior rischio di danno alcol-correlato, esistono vari fattori del sistema sanitario che possono far sì che certi gruppi siano soggetti a esiti di salute inferiori per condizioni alcol-correlate. Esistono disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e nel trattamento dei problemi legati all'alcol, e ciò può aiutare a comprendere perché alcuni gruppi di popolazione se la cavano meno bene, anche se i loro livelli di consumo di alcol sono simili a quelli di altri gruppi. Anche in Europa, si sono osservate differenze nel trattamento erogato nell'ambito dei vari sistemi sanitari, basate su fattori socioeconomici, e ciò può contribuire a generare disuguaglianze negli esiti di salute. La tabella 4 mostra i modi in cui possono verificarsi le differenze negli esiti di salute e anche gli interventi che dovrebbero essere presi in considerazione per far fronte alle disuguaglianze che ne derivano.

Tabella 4. Come si verificano le differenze negli esiti di salute e quali sono gli interventi da considerare

Fonti/origini delle disuguaglianze	Interventi da considerare
Costo di accesso alle cure	<ul style="list-style-type: none">• Fornire servizi sanitari universali.• Rimuovere le barriere economiche per coloro che non possono permettersi di pagare (partecipazione alle spese, costi di trasporto).

Tabella 4. seguito

Fonti/origini delle disuguaglianze	Interventi da considerare
<p>Barriere non finanziarie di accesso alle cure <i>Es. le linee guida sui disturbi legati all'uso di alcol realizzate nel Regno Unito dal National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) identificano una serie di gruppi specifici (ad es. i giovani, i senza tetto, le minoranze etniche) che richiedono un'attenzione speciale, in quanto i servizi convenzionali non soddisfano appieno le loro necessità</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Semplificare i requisiti di eleggibilità e il supporto a coloro che non hanno documenti. • Migliorare l'accettabilità dei servizi da parte dei gruppi ad alto rischio (formazione del personale, politiche di reclutamento, sensibilità di genere e culturale, orari di apertura, localizzazione servizi). • Seguire il continuum del percorso assistenziale per garantire migliori collegamenti tra servizi sanitari e sociali destinati a coloro ad elevato rischio di esiti inferiori alla dimissione da strutture sanitarie (ad es. i senza tetto; vedi esempio nel Box 4). • Fornire alloggi con supporto al termine dell'assistenza.
<p>Diversità di trattamento nell'ambito dell'assistenza sanitaria <i>Ad esempio, in Svezia è meno probabile che il medico di famiglia faccia domande sul consumo di alcol alle donne con modelli di consumo dannosi, rispetto ai bevitori di sesso maschile con modelli di consumo simili (34)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Formare i professionisti sanitari in modo da intensificare lo screening e le richieste di informazioni sull'uso di alcol, nonché l'identificazione precoce e l'intervento breve nell'assistenza primaria, anche nei gruppi con maggiori livelli di esposizione o vulnerabilità. Fare attenzione all'equità nel dispensare tali prestazioni. • Modificare le attitudini del personale sanitario, creando una maggiore consapevolezza della distribuzione del danno alcol-correlato in base a fattori socio-economici. • Accompagnare quanto sopra con misure mirate a garantire l'inclusione dei gruppi di popolazione con minori possibilità di accesso all'assistenza primaria (ad es. i senza tetto, le persone senza medico di base e quelle in carcere).

Box 4. Lettonia: migliorare l'accesso ai servizi socio-sanitari a Karosta

Karosta è un'ex area portuale militare nei pressi della città di Liepāja. Molti dei residenti hanno un accesso limitato ai servizi medici e di prevenzione. Inoltre, gran parte di essi sono stati a lungo disoccupati e senza tetto, non hanno i documenti necessari e nemmeno un'adeguata conoscenza della lingua lettone per registrarsi presso gli ambulatori medici di base o per ricevere sussidi sociali o di disoccupazione. La disperazione e l'abuso di alcol sono fenomeni diffusi. La ONG Vienība, insieme all'impresa Karosta Housing e al comune di Liepāja forniscono formazione e supporto psicologico, occupazione sovvenzionata, laboratori creativi, e servizi sanitari e di prevenzione ai senza tetto della città. Provvedono anche assistenza sociale e legale a coloro che non hanno documenti regolari, e programmi di integrazione sociale e miglioramento della salute ai disoccupati di lunga durata e senza fissa dimora. Attraverso un servizio medico in cui operano medici generici volontari, viene reso disponibile un servizio di accesso diretto all'assistenza sanitaria di base per i gruppi più svantaggiati della popolazione (35).

