



Rafforzare le capacità dei difensori della salute pubblica per orientare le sfide della politica sull'alcol

il manuale per la politica
sull'alcol

Edizione italiana della pubblicazione: "Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook"

Traduzione e adattamento a cura di E. Scafato, C. Gandin, A. Matone, S. Ghirini, Osservatorio Nazionale Alcol, Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. Roma, 2025

Abstract

Gli adulti nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) consumano in media 9,2 litri di alcol puro all'anno, il che li rende i più forti bevitori a livello mondiale. In questa regione, l'alcol è una delle principali cause di morte, responsabile di quasi 800.000 decessi all'anno, in gran parte dovuti a malattie non trasmissibili come malattie cardiovascolari e cancro. L'implementazione di politiche basate sulle evidenze è fondamentale per salvaguardare la salute pubblica e ridurre la pressione dei danni correlati all'alcol sui sistemi sanitari e sulle comunità. Un ostacolo importante a questo è che i decisori politici si trovano spesso di fronte a prospettive contrastanti quando affrontano questioni legate all'alcol.

Sviluppato dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, l'*Alcohol policy Playbook* è destinato ai decisori politici, ai sostenitori e ai professionisti della sanità pubblica. Affronta questioni chiave sull'impatto dell'alcol e sull'efficacia delle politiche chiave, tra cui prezzi, controlli sulla disponibilità, restrizioni di marketing, etichettatura, interventi sulla guida in stato di ebbrezza e normative per prodotti a zero o a basso contenuto di alcol.

Per ogni domanda, il *Playbook* confronta le opinioni dell'industria dell'alcol con le evidenze di salute pubblica, aiutando gli utenti a identificare quando i problemi correlati all'alcol vengono inquadrati da una prospettiva commerciale. Guida i decisori politici a dare priorità alle evidenze di salute pubblica, con l'obiettivo di ridurre i danni alcol-correlati, migliorare i risultati sanitari e ridurre l'onere sulle finanze pubbliche.

Parole Chiave

Consumo Di Alcol; Prevenzione E Controllo; Salute Pubblica; Politica Pubblica; Industria

© Organizzazione Mondiale della Sanità 2024

Alcuni diritti riservati. Questa opera è disponibile con licenza "" (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

In base ai termini di questa licenza, puoi copiare, ridistribuire e adattare l'opera per scopi non commerciali, a condizione che l'opera sia opportunamente citata, come indicato di seguito. In qualsiasi utilizzo di quest'opera, non dovrebbe esserci alcun suggerimento che l'OMS approvi un'organizzazione, un prodotto o un servizio specifico. L'uso del logo dell'OMS non è consentito. Se adatti l'opera, devi concedere in licenza la tua opera con la stessa licenza *Creative Commons* o una licenza equivalente. Se crei una traduzione di quest'opera, dovresti aggiungere la seguente clausola di esclusione di responsabilità insieme alla citazione suggerita: "Questa traduzione non è stata creata dall'OMS. L'OMS non è responsabile del contenuto o dell'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale in inglese sarà quella vincolante e autentica: *Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024".

Ogni mediazione relativa alle controversie derivanti dalla licenza sarà condotta in conformità alle regole di mediazione della *World Intellectual Property Organization* (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citazione suggerita. *Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook*. Copenhagen: Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa; 2024. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dati di catalogazione in pubblicazione (CIP). I dati CIP sono disponibili su [http:// apps.who.int/iris](http://apps.who.int/iris).

Vendite, diritti e licenze. Per acquistare le pubblicazioni dell'OMS, consultare: <http:// apps.who.int/bookorders>.

Per inviare richieste di utilizzo commerciale e domande su diritti e licenze, consultare <https:// www.who.int/about/policies/publishing/copyright>.

Materiali di terze parti. Se desideri riutilizzare materiale di questo lavoro attribuito a una terza parte, come tabelle, figure o immagini, è tua responsabilità determinare se è necessaria l'autorizzazione per tale riutilizzo e ottenere l'autorizzazione dal detentore del copyright. Il rischio di reclami derivanti dalla violazione di qualsiasi componente di proprietà di terze parti nel lavoro ricade esclusivamente sull'utente.

Disclaimer generali. Le designazioni impiegate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte dell'OMS in merito allo status legale di qualsiasi paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o in merito alla delimitazione delle sue frontiere o confini. Le linee tratteggiate e tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora un accordo completo.

La menzione di aziende specifiche o di prodotti di determinati produttori non implica che siano approvati o raccomandati dall'OMS in preferenza ad altri di natura simile che non sono menzionati. Salvo errori e omissioni, i nomi dei prodotti proprietari sono distinti da lettere maiuscole iniziali. L'OMS ha adottato tutte le precauzioni ragionevoli per verificare le informazioni contenute nella presente pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza alcuna garanzia, espressa o implicita. La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale ricade sul lettore. In nessun caso l'OMS sarà ritenuta responsabile per danni derivanti dal suo uso.

Rafforzare le capacità dei difensori della salute pubblica per orientare le sfide della politica sull'alcol

il manuale per la politica
sull'alcol

INDICE

Prefazione Regional Director	VI
Prefazione WHO EURO	VII
Prefazione ISS - ONA all'edizione italiana	VIII
Ringraziamenti	X
Abbreviazioni	XI
Introduzione	1
Attori chiave nelle politiche sull'alcol: industria e comunità di salute pubblica	3
L'industria dell'alcol	3
La comunità della salute pubblica	4
Approccio e struttura	5
1. Alcol – danni, salute e costi	7
1.1. Alcol e danni	8
1.1.1. Chi subisce i danni correlati all'alcol?	8
1.2. Alcol e salute	9
1.2.1. L'uso di alcol comporta benefici per la salute?	9
1.2.2. L'uso di alcol provoca il cancro?	11
1.3. Alcol e costi	13
1.3.1. Le restrizioni della salute pubblica applicate all'industria degli alcolici rischiano di avere conseguenze economiche significative?	13
2. Politiche per ridurre i danni da alcol	17
2.1. Prezzi degli alcolici e politiche di tassazione	18
2.1.1. Aumentare il prezzo dell'alcol può aiutare a ridurre il danno?	18
2.1.2. Le politiche di tassazione e di prezzo dell'alcol sono regressive e discriminatorie?	21
2.1.3. Approfondimenti chiave	22
2.2. Politiche sulla disponibilità dell'alcol	23
2.2.1. Le restrizioni sugli orari di vendita degli alcolici possono ridurre i danni causati dall'alcol?	23

2.2.2. Le restrizioni alla densità dei punti vendita di alcolici possono ridurre i danni causati dall'alcol?	25
2.2.3. Approfondimenti chiave	26
2.3. Politiche di marketing degli alcolici	27
2.3.1. Il marketing degli alcolici è rivolto ai consumatori minorenni?	27
2.3.2. Il marketing dell'alcol contribuisce all'iniziazione all'alcol o al consumo eccessivo occasionale (binge drinking) di alcolici da parte dei giovani?	28
2.3.3. L'autoregolamentazione del marketing degli alcolici protegge i giovani?	30
2.3.4. Approfondimenti chiave	32
2.4. Politiche di etichettatura degli alcolici	33
2.4.1. Le pratiche su base volontaria dell'industria degli alcolici presentano informazioni adeguate sulle etichette dei contenitori di alcolici?	33
2.4.2. Le avvertenze sanitarie sulle etichette dei prodotti sono efficaci?	35
2.4.3. Approfondimenti chiave	36
2.5. Interventi contro la guida in stato di ebbrezza	37
2.5.1. Chi dovrebbe essere il bersaglio delle politiche sulla guida in stato di ebbrezza?	37
2.5.2. Le campagne per il guidatore designato e i programmi di guida sicura sono efficaci nel prevenire la guida in stato di ebbrezza?	39
2.5.3. Approfondimenti chiave	40
2.6. Prodotti analcolici e a bassa gradazione alcolica (NoLo)	41
2.6.1. Aumentare la disponibilità di prodotti analcolici e a bassa gradazione alcolica può ridurre i danni correlati all'alcol?	41
2.6.2. Approfondimenti chiave	43
Conclusioni	45
Riferimenti	46

PREFAZIONE

Il consumo di alcol è una delle principali sfide per la salute pubblica nel mondo, contribuendo ogni anno alla perdita di milioni di vite e di anni di vita corretti per disabilità (*Disability-Adjusted Life Years – DALYs*). Nella Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le conseguenze sanitarie e sociali del consumo di alcol sono significative, spaziando dalle malattie croniche e il cancro a danni sociali, costi economici e disuguaglianze sanitarie. Nonostante le chiare evidenze dei danni, le politiche e le normative relative all'alcol incontrano l'opposizione di potenti attori commerciali il cui obiettivo primario è la massimizzazione del profitto.

L' *Alcohol policy Playbook* è uno strumento tempestivo ed essenziale per affrontare i determinanti commerciali della salute nel contesto del consumo di alcol. Esso fornisce spunti su come le pratiche commerciali possono influenzare le decisioni politiche e modellare la percezione pubblica del consumo di alcol. Come per altri settori, per esempio il tabacco e gli alimenti trasformati, l'industria dell'alcol opera all'interno di un quadro di strategie progettate per promuovere i propri prodotti, spesso a spese della salute pubblica. Questo fornisce ai decisori politici, ai sostenitori e ai professionisti della salute pubblica spunti scientifici per contrastare la narrazione dell'industria e proteggere la salute pubblica dalle interferenze commerciali.

Basandosi sulle ultime evidenze, *l'Alcohol* presenta risposte, chiare e basate sulle evidenze, ad argomentazioni comuni dell'industria sul consumo di alcol e agli effetti sulla salute, i danni alcol-correlati e l'efficacia di politiche diverse nel ridurre tali danni. Esso si basa sul successo del *Tobacco control* dell'OMS, riconoscendo le sorprendenti somiglianze nel modo in cui queste industrie presentano evidenze scientifiche e influenzano i sistemi politici e sociali.

L'OMS, in collaborazione con i suoi Stati Membri, sostiene da tempo politiche ben strutturate sull'alcol, come quelle relative ai prezzi, al marketing, alla disponibilità, che possono ridurre i danni alcol-correlati e migliorare i risultati in materia di salute pubblica. Molti paesi hanno dimostrato di avere successo in questo senso, ma c'è ancora tanto da fare per estendere questi benefici, in particolare per proteggere le popolazioni vulnerabili, come i giovani e i gruppi svantaggiati socio-economicamente, che sono colpiti in modo sproporzionato dagli effetti negativi dell'alcol.