Differenze nelle conseguenze

Per alcuni gruppi, il consumo dannoso di alcol può avere conseguenze più gravi che non per altri, e può anche portare a peggiori esiti sanitari. Questo è in parte dovuto al fatto che i bevitori più agiati godono di una protezione sociale che li difende dal danno alcol-correlato (9). Queste conseguenze possono includere la prigione, i comportamenti sessuali a rischio, la perdita del lavoro, l'impoverimento delle famiglie, il peggioramento dell'esclusione sociale, violenza, lesioni e criminalità. Di solito i gruppi svantaggiati fanno uso di alcolici soprattutto in luoghi pubblici, dove ci sono maggiori probabilità di essere arrestati o feriti se si è in stato di ubriachezza. La Tabella 5 descrive le origini delle disuguaglianze e gli interventi da prendere in considerazione al fine di combatterli.

Tabella 5. Come si verificano le differenze nelle conseguenze del consumo dannoso di alcol e quali sono gli interventi da considerare

Fonti/origini delle disuguaglianze	Interventi da considerare
Le persone senza fissa dimora e i gruppi emarginati hanno una maggiore probabilità di essere arrestati per ubriachezza molesta, o di subire lesioni / violenza	<ul style="list-style-type: none">• Fornire strutture dove smaltire lo stato di ebbrezza, destinate ai senzatetto e a coloro che non hanno luoghi sicuri dove andare. Tra le misure efficaci per la riduzione del danno ci sono le ronde di sorveglianza gestite dalla comunità e i rifugi temporanei dove recuperare lo stato di sobrietà. Questi approcci hanno il vantaggio di essere curati dalla comunità e basati sui suoi punti di forza.• Creare wet hostels destinati alle persone senza fissa dimora, in cui sia loro consentito il consumo di alcol, così da limitare i danni causati nei luoghi pubblici (Box 5).
Impoverimento dei bevitori a basso reddito e delle loro famiglie – “drenaggio” delle risorse familiari destinate ad assistenza sanitaria, cibo, istruzione e abbigliamento	<ul style="list-style-type: none">• Attuare adeguate politiche di protezione sociale per l'infanzia, che comprendano l'istruzione universale e di alta qualità sin dalla prima infanzia, e l'assistenza sanitaria gratuita.
I giovani hanno maggiori probabilità degli adulti di riportare lesioni o rimanere uccisi in conseguenza del consumo di alcol, probabilmente a causa di differenze nella modalità di gestione del rischio	<ul style="list-style-type: none">• Aumentare il prezzo dell'alcol così da indurre un effetto inversamente proporzionale sul livello di consumo dei giovani.
Stigma <i>Es. lo stigma sociale dei problemi alcol-correlati può aggravare l'emarginazione già esistente in gruppi vulnerabili, portando ad un incremento dell'esclusione sociale</i>	<ul style="list-style-type: none">• Evitare quelle politiche di controllo sull'alcol che acuiscono lo stigma e l'emarginazione.

Box 5. Germania: il locale del “bere sicuro” a Kiel

Il governo locale di Kiel ha creato il primo locale per alcolisti disoccupati in Germania (36). Il centro può ospitare circa 70 visitatori regolari di età compresa tra i 18 e i 70 anni, la maggior parte dei quali ha una lunga storia di problemi di dipendenza da alcol. I clienti sono autorizzati a portare la propria birra o sangria, e possono acquistare bibite analcoliche o caffè. L'iniziativa si è dimostrata un tale successo che altre autorità locali in Germania sono pronte a replicarla. Il centro è ritenuto una struttura vincente sia dai suoi avventori che dalla comunità locale. I visitatori del centro hanno un posto caldo e sicuro dove bere, in alternativa alla strada o ad altri luoghi pubblici, e ciò riduce in maniera diretta il loro rischio di danni alcol-correlati, mentre il resto degli abitanti della città può godere di strade più pulite e parchi pubblici più sicuri.