Il è un passo importante verso il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nell'*European framework for action on alcohol 2022-2025* e nel *Global alcohol action plan 2022-2030*. Fornendo ai decisori politici gli strumenti di cui hanno bisogno per affrontare gli interessi commerciali e promulgare politiche basate sulle evidenze, possiamo creare un futuro più salutare per tutti.

I dati sono chiari e le soluzioni sono a portata di mano. Ora è il momento di agire con decisione per proteggere la salute pubblica e ridurre gli effetti dannosi dell'alcol.

Dr Hans Henri P. Kluge

Regional Director

WHO Regional Office for Europe

PREFAZIONE

Nel corso degli anni, gli sforzi in salute pubblica hanno incontrato una notevole resistenza, spesso alimentata da fuorvianti argomentazioni industriali progettate per proteggere i profitti piuttosto che le persone. Tuttavia, il potere delle evidenze scientifiche si è dimostrato indispensabile per respingere queste tattiche e promuovere politiche salvavita per contrastare i playbook ben congegnati. Nel 2019, l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa ha lanciato il *Tobacco Playbook*, una raccolta di argomentazioni scientificamente supportate, che fornisce ai decisori politici gli strumenti per contrastare i ben congegnati dell'industria del tabacco. Questi *playbook*, progettati per massimizzare le vendite, hanno perpetuato pericolosi miti ma, con prove alla mano, abbiamo assistito a implementazioni politiche di successo che salvaguardano le generazioni attuali e future dalle devastanti conseguenze sanitarie, sociali ed economiche dell'uso del tabacco.

Allo stesso modo, sebbene l'alcol sia ampiamente consumato, rimane un cancerogeno di tipo 1 con effetti devastanti sulla salute e sullo sviluppo globali. Nel 2019 l'alcol ha causato 2,6 milioni di decessi e ha contribuito a 115,9 milioni di anni di vita persi per disabilità (DALYs): ciò nonostante, esso rimane sottoregolamentato su scala globale. La disinformazione perpetuata dall'industria dell'alcol ha contribuito a un pericoloso divario nella consapevolezza pubblica; meno di un europeo su tre è a conoscenza del fatto che l'alcol aumenta il rischio di cancro, e solo il 20% delle donne ha le informazioni necessarie per fare scelte informate sul consumo di alcol.

Gli interessi commerciali di settori come l'alcol e il tabacco si scontrano costantemente con gli obiettivi di salute pubblica, ma dobbiamo superare queste sfide. Come evidenziato nel recente rapporto OMS/EURO sui determinanti commerciali delle malattie non trasmissibili, le industrie impiegano tattiche sofisticate per modellare la percezione pubblica, influenzare le narrazioni dei media e persino catturare i processi politici. Ciò sottolinea l'urgenza di dotare i decisori politici, le autorità sanitarie e i sostenitori di salute pubblica degli strumenti di cui hanno bisogno per esporre e smantellare queste narrazioni dannose. L'*Alcohol Playbook*, avviato nel 2019, è una risposta tempestiva a questa esigenza. Affronta i dibattiti comuni sulle politiche in materia di alcol, dai prezzi e dalla tassazione alle normative su marketing ed etichettatura. Confrontando le argomentazioni dell'industria con solide evidenze scientifiche, fornisce ai decisori politici una risorsa chiara e accessibile per superare l'opposizione del settore e prendere decisioni che diano priorità alla salute pubblica rispetto al profitto.

Ci auguriamo che questo *Playbook* ispiri a intraprendere azioni decisive. Sfruttando la scienza, possiamo contrastare la disinformazione guidata dall'industria, proteggere la salute e promuovere il benessere, in linea con il Programma di lavoro globale dell'OMS (*Global Program of Work*) e il Programma di lavoro europeo (*European Programme of Work*). Insieme, possiamo garantire che la salute pubblica prevalga.

Dr Gauden Galea

*Strategic Adviser on NCDs
WHO Regional Office for Europe*

Dr Carina Ferreira-Borges

*Regional Adviser on Alcohol, and Innovation
Illicit Drugs and Prison Health
WHO Regional Office for Europe*

PREFAZIONE ALLA EDIZIONE ITALIANA

L'*Alcohol policy Playbook*, il manuale per le politiche sull'alcol, nasce dall'esigenza di riposizionare l'approccio di salute pubblica nel processo di definizione delle politiche di salute pubblica e di prevenzione dei rischi e dei danni causati dall'uso di alcol. Il manuale è uno strumento di *moral suasion* che richiama i decisori politici ad esercitare il loro ruolo mantenendosi distanti dai conflitti d'interesse e da tutto ciò che è narrazione del settore della produzione tesa al profitto. Ques'ultima è a scapito della promozione della salute degli stessi consumatori, quotidianamente confusi da fake news che vengono promosse dagli stessi rappresentanti delle istituzioni nei discorsi pubblici sull'alcol, nei documenti, attraverso i media e il servizio pubblico, negando il diritto dei consumatori di sapere, di conoscere i rischi reali, insiti anche nella moderazione, e di essere garantiti nelle scelte informate richiamate dalle direttive comunitarie.

Il titolo "**Rafforzare le capacità dei difensori della salute pubblica per orientare le sfide della politica sull'alcol**" richiama l'urgenza e la necessità di garantire quel processo di crescita e di cambiamento sostenibile, *l'empowerment*, nella sua accezione più nobile espressa nel 1986 nella Carta di Ottawa per la promozione della salute che sottolinea come le persone dovrebbero essere in grado di assumere un maggiore controllo sulla propria salute e sul proprio benessere contando su chi ha il ruolo di garantire le persone nel processo di migliorare la propria salute e di aumentare il controllo su di essa. Sottolinea la partecipazione della comunità e delle persone coinvolte nei progetti che riguardano la salute, incoraggia ad un'assunzione di responsabilità al fine di realizzare una politica pubblica sana, creare ambienti di supporto, rafforzare l'azione della comunità, sviluppare competenze personali e riorientare i servizi sanitari.

L'eredità della Carta di Ottawa, ancora oggi considerata un documento fondamentale per la promozione della salute, getta le basi per i successivi sforzi per migliorare la salute globale, inclusi gli Obiettivi di sviluppo del Millennio (MDG) e gli Obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG).

Il termine *empowerment*, pur di complessa e non immediata traduzione italiana, sostanzia il processo che consente di avere un maggiore controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la salute, un processo virtuoso di crescita per far emergere le risorse latenti e portare il soggetto ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale e, in ambito di *policy making*, è il processo che consente ai decisori politici di acquisire maggiore potere e di appropriarsi consapevolmente del proprio ruolo.

La buona salute è una risorsa importante per lo sviluppo sociale, economico e personale e una dimensione importante della qualità della vita. I fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici possono tutti favorire la salute o danneggiarla. L'azione di *empowerment* mira a rendere queste condizioni favorevoli attraverso la promozione della salute, concentrandosi sul raggiungimento dell'equità nella salute. L'azione di promozione della salute mira a ridurre le differenze nello stato di salute attuale e a garantire pari opportunità e risorse per consentire a tutte le persone un ambiente di supporto, accesso alle informazioni, competenze di vita e opportunità per fare scelte sane.

Le persone non possono raggiungere il loro pieno potenziale di salute se non sono in grado di prendere il controllo di quelle cose che determinano la loro salute attraverso prerequisiti e prospettive per la salute che non possono essere garantiti dal solo settore sanitario ed è un dovere dei decisori politici assicurare che azioni, misure, piani e strategie sull'alcol trovino implementazione in tutte le politiche secondo il principio "alcohol in other policy". Ancora più importante, la promozione della salute richiede un'azione coordinata da parte di tutti gli interessati: dai governi, dalla sanità e da altri settori sociali ed economici, dalle organizzazioni non governative e volontarie, dalle autorità locali, dall'industria e dai media.

Le persone di ogni ceto sociale sono coinvolte come individui, famiglie e comunità. I gruppi professionali e sociali e il personale sanitario hanno una grande responsabilità nel mediare tra i diversi interessi nella società per il perseguimento della salute preservata dai rischi e dai danni attraverso cui l'uso di alcol impatta sul consumatore e sulla società.

C'è la necessità urgente di correggere la traiettoria delle politiche di prevenzione sull'alcol in Italia, come in Europa e nel mondo. Le strategie e i programmi di promozione della salute dovrebbero essere riadattati alla luce delle tendenze registrate dai sistemi di monitoraggio come il SISMA in Italia, tenendo conto delle mutate situazioni sociali, culturali ed economiche. Il SISMA è uno strumento essenziale per affrontare i determinanti commerciali della salute nel contesto del consumo di alcol fornendo idonee argomentazioni ai decisori politici, ai sostenitori e ai professionisti della salute pubblica e gli spunti scientifici, gli unici a cui istituzionalmente si dovrebbe fare riferimento, non solo per contrastare la narrazione non basata sull'evidenza scientifica, ma per proteggere la salute pubblica dalle tante interferenze, sperimentate nel corso degli ultimi anni, che hanno danneggiato la prevenzione favorendo logiche di convenienza e pratiche commerciali che hanno influenzato negativamente le decisioni politiche, hanno diffuso disinformazione e contribuito a distorcere la percezione pubblica del consumo di alcol.

È auspicabile che *l'Alcohol policy Playbook* possa favorire il cambio di paradigma delle politiche sull'alcol, ripristinando un dovuto riequilibrio in cui la promozione del prodotto non risulti ancora prevalente sulla promozione della salute, spesso a spese della salute pubblica.

Prof. E. Scafato

Direttore Osservatorio Nazionale Alcol

WHO Focal Point & National Counterpart

Istituto Superiore di Sanità

RINGRAZIAMENTI

Il Manuale per le politiche in materia di alcol (*Alcohol policy Playbook*) è il risultato del contributo di numerosi esperti tra cui (in ordine alfabetico) Colin Angus, Bernt Bull, Eric Carlin, Jeffrey Collin, Suzanne Costello, Niamh Fitzgerald, Gerard Hastings, Ben Hawkins, Clive Henn, David Hjern, Erin Hobin, John Holmes, David Jernigan, Daša Kokole, Anne-Marie Laslett, Kathrin Lauber, Kathryn Lovatt, Jim McCambridge, Nicola Merrin, Maria Neufeld, Catherine Paradis, Mark Petticrew, Jürgen Rehm, Dag Rekve, Katherine Robaina, Elisabet Ruiz Cairó, **Emanuele Scafato**, Katherine Severi, Adam Sherk, Kevin Shield, Manouk Smeets, Tim Stockwell, Triinu Täht, Juan Eduardo Tello, Ismo Tuominen, Andre Martin Vujkovic e Wil de Zwart.

L'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa esprime un particolare ringraziamento a Thomas F. Babor, Jim McCambridge, Katherine Robaina e Katherine Severi per il loro fondamentale contributo sia durante la fase di ideazione che di revisione del *Playbook*.

Infine, questa pubblicazione non sarebbe stata possibile senza la consulenza tecnica e i contributi di Gauden Galea, Consulente Strategico, Iniziativa speciale sulle malattie non trasmissibili e l'innovazione, e Carina Ferreira-Borges, Consulente Regionale per l'alcol, le droghe illecite e la salute nelle carceri, Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, Danimarca.



Co-funded by
the European Union

Questa pubblicazione è stata cofinanziata dall'Unione Europea. I suoi contenuti sono di esclusiva responsabilità dell'OMS e non riflettono necessariamente le opinioni dell'Unione Europea.

ABBREVIAZIONI

- AHTO:** *Alcohol's Harm to Others* (i danni dell'alcol agli altri)
- BAC:** *Blood Alcohol Concentration* (concentrazione di alcol nel sangue)
- CAP:** *Community Alcohol Partnerships* (partenariati comunitari per l'alcol)
- CHD:** *Coronary Heart Diseases* (malattie cardiovascolari)
- CSR:** *Corporate Social Responsibility* (responsabilità sociale d'impresa)
- DALY's:** *Disability-Adjusted Life Years* (Anni di vita corretti per disabilità)
- FASD:** *Fetal Alcohol Spectrum Disorders* (Spettro dei disordini feto alcolici)
- PIL:** Prodotto Interno Lordo
- IARC:** *International Agency for Research on Cancer* (Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro)
- IARD:** *International Alliance for Responsible Drinking* (Alleanza Internazionale per il Bere Responsabile)
- MUP:** *Minimum Unit Price* (prezzo minimo unitario)
- NoLo:** *No and Low alcohol* (prodotti a zero o basso contenuto di alcol)
- OMS:** Organizzazione Mondiale della Sanità
- OECD:** *Organization for Economic Cooperation and Development* (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico)
- SAPRO:** *Social Aspects and Public Relations Organizations* (organizzazioni degli aspetti sociali e delle relazioni pubbliche)
- BS:** Bevanda Standard

INTRODUZIONE

Nella Regione Europea dell'OMS gli adulti consumano in media 9,2 litri di alcol puro all'anno, il che li rende i bevitori più irriducibili a livello globale. L'alcol è una delle principali cause di morte, responsabile di quasi 800mila decessi all'anno, in gran parte dovuti a malattie croniche non trasmissibili come malattie cardiovascolari, cancro e malattie del fegato.

Considerato questo impatto significativo, i dibattiti sul consumo di alcol, sui rischi a esso collegati, e sulla formulazione di politiche in materia di alcol, spesso danno origine a una serie di domande.

Chi si occupa di questo argomento cerca risposte a domande sull'impatto dell'alcol sulla salute, sulla natura dei suoi danni, sul potenziale di diverse politiche sull'alcol per ridurre i rischi e i danni e per migliorare la salute pubblica, sull'efficacia delle politiche di tassazione e sui prezzi dell'alcol, e sulle influenze comportamentali dell'etichettatura dell'alcol. Queste domande riflettono considerazioni fondamentali per i portatori di interesse (*stakeholder*) della salute pubblica.

I potenti attori dell'industria degli alcolici hanno preparato risposte standard a queste domande. In modo simile a quanto osservato nel caso di altri prodotti non salutari, come le bibite analcoliche, gli alimenti processati e il tabacco, queste risposte sono fornite da una prospettiva commerciale.

Le risposte standard formano un *playbook*, un "copione" da seguire, che presenta strategie e argomentazioni progettate con l'obiettivo generale di massimizzare i profitti del settore (1).

L'*Alcohol policy Playbook* è una risposta al *playbook* dell'industria dell'alcol. Presenta approfondimenti scientifici per fornire risposte essenziali da una prospettiva di salute pubblica. Riassume ciò che i dati scientifici più recenti rivelano sull'alcol, i suoi impatti e le strategie disponibili per mitigare i danni alla salute pubblica attraverso la sua vendita. Nel fare ciò, il *Playbook* fornisce anche un'analisi critica delle affermazioni dell'industria dell'alcol sull'impatto dei suoi prodotti sulla salute e il benessere delle persone.

Costituisce uno strumento per coloro che desiderano prendere decisioni informate sulla salute pubblica in merito all'alcol.

L'*Alcohol policy Playbook* trae ispirazione dal *Tobacco control Playbook* (2), che evidenzia le sfide affrontate dai sostenitori del controllo del tabacco nell'implementazione della *Framework Convention on Tobacco Control* dell'OMS (3) e suggerisce argomentazioni basate sulle evidenze per superare queste sfide. Questo perché ci sono sorprendenti somiglianze tra le industrie del tabacco e dell'alcol nei loro approcci alla scienza, alla politica e al modo in cui contrastano le argomentazioni basate sulla salute pubblica (4).

L'*Alcohol policy Playbook* è stato sviluppato a vantaggio di tre gruppi di importanti parti interessate: (i) funzionari governativi coinvolti nell'elaborazione, implementazione, valutazione, applicazione e monitoraggio delle politiche sull'alcol; (ii) organizzazioni della società civile, tra cui organizzazioni non governative che lavorano nel campo della promozione delle politiche, e sostenitori e leader delle

comunità locali; e (iii) la comunità della sanità pubblica, che comprende professionisti medici, operatori sanitari, accademici e ricercatori coinvolti nello studio del consumo di alcol, dei danni e delle politiche.

Si spera che *l'Alcohol policy Playbook* possa essere una risorsa utile per tutti coloro che sono coinvolti nell'attuazione del *Quadro europeo d'azione sull'alcol (2022-2025)* (5) e del *Piano d'azione globale sull'alcol (2022-2030)* (6) per realizzare efficacemente la strategia globale di riduzione del consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica (7) adottata dall'Assemblea Mondiale della Sanità (*World Health Assembly*) nel maggio 2022.

Attori chiave nelle politiche sull'alcol: industria e comunità della salute pubblica

L'industria dell'alcol e la comunità della salute pubblica sono i due principali attori rappresentati nell'*Alcohol policy Playbook*, coinvolti nel dibattito pubblico sui problemi relativi all'alcol, che solitamente forniscono argomentazioni contrastanti sulle politiche dell'alcol a politici, decisori politici, media e pubblico generale.

L'industria dell'alcol

La Tabella 1 mostra i principali segmenti dell'industria europea delle bevande alcoliche, che include i principali produttori di birra, vino e distillati, nonché le loro reti di distribuzione e rivendita.

Tabella 1. Principali segmenti dell'industria europea delle bevande alcoliche

I maggiori produttori	AB (Anheuser-Busch) InBev Gruppo Asahi Carlsberg Heineken Kirin Europe Molson Coors Europa	Bacardi Beam Suntory Brown-Forman Diageo Gruppo Campari Moët Hennessy Pernod Ricard Rémy Cointreau
Associazioni di categoria	Assobirra Birrai d'Europa Birra e Associazione di pub britannici Cerveceros de Espana	Comitato europeo delle imprese vinicole Associazione del whisky scozzese spirits <i>EUROPE</i> (ex <i>European Spirits Organization</i>) Associazione di Commercio di vini e liquori
I SAPROs	Forum europeo per il consumo responsabile di bevande alcoliche (ex Gruppo di Amsterdam) Fondazione Alcohol y Sociedad Alleanza internazionale per il consumo responsabile di bevande alcoliche (ex Centro internazionale per le politiche sull'alcol) Gruppo Portman Vino con moderazione	
Gruppi di ricerca	Fondazione per la ricerca sul vino e l'alimentazione <i>Institut de recherches scientifiques sur les boissons</i>	

Le associazioni di categoria e le organizzazioni per gli aspetti sociali e le relazioni pubbliche (*Social Aspects and Public Relations Organizations - SAPROs*), che sono finanziate per promuovere gli interessi dell'industria (8–11), sono anch'esse incluse nella tabella in quanto spesso agiscono di concerto quando gli interessi finanziari dei produttori sono percepiti come compromessi.

Negli ultimi due decenni le multinazionali, molte delle quali con sede in Europa, hanno concentrato il mercato nel settore della birra e delle bevande al malto, acquistando aziende locali e birrifici regionali. L'industria degli alcolici distillati è diventata più concentrata e il consolidamento si è verificato anche, in misura minore, nell'industria vinicola (12).

In senso più ampio, l'industria dell'alcol include i proprietari di punti di ristoro locali e di attività turistiche e di intrattenimento, come bar, ristoranti, club e hotel. Sono inclusi anche negozi, supermercati e altri rivenditori che vendono e consegnano alcolici con ordini telefonici e/o acquisti online. Un altro gruppo, sebbene non direttamente sotto il controllo dei produttori di alcolici o di entità correlate, è costituito dai settori pubblicitari, di marketing e di altri settori commerciali che dipendono in modo sostanziale dai finanziamenti dell'industria dell'alcol. In questo documento l'industria dell'alcol è intesa come i principali produttori, le associazioni di categoria e i SAPRO, in particolare le organizzazioni con sede in Europa elencate nella Tabella 1. Queste organizzazioni agiscono principalmente a livello transnazionale e le aziende sono responsabili di una quota significativa della produzione e distribuzione di prodotti alcolici nella Regione Europea dell'OMS.

La comunità della salute pubblica

Una serie di organizzazioni serve l'interesse pubblico in questioni relative alla politica sull'alcol. Tra queste rientrano organizzazioni non governative che operano a livello nazionale e internazionale, associazioni di professionisti medici e operatori della sanità pubblica e organizzazioni intergovernative, tra cui l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, agenzie governative e centri di ricerca coinvolti nella sorveglianza della sanità pubblica e nella ricerca sulle politiche.