Tuttavia, i benefici si estendono anche a una gamma di DSS a monte del problema stesso. Il centro fornisce ai servizi sanitari l'occasione per entrare in contatto con un gruppo vulnerabile, ed è gestito da un team di operatori sociali che offrono assistenza e orientamento ai visitatori del centro, aiutandoli ad assumersi il controllo delle proprie vite. Gli operatori del centro offrono aiuto per una serie di problemi, tra cui la gestione dei rapporti con i padroni di casa e le società di servizi, e il destreggiarsi nella burocrazia della pubblica amministrazione. Offrono anche consulenza sulla dipendenza e sui programmi di riabilitazione. I visitatori regolari possono anche ottenere lavoro "ad un euro", presso mense per i poveri o nella distribuzione di giornali.

Raccomandazioni chiave relative alle misure politiche

- Un approccio globale per la riduzione delle disuguaglianze nel danno alcol-correlato richiede un mix di azioni, con impatto sia a lungo che a breve termine, che affrontino le conseguenze e le cause delle disuguaglianze, e che agiscano sia sugli individui che sull'ambiente.
- L'aumento del prezzo dell'alcol è l'intervento politico più promettente per ridurre le disuguaglianze sociali nel danno alcol-correlato.
- Le misure per ridurre l'accessibilità all'alcol a livello locale sono in grado di limitare il carico eccessivo di danno alcol-correlato nelle comunità ad alto rischio. Queste misure includono la limitazione degli orari, dei luoghi e delle quantità di vendita di alcolici. La pianificazione per zone e gli interventi per limitare la concessione di licenze vanno incrementate al fine di garantire che le zone svantaggiate non siano esposte a una maggiore densità di punti vendita di alcol.
- Reddito, occupazione e istruzione sono fattori di protezione contro i danni alcol-correlati – le politiche di protezione sociale possono far fronte all'impatto negativo di problemi economici e disoccupazione.
- Le differenze di accessibilità e trattamento relative al sistema sanitario contribuiscono a creare disuguaglianze nel danno alcol-correlato. Le azioni per contrastarle comprendono:
 - ridurre le barriere economiche, geografiche e culturali di accesso all'assistenza primaria e ai servizi per il trattamento dell'alcol nei gruppi che hanno un danno alcol-correlato maggiore;
 - assicurarsi che i soggetti appartenenti ai gruppi più vulnerabili al danno alcol-correlato siano identificati e sottoposti all'intervento breve in strutture di assistenza sanitaria primaria;
 - rafforzare il sostegno sociale e l'assistenza post-dimissione per coloro che hanno un consumo dannoso di alcol, soprattutto se vivono anche altri svantaggi sociali.
- Le conseguenze del consumo dannoso di alcol sono più gravi per coloro con problemi di esclusione sociale. Le misure di riduzione del danno, quali ad esempio la creazione di luoghi sicuri per recuperare la sobrietà o le ronde di sorveglianza organizzate dalla comunità possono ridurre le disuguaglianze nelle conseguenze del consumo dannoso di alcol.

Checklist: siete sulla buona strada?

1. Eseguite una misurazione di routine del consumo di alcol e del danno alcol-correlato basata sul gruppo socio-economico di appartenenza (es. sesso, etnia, livello di istruzione)?
2. Avete identificato i gruppi con livelli maggiori di danno (di salute e/o sociale) dovuto all'alcol, e avete riservato ad essi una priorità assoluta nelle vostre strategie e piani di azione?
3. Eseguite una valutazione di routine dell'equità delle misure politiche e dei piani di controllo dell'alcol prima della loro attuazione?
4. I gruppi più emarginati della società sono ammessi a partecipare in modo significativo ai processi decisionali relativi alle politiche di controllo dell'alcol?
5. Avete in atto politiche serie con i seguenti obiettivi specifici?
 - a. Aumentare il prezzo dell'alcol.
 - b. Ridurre la disponibilità di alcol, soprattutto nelle aree svantaggiate.
 - c. Migliorare l'accesso alle cure primarie, ai servizi alcologici e al supporto sociale.
 - d. Ridurre le conseguenze dannose dell'alcol sui gruppi più vulnerabili (luoghi per riacquistare la sobrietà, ronde di sorveglianza organizzate dalla comunità, ecc.).
6. Avete in atto politiche efficaci per affrontare le cause dei determinanti sociali di disuguaglianza nel danno alcol-correlato? Tali misure dovrebbero comprendere:
 - a. protezione sociale, soprattutto per le famiglie con bambini e disoccupati;
 - b. istruzione di alta qualità sin dalla prima infanzia e supporto genitoriale;
 - c. programmi di lavoro attivo per disoccupati, tra cui lo sviluppo delle competenze;
 - d. politiche volte a ridurre l'esclusione sociale;
 - e. politiche volte a ridurre il sovraffollamento delle abitazioni;
 - f. miglioramento delle condizioni psicosociali di lavoro per i lavoratori a basso reddito.
7. Valutate l'impatto di tutti gli interventi di controllo sull'alcol nei diversi gruppi sociali?
8. Avete fissato dei target per la riduzione del danno alcol-correlato nei vari gruppi sociali?
9. Esiste una chiara responsabilità e leadership per le azioni volte a ridurre le disuguaglianze nel danno alcol-correlato?