Approccio e struttura

L' Alcohol policy Playbook è una risorsa esaustiva che esamina gli argomenti chiave relativi all'alcol che si trovano ad affrontare le parti interessate. È diviso in due sezioni: la prima si concentra sull'alcol, la relazione con la salute, i danni e i costi associati al consumo; la seconda sulle principali politiche sull'alcol delineate dall'OMS, valutandone l'efficacia e l'importanza nel migliorare e proteggere la salute pubblica.

La struttura di ogni sezione è per:

- rispondere a domande comuni che coinvolgono le parti interessate su argomenti alcol-correlati;
- presentare le affermazioni e le argomentazioni prevalenti dell'industria dell'alcol in risposta a queste domande; e
- contrastare le affermazioni dell'industria con una posizione scientifica, presentando i dati più recenti e le risposte a queste domande basate sulle evidenze.

Per ogni domanda, la prospettiva dell'industria degli alcolici viene messa a confronto con le evidenze scientifiche raccolte dalla comunità della salute pubblica.

Per descrivere la posizione dell'industria degli alcolici, le informazioni sono state raccolte dalla letteratura scientifica, principalmente utilizzando l'analisi delle argomentazioni pubbliche dell'industria a varie consultazioni politiche. Questa letteratura è stata integrata da documenti di settore pertinenti, relazioni pubbliche e siti web organizzativi.

Le prospettive sulla salute pubblica sono state documentate attraverso una vasta gamma di fonti, tra cui articoli accademici, revisioni sistematiche, editoriali, commenti, articoli di giornale, libri e relazioni di comitati di esperti associati a organizzazioni nazionali e internazionali.

Il *Playbook* non copre tutte le possibili politiche sull'alcol. Ad esempio, mentre le politiche sulla disponibilità possono includere un'ampia gamma di interventi, come il sistema delle licenze nazionali, le restrizioni sulla densità dei punti vendita, le limitazioni sugli orari e sui giorni di vendita, i requisiti di età minima, i divieti in contesti specifici e la formazione obbligatoria per camerieri e venditori, questa pubblicazione si concentra su un sottoinsieme selezionato.

Allo stesso modo, la sezione sulle politiche di marketing si concentra sul marketing mirato ai giovani, anche se le pratiche di marketing si estendono ben oltre. Nel complesso, gli interventi selezionati presentati nel *Playbook* sono quelli che i decisori politici potrebbero essere più frequentemente chiamati ad affrontare nei loro processi decisionali.

Il *Playbook* è stato sottoposto a diversi cicli di revisione esterna, anche attraverso riunioni tecniche di esperti convocate dall'OMS, per discutere della sua fruibilità e per identificare lacune e aree per collaborazioni future per proteggere le politiche sull'alcol orientate alla salute pubblica dalle interferenze commerciali.

Alcol

Il manuale per la politica sull'alcol

1. Alcol - danni, salute e costi

Questa sezione affronta questioni chiave sulla natura dell'alcol, la sua relazione con la salute, i danni e i costi associati al suo consumo. Queste domande sono fondamentali per un argomento più ampio affrontato assiduamente dalle parti interessate e che sarà al centro della prossima sezione: le politiche sull'alcol sono benefiche per la salute pubblica? In questa prima sezione mettiamo a confronto le risposte dell'industria dell'alcol con quelle della comunità della salute pubblica per fornire una prospettiva completa su questi aspetti critici.



1.1. Alcol e danni

1.1.1. Chi subisce i danni correlati all'alcol?

Secondo l'industria degli alcolici

Tipicamente i rappresentanti dell'industria degli alcolici descrivono i problemi legati all'alcol come limitati a una piccola minoranza di bevitori problematici (13,14) e focalizzano l'attenzione sui gruppi che "abusano" di alcol (15). I materiali prodotti dall'industria implicano che il danno possa essere associato a determinate popolazioni in determinate fasi della vita, ma sottolineano che la maggior parte delle persone non sperimenta problemi seri (16). Così facendo, l'industria promuove l'idea che le conseguenze correlate all'alcol siano principalmente modellate dal comportamento individuale, minimizzando le influenze sistemiche; sottolinea la responsabilità personale e sostiene che il danno da alcol sia limitato a coloro che agiscono in modo irresponsabile (11,14,17,18).

Secondo la comunità della salute pubblica

I danni causati dall'alcol sono diffusi tra la popolazione e possono essere subiti sia da chi beve che da chi non consuma alcolici.

Nel caso delle persone che consumano alcol le evidenze recenti indicano che, sia per quanto riguarda i danni alla salute che quelli sociali, il rischio esiste anche a bassi livelli di consumo (19–22). Per esempio, nell'Unione Europea, si stima che il consumo di alcol sia la causa del 17% dei sette tipi di cancro alcol-correlati. Un consumo di alcol da leggero a moderato (meno di 20g di alcol puro al giorno) è stato associato al 13,3% di questi casi, equivalente a quasi 23.000 nuovi casi di cancro nel 2017 (19,23). Per quanto riguarda i danni sociali la letteratura è più scarsa ma, nonostante ciò, gli studi fino a oggi hanno dimostrato che il 10% dei bevitori che consumano più alcol in termini di volume è responsabile di meno della metà dei problemi correlati all'alcol, come l'assenteismo dal lavoro (24), le liti e le risse dovute all'alcol (25). Quindi, i danni sociali associati al bere sono attribuibili, in diversa misura, sia ai forti bevitori che ai bevitori ordinari (26).

Oltre a coloro che consumano alcol, altre persone, tra cui bambini, famiglie e comunità, possono subire danni causati dall'alcol. Mentre la decisione di bere può spesso essere personale, coloro che sono colpiti dai danni causati dall'alcol ad altri (*Alcohol's Harm To Others* - AHTO) di solito non possono scegliere (27,28). In uno studio australiano condotto nel 2021, circa un terzo di tutti gli adulti ha subito danni a causa dell'alcol consumato da parte di altre persone; donne, giovani e forti bevitori erano a maggior rischio di danno e, a causare il danno, erano più spesso persone che essi conoscevano piuttosto che estranei (29). I dati europei più recenti (del 2021), che coprono 39.629 intervistati da 32 paesi europei, dimostrano che l'AHTO colpisce in modo sproporzionato le donne e le persone con redditi bassi (30).

Nel complesso, l'AHTO costituisce una parte sostanziale del carico di malattia alcol-attribuibile (31).

In termini generali, nessuna quantità di alcol è esente da rischi. La ricerca mostra che la maggior parte dei bevitori è sottoposta a qualche livello di rischio di subire danni alcol-correlati (19,26,32).

1.2. Alcol e salute

1.2.1. L'uso di alcol comporta benefici per la salute?

Secondo l'industria degli alcolici

Negli ultimi decenni l'industria dell'alcol ha costantemente promosso l'idea che il "bere moderato" - spesso definito in modo vago - si adatti perfettamente a uno stile di vita sano (13,18). Per oltre 30 anni il loro messaggio è stato chiaro: l'alcol può essere salutare, principalmente riducendo il rischio di malattia coronarica (33).

Questa narrazione continua al giorno d'oggi, con l'industria che sottolinea potenziali benefici per la salute come la riduzione del rischio di malattie cardiovascolari, diabete e ictus (si vedano per esempio 34, 35). Ciò viene spesso fatto elogiando sistematicamente la ricerca che supporta i benefici per la salute di un consumo moderato di alcol, mentre critica duramente o omette studi che sono scettici su questa posizione (36,37). L'industria sottolinea spesso anche l'idea che l'alcol possa giovare alla salute contribuendo al benessere generale, attraverso i suoi benefici sociali e il piacere che dà.

Secondo la comunità della salute pubblica

Per molti anni studi osservazionali hanno suggerito che, rispetto agli "astemi", i "bevitori moderati" hanno una mortalità e una morbilità inferiori in una varietà di condizioni patologiche (38–41). Tuttavia, l'analisi dei dati di più studi rivela importanti difetti in quelli che sono giunti a questa conclusione (42–44).

Un problema chiave è il modo in cui gli studi definiscono gli astemi: la maggior parte, infatti, confronta i bevitori moderati con gli astemi attuali. Poiché gli astemi attuali includono i "malati che smettono di bere" (ovvero ex bevitori che hanno smesso o ridotto notevolmente il loro consumo di alcol a causa di problemi di salute), l'inclusione di questi partecipanti nel gruppo degli astemi porta a conclusioni secondo cui i bevitori moderati sembrano essere più sani. Quando gli ex bevitori e i bevitori occasionali vengono rimossi dal gruppo degli astemi, eliminando il "bias (pregiudizio) dell'astemio", gli studi trovano solo relazioni attenuate o non significative tra il consumo a basso volume e gli effetti protettivi per le malattie cardiovascolari (42,44–47).

Il *bias* dell'astensione si accumula con l'avanzare dell'età della coorte, risultando più pronunciato nelle coorti reclutate con più di 55 anni di età (46–48).

La Federazione Mondiale Cardiologia - *World Heart Federation* (33) ha suggerito che ci sono molte ragioni per mettere in discussione le idee popolari secondo cui il consumo di alcol fa bene alla salute cardiovascolare:

- Tali evidenze si basano principalmente su studi osservazionali.
- I confronti con le persone che non consumano alcol sono spesso confusi da ragioni sociali, culturali, religiose e mediche per non bere, ovvero fattori che possono influenzare la loro salute generale indipendentemente dal consumo di alcol.
- Gli studi sono stati condotti prevalentemente su pazienti anziani (oltre i 55 anni di età) e popolazioni caucasiche.
- Alcuni studi che dimostrano effetti positivi sono finanziati dall'industria dell'alcol.

Sebbene il rischio ridotto di alcune malattie cardiovascolari tra i bevitori moderati si riscontri abbastanza frequentemente negli anziani, studi recenti suggeriscono che è probabile che questi risultati riflettano fattori confondenti residui, come il fatto che gli astemi a vita spesso hanno una salute peggiore a causa di condizioni preesistenti e affrontano maggiori svantaggi socioeconomici rispetto ai bevitori moderati e occasionali, con queste disparità che si accumulano nel corso della vita (48,49). Allo stesso tempo, studi provenienti da Cina e India non sono riusciti a replicare i risultati di un effetto protettivo del bere moderato sulle malattie cardiovascolari (50,51). Inoltre, studi che utilizzano nuove tecniche genetiche hanno trovato solo associazioni dannose tra consumo di alcol e malattie cardiovascolari e ictus (52) - in altre parole, non vi è alcuna prova di un effetto protettivo dell'alcol sulle malattie cardiovascolari in questo tipo di studio (53). Presi insieme, questi studi richiedono una rivalutazione dell'idea che il consumo di alcol possa essere benefico per la salute.