Per saperne di più

Consumo di alcol in Europa

- Sistema informativo europeo su alcol e salute (EISAH). Dati europei specifici dal sistema informativo globale OMS su alcol e salute (37).
- Rapporto 2013 su alcol e salute in 35 paesi europei (38).
- Rapporto 2010 su alcol e salute in Europa (39).
- L'alcol nell'Unione europea: consumo, danno e approccio politico (4).

Misure politiche sull'alcol

- Piano d'azione europea per la riduzione dell'uso dannoso di alcol 2012-2020 (2).
- Strategia globale per la riduzione dell'uso dannoso di alcol (40).
- Problemi legati all'alcol nel sistema della giustizia penale: un'opportunità di intervento (41).
- Piano d'azione per l'attuazione della strategia europea di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili 2012-2016 (42).

Azioni per ridurre le disuguaglianze di salute affrontando i Determinanti Sociali di Salute (DSS)

- Equità, determinanti sociali e programmi di sanità pubblica (7).
- Revisione dei determinanti sociali e delle discriminazioni di salute nella Regione Europea dell'OMS: relazione finale (1).
- Revisione strategica delle disuguaglianze di salute nell'Inghilterra post-2010 (Revisione di Marmot). Task Group 8: condizioni prioritarie di salute pubblica. Relazione finale (43).
- Fonti relative alle azioni sanitarie sulle disuguaglianze di salute di origine sociale. Database online dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS (44).
- Azione: DSS. Piattaforma elettronica globale per discutere e avere informazioni sulle azioni volte a migliorare l'equità sanitaria affrontando i DSS (45).
- Portale Europeo per l'Azione sulle Disuguaglianze di Salute. Una risorsa informativa sulla partnership per l'azione volta all'equità e ai DSS in Europa, che include un database di iniziative politiche (46).

Strumenti di valutazione dell'equità delle misure politiche

- Valutazione dell'impatto delle disuguaglianze di salute. Un approccio alle politiche eque ed efficaci. Guida, strumenti e modelli (47).
- Guida metodologica per l'inclusione dell'equità nelle strategie, nei programmi e nelle attività sanitarie (48).
- Strumenti e metodi per la valutazione e il supporto di azioni in sanità pubblica sui determinanti sociali di salute e l'equità sanitaria (49).

Disaggregazione dei dati e strumenti

- L'equità negli atlanti interattivi dei progetti sanitari. Risorse online dell'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa (50).
- Manuale per il monitoraggio delle disuguaglianze di salute, con particolare attenzione ai paesi a basso e medio reddito (51).