Infine, recenti ricerche suggeriscono che le piccole riduzioni dei danni alla salute associati a bassi livelli di consumo di alcol per alcune condizioni di salute sono controbilanciate dall'aumento del rischio di altri danni alla salute, tra cui il cancro, che si verificano alle stesse dosi (21,44,54,55). Non è possibile stabilire un livello sicuro di consumo di alcol per la salute (19) e le persone dovrebbero essere informate del fatto che meno alcol è meglio per il rischio complessivo di cancro (56).

1.2.2. L'uso di alcol provoca il cancro?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria dell'alcol tende a rappresentare il cancro come una malattia multiforme con numerose cause e fattori, sottolineandone la complessità e promuovendo anche argomenti di causalità alternativi per contestare i collegamenti indipendenti tra alcol e cancro (57,58). Spesso contesta le evidenze scientifiche che collegano l'alcol al cancro, affermando che l'associazione è "scientificamente discutibile" (58). Quando il rischio è riconosciuto da fonti del settore, viene spesso minimizzato ed elencato insieme ad altri fattori di rischio, oscurando e creando incertezza sul collegamento causale tra consumo di alcol e rischio di cancro (59,60).

Secondo la comunità della salute pubblica

Esistono forti e coerenti evidenze causali che collegano il consumo di alcol al rischio complessivo di cancro. L'alcol è classificato come cancerogeno di Gruppo 1, il che significa che ci sono prove sufficienti per concludere che può causare il cancro negli esseri umani (61). Questa classificazione è stata fatta per la prima volta nel 1988 dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (*International Agency for Research on Cancer - IARC*) dell'OMS, sulla base di rigorose procedure di valutazione delle evidenze (62). Nel 2009, il Gruppo di lavoro sulle monografie della IARC ha nuovamente esaminato le evidenze epidemiologiche, i biotest sugli animali e i dati meccanicistici e altri dati rilevanti per confermare le conclusioni riguardanti il rischio cancerogeno del consumo di alcol (61).

Il consumo di alcol svolge un ruolo causale in diversi tipi di cancro, tra cui quello al seno nelle donne, al colon, al fegato, all'esofago, alla cavità orale, alla laringe e all'orofaringe (63).

Nella Regione Europea dell'OMS, circa 180.000 casi di cancro e quasi 92.000 decessi per cancro sono stati causati dall'alcol nel 2018 (63).

Esistono quattro meccanismi principali che contribuiscono al modo in cui l'alcol provoca il cancro:

- **Acetaldeide.** L'alcol viene convertito in acetaldeide nel corpo, principalmente nel fegato, ma anche nell'intestino e in bocca. L'acetaldeide può causare il cancro danneggiando il DNA e impedendo alle cellule di riparare questo danno.
- **Cambiamenti ormonali.** Gli ormoni agiscono come messaggeri importanti nel corpo e possono regolare la crescita e la divisione cellulare. L'alcol può modificare i livelli di ormoni come gli estrogeni o l'insulina.
- **Stress ossidativo indotto dall'alcol.** L'assunzione cronica di alcol può indurre stress ossidativo, che danneggia il DNA e ne ostacola la riparazione; esso è stato collegato alla cancerogenesi indotta dall'alcol in vari organi.
- **Deplezione di folati e metilazione del DNA.** L'alcol in sé e uno stile di vita malsano correlato al consumo di alcol causano carenza di folati, che a sua volta compromette la metilazione del DNA. La carenza di folati è associata, tra gli altri, al cancro del colon-retto (63,64).

Tutti i tipi di bevande alcoliche sono causalmente collegati al cancro, con il composto cancerogeno primario che è l'etanolo. Il rischio complessivo di cancro da alcol è lineare: più si beve, più aumenta il rischio, e le evidenze dimostrano che non esiste un livello sicuro di consumo di alcol per il rischio di cancro (19,20,65).

1.3. Alcol e costi

1.3.1. Le restrizioni della salute pubblica applicate all'industria degli alcolici rischiano di avere conseguenze economiche significative?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria degli alcolici sottolinea i suoi contributi finanziari ai governi nazionali e subnazionali, principalmente attraverso la tassazione e, in alcune giurisdizioni, attraverso la partecipazione statale alla vendita all'ingrosso e al dettaglio di alcolici (si veda per esempio 66). Le vendite di alcolici destinati all'esportazione e la creazione di posti di lavoro sono citate dall'industria degli alcolici come ulteriori contributi all'economia più ampia. In modo critico, le voci dell'industria mettono in guardia contro le misure di salute pubblica, affermando che gli interventi, quali quelli sugli orari di vendita, le tasse sulle licenze, le restrizioni di marketing e la tassazione, potrebbero mettere a repentaglio gli interessi economici e le entrate governative (67,68).

In particolare, per quanto riguarda le politiche sui prezzi, l'industria suggerisce che è essenziale bilanciare gli obiettivi di salute pubblica con il mantenimento delle entrate governative, la protezione dei posti di lavoro nell'industria e la promozione delle esportazioni e del commercio. Gli enti e le organizzazioni di settore sottolineano che le elevate imposte (tasse) sull'alcol minacciano il loro successo economico (69–71).

Secondo la comunità della salute pubblica

Mentre la produzione e la vendita di alcolici tipicamente generano entrate per i governi tramite la tassazione e, a volte, la partecipazione alla vendita di alcolici all'ingrosso e al dettaglio, i danni risultanti causati dall'uso di alcolici rappresentano un onere ingente per le economie nazionali in tutto il mondo. In alcuni casi, è stato dimostrato che questi oneri finanziari imposti ai governi superano le entrate generate. Per esempio, uno studio del 2020 ha rilevato che in Canada, sebbene i governi canadesi abbiano generato 13,3 miliardi di dollari canadesi di entrate dalle vendite di alcolici, il costo sociale dell'uso di alcolici nello stesso anno è stato di 19,7 miliardi di dollari canadesi, con conseguente deficit annuo netto di 6,4 miliardi di dollari canadesi (72). Considerando una Bevanda Standard (BS), ciò equivale a un deficit di 0,38 dollari canadesi per ogni bevanda venduta.

Esiste una letteratura sostanziale e crescente che stima i costi economici per la società causati dall'uso di alcol. Per esempio, una revisione sistematica e un'analisi effettuata da PROSPERO (*International prospective register of systematic reviews*) nel 2021 ha identificato 29 studi con stime dei costi sociali dell'alcol (73). Tale analisi, che aggrega studi di 29 paesi principalmente ad alto reddito, ha mostrato che, se fossero inclusi tutti i danni causati dall'alcol, il costo sociale dell'uso di alcol espresso come percentuale del Prodotto Interno Lordo (PIL) nazionale sarebbe del 2,6%. Negli Stati Uniti, uno studio del 2015 di Sacks et al. (74) ha stimato che, nel 2010, l'uso eccessivo di alcol è stato responsabile di 249,0 miliardi di dollari di costi, di cui

100,7 miliardi di dollari (40,4%) erano a carico del governo. Considerando una BS, il costo è stato di 2,05 dollari per BS, di cui 0,828 dollari erano il costo sociale pagato dal governo. In Canada, un'iterazione più recente dello studio ha riportato un costo sociale causato dall'alcol di 49,1 miliardi di dollari canadesi nel 2020 (75). Uno studio del 2016 di Kopp e Ogrodnik (76) ha stimato un costo sociale causato dall'alcol di 118 miliardi di euro in Francia, mentre lo studio di Thavorncharoensap et al. (2010) (77) ha stimato un costo sociale di 156 105,4 milioni di Baht in Thailandia nel 2006, che equivaleva all'1,99% del PIL del paese in quell'anno. Oltre a questi esempi, altri studi concordano nel segnalare che l'uso di alcol comporta costi sostanziali sostenuti dalle società in tutto il mondo.

Non ci sono studi accademici che abbiano quantificato l'impatto economico complessivo della produzione, vendita, uso e danni dell'alcol. Uno studio del genere dovrebbe tradursi in uno studio esaustivo che ricomprenda i ricavi generati da tutte le entità private e pubbliche coinvolte nell'industria dell'alcol, nonché i costi sociali e privati sostenuti a causa dell'uso di alcol. Un tale impegno ricomprenderebbe l'esame del reindirizzamento del capitale finanziario produttivo verso industrie con un profilo sanitario più positivo. In generale, è probabile che una frazione sostanziale dei profitti dell'alcol venga accumulata dalle aziende e dai produttori di alcolici piuttosto che dal settore pubblico. Quando si considera come coprire i costi causati dal consumo di alcol, è invece più probabile che accada il contrario: i costi causati dall'alcol saranno in gran parte sostenuti dalla società.

Le politiche di controllo dell'alcol che portano a una riduzione del consumo possono avere notevoli benefici economici per le economie nazionali, poiché affrontano il deficit pubblico di alcol, ovvero la discrepanza tra i ricavi derivanti dall'alcol e i costi sociali associati ai danni alcol-correlati.

In primo luogo, queste politiche contribuiscono a una diminuzione dei danni causati dall'alcol, con conseguente riduzione delle perdite economiche dovute alla perdita di produttività dovuta a decessi e ricoveri ospedalieri e minori costi sanitari. Un importante esempio di ciò è la significativa riduzione dei decessi totalmente alcol-attribuibili che ha seguito l'implementazione del prezzo minimo unitario (*Minimum Unit Price* - MUP) dell'alcol nel Regno Unito (Scozia) nel 2018 (78).

In secondo luogo, la riduzione delle vendite di alcolici che deriva da un aumento dei prezzi e delle tasse sugli alcolici non ha necessariamente effetti economici negativi. È probabile che i consumatori reindirizzino la loro spesa verso altri beni e servizi, mentre i governi possono riallocare i risparmi derivanti dai minori costi alcol-attribuibili a servizi pubblici aggiuntivi (79).