Bibliografia

1. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/215196/Review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-WHO-European-Region-final-report-Eng.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
2. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
3. Dahlgren G, Whitehead M. European strategies for tackling social inequities in health: levelling up part 2. Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2007 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/103824/E89384.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
4. Anderson P, Moller L, Galea G, editors. Alcohol in the European Union: consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
5. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012 Dec 15;380(9859):2224–2260.
6. Schmidt LA, Mäkelä P, Rehm J, Room R. Alcohol and social determinants of health. In: Blas E, Sivasankara Kurup A, editors. Priority public health conditions: from learning to action on social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2009.
7. Blas E, Kurup A, editors. Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
8. Siegler V, Al-Hamad A, Johnson B, Wells C, Sheron N. Social inequalities in alcohol-related adult mortality by National Statistics Socio-economic Classification, England and Wales, 2001–03. *Health Stat Q.* 2011;Summer(50):1–36.
9. Hemmingsson T, Lundberg I, Diderichsen F, Allebeck P. Explanations of social class differences in alcoholism among young men. *Soc Sci Med.* 1998 Nov;47(10):1399–1405.
10. Walters S, Suhrcke M. Socioeconomic inequalities in health and health care access in central and eastern Europe and the CIS: a review of the recent literature. Working paper 2005/1. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
11. Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol Alcohol Suppl.* 2006 Nov;41(1):i26–36.
12. Mäkelä P. Alcohol-related mortality as a function of socio-economic status. *Addiction* 1999 Jun;94(6):867–886.
13. Legleye S, Janssen E, Spilka S, Le Nézet O, Chau N, Beck F. Opposite social gradient for alcohol use and misuse among French adolescents. *Int J Drug Policy* 2013 Jul;24(4):359–366.
14. Helasoja V, Lahelma E, Prättälä R, Petkeviciene J, Pudule I, Tekkel M. The sociodemographic patterning of drinking and binge drinking in Estonia, Latvia, Lithuania and Finland, 1994–2002. *BMC Public Health* 2007;7:241.
15. Towards equity in health: comparative study of national health surveys in Roma population and general population in Spain, 2006. Madrid: Spanish Ministry of Health and Social Policy; 2009.
16. Bobakova D, Kolarcik P, Geckova AM, Klein D, Reijneveld SA, van Dijk JP. Does the influence of peers and parents on adolescents' drunkenness differ between Roma and non-Roma adolescents in Slovakia? *Ethn Health* 2012 Oct;17(5):531–541.

17. Stringhini S, Spencer B, Marques-Vidal P, Waeber G, Vollenweider P, Paccaud F et al. Age and gender differences in the social patterning of cardiovascular risk factors in Switzerland: the CoLaus Study. *PLoS One* [Internet] 2012 Nov 13 [cited 2013 Mar 6];7(11) (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3496703/>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
18. Equally well: report of the ministerial task force on health inequalities – volume 2 [Internet]. Edinburgh: The Scottish Government; 2008 (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2008/06/09160103/0>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
19. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/nmh/publications/ncdreportjull_en.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
20. O'Dowd A. Fight to tackle unhealthy lifestyles has widened gap in health inequalities. *BMJ*. 2012;345:e5707–e5707.
21. White M, Adams J, Heywood P. How and why do interventions that increase health overall widen inequalities within populations? In: Babones S, editor. *Social inequality and public health*. Bristol: The Policy Press; 2009:65–82.
22. Rombouts T, Mantingh F, Galea G, editors. *Resource package on fiscal policy*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe; 2013.
23. Meng Y, Brennan A, Holmes J, Hill-McManus D, Angus C, Purshouse R et al. Modelled income group-specific impacts of alcohol minimum unit pricing in England 2014/15: policy appraisals using new developments to the Sheffield Alcohol Policy Model (v2.5). Sheffield: ScHARR, University of Sheffield; 2013 (<http://www.sheffield.ac.uk/polopolyjs/1.291621!/file/julyreport.pdf>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
24. Meier P, Brennan A, Purshouse R, Taylor K, Rafia R, Booth A et al. Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: part B. Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield Alcohol Policy Version 2008 (1-1). London: Department of Health; 2008.
25. Bromley C, Corbett J, Day J, Doig M, Gharib W, Given L et al. The Scottish health survey: volume 1: main report. Edinburgh: The Scottish Government; 2010 (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2011/09/27084018/0>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
26. Robson K. SPICe Briefing: Alcohol (Minimum Pricing) (Scotland) Bill. Edinburgh: The Scottish Parliament; 2012 (http://www.scottish.parliament.uk/ResearchBriefingsAndFactsheets/S4/SB_12-01.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
27. Bellis MA, Lowey H, Leckenby N, Hughes K, Harrison D. Adverse childhood experiences: retrospective study to determine their impact on adult health behaviours and health outcomes in a UK population. *J Public Health (Oxf)*. 2014 Mar; 36(1):81–91.
28. Gray D, Siggers S, Atkinson D, Sputore B, Bourbon D. Beating the grog: an evaluation of the Tennant Creek liquor licensing restrictions. *Aust N Z J Public Health* 2000 Feb;24(1):39–44.
29. Moskalewicz J, Pisarska A. Alcohol and substance use among adults and juveniles in Poland: facts, policy and attitudes. Warsaw: AAA PREVENT Project (Workpackage 4); 2011 April (<http://www.aaaprevent.eu/doc/PolandNP.pdf>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
30. Moskalewicz J, Zielinski A. Forgotten or neglected experiences with community action on alcohol. *Nordic Stud Alcohol Drugs [English Suppl.]* 2003;20:5–12.
31. Hart CL, Morrison DS, Batty GD, Mitchell RJ, Davey Smith G. Effect of body mass index and alcohol consumption on liver disease: analysis of data from two prospective cohort studies. *BMJ*. 2010;340:c1240.
32. Hart CL, Davey Smith G, Gruer L, Watt GCM. The combined effect of smoking tobacco and drinking alcohol on cause-specific mortality: a 30-year cohort study. *BMC Public Health* 2010;10:789.
33. Ministry of Administration and Interior, National Anti-Drug Agency, Romanian Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Romania: new developments, trends and in-depth information on selected issues. 2011 national report (2010 data) to the EMCDDA by the Reitox national focal point. Bucharest: National Anti-Drug Agency; 2011.

34. Engdahl B, Nilsen P. Receiving an alcohol enquiry from a physician in routine health care in Sweden: a population-based study of gender differences and predictors. *Int J Environ Res Public Health* 2011 May;8(5):1296–1307.
35. Bezpajumtnieku un ilgstošo bezdarbnieku integrācija [Integration of homeless and long-term unemployed] [Internet]. Brussels: EuroHealthNet European Portal for Action on Health Inequalities Good Practice Database; 2008 [cited 2013 Aug 28] (http://www.health-inequalities.eu/HEALTHYQUITY/EN/good_practice_database/, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
36. Kleinhubbert G. Fixerstube light. *Der Spiegel* 2010 Apr 19;16:50.
37. European Information System on Alcohol and Health (EISAH) [website]. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main-euro?showonly=GISAH>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
38. Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
39. European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
40. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/alcstratenglishfinal.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
41. Graham L, Parkes T, McAuley A, Doi L. Alcohol problems in the criminal justice system: an opportunity for intervention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/181068/e96751-ver-2.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
42. Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012–2016. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/170155/e96638.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
43. Bambra C, Joyce K, Maryon-Davis A. Strategic review of health inequalities in England post-2010 (Marmot Review). Task group 8: priority public health conditions. Final report. London: University College London; 2009 (<http://www.instituteofhealthequity.org/projects/priority-public-health-conditions-task-group-report>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
44. Resource of health system actions on socially determined health inequalities [online database]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (<http://data.euro.who.int/equity/hidb/Resources/List.aspx>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
45. Action:SDH [website]. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.actionsdh.org/>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
46. European portal for action on health inequalities [website]. Brussels: EuroHealthNet and Equity Action; 2013 (<http://www.health-inequalities.eu/HEALTHYQUITY/EN/home/>, ultimo accesso 2013).
47. Health inequalities impact assessment. An approach to fair and effective policy making. Guidance, tools and templates. Edinburgh: NHS Health Scotland; 2011 (<http://www.healthscotland.com/uploads/documents/17227-0%20HIA%20-%20GUIDANCE.pdf>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
48. Methodological guide to integrate equity into health strategies, programmes and activities. Version 1. Madrid: Ministry of Health, Social Services and Equality; 2012 (http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/jornadaPresent_Guia2012/docs/Methodological_Guide_Equity_SPAs.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
49. Mendell A, Dyck L, Ndumbe-Eyoh S, Morrison V. Tools and approaches for assessing and supporting public health action on the social determinants of health and health equity. Montréal: National Collaborating Centre for Determinants of Health (NCCDH) and National Collaborating Centre for Healthy Public Policy (NCCCHPP); 2012 (www.nccchpp.ca/docs/Equity_Tools_NCCDH-NCCCHPP.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).

50. Interactive atlases [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/equity-in-health/interactive-atlases>, ultimo accesso 4 dicembre 2013).
51. Handbook on health inequality monitoring with a special focus on low- and middle-income countries. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85345/1/9789241548632_eng.pdf, ultimo accesso 4 dicembre 2013).



consulta anche il sito:
www.epicentro.iss.it/alcol

info:
alcol@iss.it