In terzo luogo, i ricercatori del *Fraser of Allander Institute* hanno stimato che il 10% di aumento delle imposte sugli alcolici nel Regno Unito porterebbe a un calo dell'1,1% nelle vendite di alcolici e, a sua volta, alla perdita di 7.000 posti di lavoro nel settore degli alcolici. Tuttavia, reinvestire le entrate fiscali nei servizi pubblici potrebbe comportare la creazione di ulteriori 17.000 posti di lavoro equivalenti a tempo pieno, compensando le perdite del settore (80).

Infine, le valutazioni suggeriscono che l'introduzione del MUP nel Regno Unito (Scozia) non ha avuto un impatto negativo significativo sulla *performance* economica dell'industria degli alcolici (81). Gli studi suggeriscono che i piccoli rivenditori erano ampiamente soddisfatti della politica, con alcuni che hanno persino segnalato un aumento delle vendite (82,83).

L'uso di alcol comporta spese pubbliche significative e perdite economiche nei settori dell'assistenza sanitaria, della giustizia penale e perdita economica della produzione. Quando si effettua una contabilità completa delle entrate governative e dei costi sociali, è tipico che le nazioni si trovino in deficit dovuto all'alcol. Misure di controllo dell'alcol ben progettate e implementate, come strategie di prezzo e di tassazione, restrizioni sulla disponibilità e riduzioni di marketing e pubblicità, possono avere l'effetto di rafforzare le economie nazionali migliorando i bilanci governativi e, allo stesso tempo, la salute e il benessere dei cittadini.

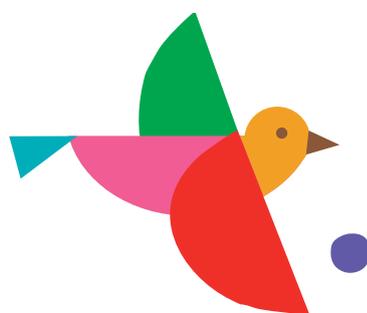
Nel complesso, le recenti politiche di controllo dell'alcol hanno il potenziale di apportare benefici sia in termini di salute pubblica che economici.

Alcol

Il manuale per la politica sull'alcol

2. Politiche per ridurre i danni da alcol

Quello che segue è una panoramica delle principali politiche di interesse per l'OMS, come precedentemente illustrati nella *Strategia globale per ridurre l'uso dannoso di alcol* (7), nel *Piano d'azione globale sull'alcol (2022-2030)* (6) e nel *Quadro d'azione europeo sull'alcol (2022-2025)* (5). Per ogni questione politica, vengono affrontate domande specifiche e comuni sull'efficienza, l'utilità e la necessità delle raccomandazioni, confrontando le opinioni generalmente sostenute dall'industria dell'alcol con le evidenze scientifiche raccolte dalla comunità della sanità pubblica. L'obiettivo è quello di permettere ai decisori politici una comprensione approfondita di questi interventi cruciali che spesso devono affrontare. In particolare, la sezione affianca l'impostazione delle questioni da parte dell'industria per opporsi alle politiche sull'alcol, con le evidenze a sostegno delle raccomandazioni frequentemente discusse dall'OMS. Queste includono le politiche sui prezzi e sulla tassazione dell'alcol, i controlli sulla disponibilità, le restrizioni del marketing, i requisiti dell'etichettatura, gli interventi sull'alcol alla guida e i prodotti a zero o a basso contenuto di alcol (*No and Low alcohol - NoLo*).



2.1. Prezzi degli alcolici e politiche di tassazione

2.1.1. Aumentare il prezzo dell'alcol può aiutare a ridurre il danno?

Secondo l'industria degli alcolici

Secondo gli enti dell'industria degli alcolici, i forti bevitori sono meno sensibili all'aumento del prezzo, mentre misure come le accise e il MUP influenzano in modo sproporzionato i consumatori moderati di alcol (84,85). Essi affermano che tali politiche non possono ridurre efficacemente i danni correlati all'alcol (85) e spesso esprimono le loro preoccupazioni in termini emotivi, descrivendo queste misure come costi inutili per i consumatori di alcol responsabili e per il commercio (67,86). Nel complesso, le argomentazioni, spesso sostenute dai rappresentanti del settore, sollevano interrogativi sull'efficacia degli interventi sui prezzi nell'affrontare i problemi legati all'alcol.

Secondo la comunità della salute pubblica

Solide evidenze internazionali dimostrano che le politiche di tassazione e di prezzo dell'alcol sono costo-efficaci nel ridurre il consumo di alcol e i danni alcol-correlati (87–94).

L'aumento delle accise sulle bevande alcoliche è elencato come una politica di "miglior acquisto" (best buy) nel piano d'azione dell'OMS contro le malattie non trasmissibili (95). *Il piano d'azione globale sull'alcol (2022–2030)* (6) include, ove appropriato nei contesti nazionali, l'attuazione di interventi e strategie efficaci e ad alto impatto, supportati da misure legislative, tra cui l'accessibilità economica (*affordability*) delle bevande alcoliche, attraverso adeguate politiche di tassazione e prezzo. Le politiche basate sulle evidenze includono le accise e le politiche di prezzo minimo unitario, il MUP, ovvero la definizione di un "prezzo minimo" per unità (per SD, Standard Drink/Unità Alcolica, o per grammo) di alcol per contrastare i danni associati a prodotti alcolici più economici (93).

Le accise sugli alcolici si presentano in varie forme, tra cui imposte *ad valorem* (basate sul valore del prodotto), imposte unitarie (sul volume del prodotto) e imposte volumetriche (sul contenuto alcolico del prodotto). Queste forme di imposte sono spesso utilizzate in combinazione. Tra queste, la tassazione volumetrica si distingue come il metodo più efficace per ridurre il consumo e i danni alcol-correlati (96,97). Essa pone l'attenzione ai prodotti a più elevato contenuto alcolico, che sono associati a maggiori danni, assicurando che i "forti" bevitori, che consumano di più, contribuiscano maggiormente alle tasse rispetto ai bevitori "più leggeri" (98). Al contrario, la tassazione *ad valorem* può consentire che i prodotti ad alta gradazione siano venduti a basso prezzo, aumentando potenzialmente il consumo, soprattutto tra i gruppi socioeconomici più bassi, i giovani e tra i consumatori episodici eccessivi. Inoltre, la tassazione *ad valorem* è meno efficace nel limitare il consumo di alcol tra coloro che in genere optano per prodotti alcolici più economici. Tuttavia, il limite di tutte le forme di tassazione sta nella possibilità che i rivenditori assorbano i costi fiscali invece di trasferirli ai consumatori, spesso attraverso tattiche, quali forti sconti o vendite sottocosto, per attrarre i clienti (99).

I punti seguenti riassumono le evidenze sulle politiche di prezzo e tassazione:

- Secondo l'OMS, l'aumento delle accise sull'alcol è considerato uno degli interventi politici più efficaci (93).
- Sebbene le stime esatte varino da studio a studio, in generale, secondo gli economisti, a un aumento dell'1% del prezzo dell'alcol corrisponde un calo dello 0,44% nelle vendite o nel consumo di alcol auto-riferito (90).
- Le attuali aliquote fiscali non dovrebbero essere abbassate. Quando la Finlandia ha ridotto la tassa sull'alcol nel 2004, i tassi di mortalità per malattie epatiche alcol-correlate sono aumentate del 46% (100).
- Nella Columbia Britannica, in Canada, gli aumenti del prezzo minimo dell'alcol sono stati associati a una riduzione del consumo di alcol, della guida in stato di ebbrezza e dei ricoveri ospedalieri alcol-correlati (101).
- Una recente revisione sistematica ha trovato numerose evidenze a favore del fatto che le politiche MUP sono efficaci nel ridurre i ricoveri ospedalieri e le ospedalizzazioni alcol-correlate (102).
- La valutazione dell'impatto del MUP nel Regno Unito (Scozia) mostra un calo sostenuto del consumo di alcol negli anni successivi alla sua introduzione; ulteriori rapporti dimostrano riduzioni nella spesa settimanale di alcol per le famiglie che ne hanno acquistato di più (103).

Negli ultimi anni, si è posta molta attenzione alle politiche sul prezzo minimo, che stabiliscono un prezzo base per la vendita dell'alcol, impedendone la vendita al di sotto di tale soglia. Queste politiche sono specificamente mirate a prodotti alcolici economici con un alto contenuto alcolico, come il sidro, il vino sfuso e la vodka, che sono solitamente venduti nei negozi di alcolici e nei supermercati. Questi tipi di bevande sono spesso preferite da coloro che consumano molto alcol (93,104–107).

La ricerca suggerisce che questo approccio porta a maggiori riduzioni del consumo tra i "forti bevitori" e a riduzioni minori tra i bevitori "più moderati" (103,108). In particolare, le politiche di prezzo minimo in genere non influenzano i prezzi negli esercizi commerciali come pub e bar, dove le bevande sono generalmente più costose. A differenza della tassazione, il prezzo minimo non genera entrate per il governo per compensare i costi alcol-correlati (assistenza sanitaria, perdita di produttività, giustizia penale, ecc.). Una politica simile, nota come imposta minima sulle accise, è impiegata per il tabacco in alcuni paesi, garantendo entrate aggiuntive per i governi (93). Tuttavia, questo approccio non è stato ancora applicato per l'alcol.

Il rapporto finale di sanità pubblica, nei 32 mesi di implementazione del MUP in Scozia (Regno Unito), ha rilevato una riduzione significativa del 13% dei decessi totalmente alcol-attribuibili rispetto alle stime di ciò che ci si sarebbe aspettato se la legislazione non fosse stata implementata (78). Inoltre, si è registrato un calo del 4% nei ricoveri ospedalieri totalmente alcol-attribuibili, non significativo. L'uso di uno studio controllato di serie temporali interrotte ha permesso di dedurre che gli impatti stimati erano effetti causali plausibilmente attribuibili alla legislazione sul prezzo minimo.

La tassazione volumetrica e il MUP dimostrano i loro effetti più sostanziali sui forti bevitori, mentre esercitano un'influenza molto minore su coloro che consumano alcol a livelli bassi o moderati (98,105, 108–111). Piuttosto che essere viste come misure politiche reciprocamente esclusive, la tassazione volumetrica e il MUP possono essere considerate strategie complementari (112). Questo approccio consente al governo di mantenere le entrate dalle tasse massimizzando al contempo la riduzione dei danni alcol-correlati (97,98). Inoltre, riassegnare queste entrate ai servizi sanitari e sociali come "tasse sanitarie" (112) aiuta a compensare i costi sostanziali associati alla mortalità e morbilità alcol-correlate. Le evidenze provenienti dal Regno Unito (Scozia) suggeriscono che i benefici in termini di riduzione della pressione sui servizi potrebbero non evidenziarsi se il prezzo minimo è troppo basso (113).

2.1.2. Le politiche di tassazione e di prezzo dell'alcol sono regressive e discriminatorie?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria dell'alcol tende a opporsi alle politiche di prezzo e tassazione definendole regressive e che prendono di mira i consumatori di alcol meno abbienti (13,114). Ad esempio, le osservazioni dell'industria alla *National Alcohol Strategy* australiana e alla consultazione dell'OMS sul Piano d'Azione Globale sull'alcol sostenevano che tali politiche avrebbero avuto un impatto sproporzionato e ingiusto sulle persone appartenenti a gruppi socioeconomici più svantaggiati (18,37).

Secondo la comunità della salute pubblica

Mentre i gruppi socioeconomici più svantaggiati hanno generalmente tassi di consumo più bassi, paradossalmente sperimentano tassi più elevati di morbilità e mortalità alcol-correlate (115,116). Le politiche sui prezzi dell'alcol riducono il consumo dei forti bevitori in tutte le fasce di reddito, e coloro che sono più svantaggiati sperimentano i maggiori benefici per la salute, rendendo l'accessibilità economica dell'alcol un passo importante per la riduzione delle disuguaglianze sanitarie e sociali.

Una politica può essere considerata regressiva se fa sì che coloro che guadagnano meno perdano una quota maggiore di potere di acquisto rispetto a coloro che guadagnano di più. È evidente che, per consumare la stessa quantità, i gruppi a basso reddito dovrebbero spendere una quota maggiore del loro reddito per l'alcol. Tuttavia, ciò presuppone che gruppi di reddito diversi spendano la stessa quantità di reddito per l'alcol, il che non è supportato dalle evidenze. La ricerca mostra che le persone con redditi più bassi, come popolazione bevono meno (116) e, quando si esamina la spesa totale delle famiglie, l'alcol rappresenta una quota minore rispetto alla spesa delle famiglie con redditi più alti (117,118). Ciò suggerisce che le tasse sull'alcol sono più migliorative che regressive (109,117,119). Allo stesso modo, Holmes et al. (108) forniscono evidenze che dimostrano che il MUP riduce il consumo di alcol tra i consumatori dannosi a basso reddito, ma ha scarso effetto sui consumatori moderati a basso reddito.

La ricerca suggerisce che l'aumento dei prezzi degli alcolici può avvantaggiare maggiormente i gruppi a basso reddito, contribuendo così ad alleviare la potenziale regressività. Gli studi indicano che le politiche sui prezzi dell'alcol possono ridurre le disuguaglianze sanitarie tra i livelli di reddito (98). Ad esempio, nel Regno Unito (Inghilterra), il MUP è risultato essere la politica più efficace nel ridurre la disuguaglianza nei decessi alcol-correlati, seguito dalla tassazione sul volume (98). Analogamente, uno studio canadese ha dimostrato che gli aumenti dei prezzi minimi hanno determinato una più grande riduzione dei ricoveri ospedalieri tra le popolazioni a basso reddito (48). Inoltre, indirizzare le entrate fiscali verso il miglioramento dell'accesso alla salute e ad altri servizi per i gruppi vulnerabili potrebbe produrre ulteriori benefici (108,112,120).

Come riconosciuto dall'OMS (121), "più basso è lo sviluppo economico di un paese o di una regione, più alti sono la mortalità alcol-attribuibile e il carico di malattie e infortuni per litro di alcol puro consumato". Tenendo conto le evidenze di efficacia descritte sopra, le regioni a basso e medio reddito potrebbero trarre i maggiori benefici per la salute dalle accise. Inoltre, è stato dimostrato che le politiche di prezzo prevengono l'inizio del consumo di alcol tra le persone, il che è fondamentale per la prevenzione nei paesi a basso e medio reddito (92).

Sebbene, come popolazione, i gruppi a basso reddito consumino meno alcol, è importante riconoscere che essi sopportano una quota sproporzionata di danni alcol-correlati per litro di alcol consumato (122–125). Determinare la misura in cui una politica è regressiva è complesso e deve tenere conto non solo di chi sopporta il maggiore onere fiscale, ma anche di chi sopporta il maggiore onere in termini di danno.

2.1.3. Approfondimenti chiave

Le politiche di tassazione e di prezzo dell'alcol sono una scelta intelligente per i decisori politici che cercano di migliorare la salute pubblica e ridurre i danni correlati all'alcol. Una solida base di evidenze internazionali supporta l'efficacia di queste politiche, dimostrando che possono ridurre significativamente il consumo di alcol e i danni correlati. Per questo motivo, l'OMS e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (*Organization for Economic Cooperation and Development* - OECD) supportano l'aumento delle accise sull'alcol come un intervento e un investimento efficaci per affrontare i danni causati dal consumo di alcol (126,127).

La tassazione volumetrica e il MUP hanno dimostrato impatti sostanziali, in particolare tra i forti bevitori che contribuiscono maggiormente ai danni correlati all'alcol. Queste politiche non solo abbassano i tassi di consumo, ma generano anche entrate che possono essere reinvestite nei servizi sanitari e sociali, affrontando i costi più ampi dei danni correlati all'alcol. È importante notare che le politiche sui prezzi dell'alcol aiutano a ridurre le disparità sanitarie, offrendo i maggiori benefici ai gruppi a basso reddito che soffrono in modo sproporzionato di morbilità e mortalità correlate all'alcol.

Implementando queste strategie basate sull'evidenza, i decisori politici possono ridurre efficacemente i danni correlati all'alcol, promuovere comunità più sane e garantire un panorama di sanità pubblica più equo.

2.2. Politiche sulla disponibilità dell'alcol

2.2.1. Le restrizioni sugli orari di vendita degli alcolici possono ridurre i danni causati dall'alcol?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria degli alcolici si oppone spesso ai piani del governo di limitare gli orari di vendita degli alcolici nel tentativo di ridurre la violenza correlata all'alcol e altri danni sanitari e sociali. Secondo l'industria, tali restrizioni non riducono efficacemente i tassi di danno alcol-correlato, sostenendo che la complessa interazione tra disponibilità di alcol, modelli di consumo e risultati è spiegata da fattori socioeconomici e culturali sottostanti (128). L'industria propone soluzioni alternative, come partnership collaborative con i rivenditori di alcolici, viste come un approccio più efficace rispetto alle restrizioni generalizzate. Sostengono che trattare i rivenditori come parte della soluzione piuttosto che come la fonte del problema potrebbe essere più efficace nell'affrontare i problemi correlati all'alcol all'interno delle comunità (67,129,130).

Secondo la comunità della salute pubblica

Esistono solide e consistenti evidenze che dimostrano che limitare la disponibilità fisica dell'alcol, limitando gli orari e i giorni di vendita, è un modo efficace per ottenere riduzioni dei danni alcol-correlati, come aggressioni, ricoveri ospedalieri e incidenti alla guida in stato di ebbrezza. Esistono anche robuste evidenze sul fatto che ridurre le restrizioni sulla disponibilità, estendendo gli orari o i giorni in cui l'alcol può essere venduto, è associato a tassi più elevati di questi danni.

Studi in tutto il mondo hanno valutato gli effetti delle restrizioni degli orari di apertura nell'economia notturna, in base alle quali bar, ristoranti e locali notturni sono soggetti a orari di chiusura anticipati. Diverse revisioni sistematiche hanno costantemente riportato evidenze sul fatto che la modifica degli orari di apertura comporta cambiamenti dei tassi di danno da alcol (131–134). Gli orari di apertura prolungati sono generalmente associati ad aumenti di aggressioni, infortuni e guida in stato di ebbrezza. Al contrario, gli orari di apertura ridotti fanno registrare tassi più bassi di consumo di alcol e danni. Ad esempio, uno studio condotto in 18 città in Norvegia, che ha implementato una serie di estensioni e restrizioni sugli orari di apertura notturni, ha rilevato che ogni ora aggiuntiva di apertura portava a un aumento del 16% delle aggressioni segnalate dalla polizia (con riduzioni simili quando gli orari sono stati ridotti) (135). Similmente, a Newcastle e in Australia, riducendo gli orari di apertura, con lo spostamento degli orari di chiusura dalle 05:00 alle 03:30, ha ottenuto una diminuzione del 33% delle aggressioni (136).

Gli studi hanno valutato gli effetti delle modifiche negli orari di apertura per la vendita di alcolici al dettaglio, come quelli che avvengono nei negozi e nelle enoteche. Le restrizioni sugli orari di apertura notturni in Germania e Svizzera hanno portato a significative riduzioni dei ricoveri ospedalieri per intossicazione da alcol, in particolare tra i giovani (137–139). In Lituania restrizioni simili sono state associate a significative riduzioni degli incidenti stradali e delle lesioni alcol-correlate (140). Nel Regno Unito (Inghilterra e Galles) la nuova legislazione introdotta nel 2003 ha reso difficile per le autorità locali rifiutare le richieste dei rivenditori di apertura per orari più lunghi o licenze per la vendita di alcolici nelle 24 ore. Le valutazioni più attendibili di questi cambiamenti hanno rilevato un impatto minimo o nullo, con livelli generali di violenza e consumo che sono rimasti invariati, anche se la tempistica degli episodi violenti si è spostata a tarda notte, rappresentando una sfida per i servizi e la polizia (141,142).

Analogamente, l'estensione dei giorni consentiti per la vendita di alcolici è associata a un aumento dei tassi di consumo. Una revisione sistematica del 2018 di studi provenienti da Svezia, Stati Uniti e Canada ha esaminato l'impatto del consentire un ulteriore giorno alla settimana (sabato o domenica) la vendita di alcolici al dettaglio (143). Una meta-analisi dei sei studi ha stimato che il giorno di vendita aggiuntivo alla settimana era associato ad aumenti del consumo pro-capite del 3,4% (totale), del 5,3% (birra), del 2,6% (vino) e del 2,6% (superalcolici).

Ad oggi, non ci sono evidenze convincenti che le iniziative di collaborazione con l'industria dell'alcol siano efficaci nel ridurre la violenza e le aggressioni legate all'alcol. Una valutazione indipendente di 88 partnership comunitarie sull'alcol (*Community Alcohol Partnerships - CAP*) nel Regno Unito, che hanno coinvolto iniziative di partnership tra rivenditori di alcolici e governo locale, non ha trovato alcuna evidenza per dimostrare che le CAP avessero ridotto il comportamento antisociale legato all'alcol o altri danni (144). Gli autori hanno concluso che le CAP possono servire principalmente come misure di responsabilità sociale delle imprese per l'industria dell'alcol, finalizzate a limitare i danni d'immagine associati al comportamento antisociale legato all'alcol.

2.2.2. Le restrizioni alla densità dei punti vendita di alcolici possono ridurre i danni causati dall'alcol?

Secondo l'industria degli alcolici

In linea con le comuni strategie di inquadramento sulle problematiche alcol-correlate, l'industria ha precedentemente sottolineato la complessità della relazione tra densità dei punti vendita di alcolici e danni alcol-correlati, sostenendo che la variabilità dei danni potrebbe essere dovuta a fattori sociali, economici, demografici e culturali, piuttosto che alla disponibilità (145). Di conseguenza, l'industria sostiene che la densità dei punti vendita di alcolici non è associata all'abuso di alcol e alcuni mettono in guardia sul fatto che limitarne la disponibilità potrebbe rivelarsi controproducente. Ad esempio, hanno suggerito che l'introduzione di un obiettivo di salute pubblica nella concessione delle licenze nel Regno Unito (Inghilterra e Galles) porterebbe le autorità a imporre un divieto assoluto ai nuovi entranti, il che impedirebbe l'ingresso di venditori che potrebbero essere più progressisti e impegnati in iniziative sanitarie rispetto ai venditori esistenti (146).

Secondo la comunità della salute pubblica

La limitazione del numero e della posizione dei punti vendita di alcolici è stata ampiamente utilizzata in paesi di tutto il mondo per ridurre i danni dovuti al consumo di alcol. Gli studi hanno dimostrato che le aree con un'elevata densità di punti vendita di alcolici segnalano tassi più elevati di danni alcol-correlati. Ciò può essere dovuto alla maggiore disponibilità di alcol e ad altri fattori come l'incoraggiamento a riunirsi per grandi gruppi di bevitori, aumentando così l'opportunità di interazione fra potenziali vittime e autori di crimini e violenze alcol-correlate (116).

La ricerca ha dimostrato un chiaro legame tra la densità dei punti vendita di alcolici e i danni, in particolare la violenza alcol-correlata. Molti studi hanno dimostrato che ridurre la densità dei punti vendita di alcolici può portare a una diminuzione di problematiche correlate. Una revisione sistematica della letteratura del 2015 ha infatti dimostrato che oltre il 90% degli studi sull'associazione tra densità dei punti vendita e violenza hanno evidenziato correlazioni positive significative (147). La revisione ha analizzato gli studi condotti negli Stati Uniti, nel Regno Unito (Galles) e in Australia. Tutti gli studi hanno evidenziato associazioni positive significative per il consumo di bevande alcoliche negli esercizi commerciali come bar e pub, e la maggior parte ha trovato anche associazioni positive per i punti vendita al dettaglio. Alcuni studi suggeriscono che queste associazioni sono più forti nelle aree svantaggiate o ad alta densità di popolazione. Questa associazione è stata riportata in altre analisi trasversali, come in Pridemore e Grubestic (2012) (148).

Studi che utilizzano dati di sistemi sanitari hanno trovato un'associazione tra densità di punti vendita di alcolici, ricoveri ospedalieri e accessi al pronto soccorso. Questi studi includono anche un lavoro del 2016 di de Vocht et al., che ha esaminato i cambiamenti nelle politiche di rilascio di licenze a livello locale nel Regno Unito, volti a limitare le nuove licenze, in particolare laddove sono già disponibili molte licenze (149).

Uno studio recente sull'opinione degli *stakeholder* del Regno Unito (Inghilterra e Scozia) su come la disponibilità di alcol può portare a danni, ha concluso che è importante considerare non solo la facilità di accesso, ma anche come una maggiore disponibilità possa indurre a consumare, contribuire alla sua normalizzazione e spingere ad abbassare i prezzi per la concorrenza tra locali (150). La disponibilità alla vendita al dettaglio espone costantemente le persone in via di recupero o coloro che cercano di ridurre o interrompere il consumo a stimoli alcolici. Inoltre, espone i bambini all'alcol durante tutto il giorno, spingendoli verso il consumo. Limitando la disponibilità alla vendita al dettaglio, il numero di stimoli e opportunità di bere nella vita quotidiana può essere ridotto. Le restrizioni sulla disponibilità al dettaglio di alcol possono integrare altre misure per ridurre i danni alcol-correlati.

2.2.3. Approfondimenti chiave

Le politiche sulla disponibilità di alcol, in particolare quelle che limitano gli orari e la densità delle vendite di alcolici, sono strategie essenziali per la salute pubblica per ridurre i danni alcol-correlati. Le evidenze scientifiche hanno dimostrato che limitare gli orari e i giorni di vendita dell'alcol riduce significativamente gli episodi di violenza, i ricoveri ospedalieri e gli incidenti per guida in stato di ebbrezza. Allo stesso modo, il controllo della densità dei punti vendita dell'alcol si è dimostrato efficace per ridurre la violenza alcol-correlata e i problemi di salute.

La ricerca spesso indica che le aree con meno punti vendita di alcolici sperimentano tassi di danno inferiori. Queste politiche non solo riducono il consumo complessivo di alcol, ma aiutano anche ad affrontare le disparità sanitarie, in particolare a vantaggio delle comunità a basso reddito che affrontano danni alcol-correlati maggiori.

L'implementazione di politiche di disponibilità può portare a comunità più sane e sicure, rendendole una scelta intelligente per i decisori politici che mirano a ridurre il peso sociale ed economico dei problemi alcol-correlati. Dando priorità alla sanità pubblica, queste misure offrono un approccio pratico e basato sulle evidenze per migliorare il benessere della comunità.

2.3. Politiche di marketing degli alcolici

2.3.1. Il marketing degli alcolici è rivolto ai consumatori minorenni?

Secondo l'industria degli alcolici

Gli *stakeholder* dell'industria dell'alcol sostengono di essere inserzionisti responsabili il cui marketing è rivolto solo agli adulti (151). Nelle consultazioni dell'OMS sul Piano d'Azione globale sull'alcol, l'industria ha affermato di non commercializzare mai i loro prodotti ai bambini e di aver implementato codici pubblicitari di autoregolamentazione altamente efficaci in tutto il mondo che mirano a proteggere i gruppi vulnerabili, in particolare i minori e i giovani adulti (18,152). Queste affermazioni sono solitamente accompagnate da affermazioni più generali secondo cui la pubblicità sugli alcolici non ha alcun impatto sul consumo di alcol e non è un fattore significativo nel consumo di alcol tra i giovani (18,37).

Secondo la comunità della salute pubblica

In risposta alle preoccupazioni sull'impatto delle attività di marketing sui giovani, una revisione dei documenti di marketing interni degli *stakeholder* dell'industria, commissionata dal Comitato per la Salute della Camera dei Comuni del Parlamento del Regno Unito, ha concluso che i giovani sono un "obiettivo chiave" per gli inserzionisti di alcolici (153). Gli esempi forniti includevano l'uso della sponsorizzazione di attività sportive e di intrattenimento che vengono utilizzate per associare i prodotti alcolici alla cultura giovanile e alle abilità sportive. La revisione ha anche mostrato che una ricerca di mercato su quindicenni e sedicenni è stata utilizzata per guidare lo sviluppo di campagne e l'introduzione di nuovi prodotti, inclusi alcuni che attraggono i bambini. I documenti interni dell'industria suggeriscono che le restrizioni di marketing progettate per prevenire l'esposizione dei giovani sono considerate dannose per il settore degli alcolici (154). In un rapporto al suo Consiglio di Amministrazione, Heineken ha affermato che le restrizioni sulla pubblicità potrebbero portare a un calo delle vendite, in particolare in Europa, e rappresentare una minaccia significativa per il marchio Heineken e per il settore degli alcolici nel suo complesso (155).

Tale tendenza continua e, secondo l'OMS, i marchi di alcolici sponsorizzano massicciamente eventi sportivi e culturali che attraggono i giovani, favorendo connessioni emotive e fedeltà al marchio (156). Questa strategia di marketing si rivolge ai giovani uomini, che sono i maggiori consumatori di alcol, raggiungendo anche un pubblico significativo di bambini e adolescenti che partecipano a questi eventi. In questo modo, il settore integra i suoi marchi sia nella pubblicità dell'evento che nei prodotti venduti.

In un momento in cui il marketing in generale è stato trasformato e digitalizzato, un rapporto dell'OMS ha evidenziato l'invasione degli spazi sociali digitali dei bambini e dei giovani da parte di aziende che promuovono il consumo di alcol (157).

Piattaforme digitali come Facebook, Instagram, TikTok e YouTube sono utilizzate dalle aziende di alcolici per interagire con i giovani e raccogliere dati personali per un marketing mirato. Gli algoritmi informatici adattano i contenuti di marketing in tempo reale in base agli interessi dei consumatori. Ciò significa che un giovane che mostra interesse per contenuti correlati all'alcol sarà soggetto a un marketing dell'alcol sempre più invasivo (158,159).

Infine, la natura del marketing digitale è tale da consentire alle aziende di alcolici di fare pubblicità sui dispositivi mobili dei giovani eludendo il controllo parentale (157). Le restrizioni di età sui siti web di alcolici sono facilmente aggirabili, il che rappresenta una sfida per gli sforzi di regolamentazione e protezione (160). In effetti, la ricerca ha costantemente rilevato che le aziende di alcolici non sono disposte o non sono in grado di impedire ai bambini e ai giovani di essere esposti al loro marketing e di accedervi e interagire con esso (161). In questo contesto sono inclusi i meccanismi di limitazione dell'età utilizzati su Twitter, YouTube e Instagram, che si sono rivelati inefficaci nell'impedire l'accesso ai giovani (162).

2.3.2. Il marketing dell'alcol contribuisce all'iniziazione all'alcol o al consumo eccessivo occasionale (binge drinking) di alcolici da parte dei giovani?

Secondo l'industria degli alcolici

Secondo gli operatori dell'industria, non esiste alcun collegamento tra la pubblicità degli alcolici e il consumo di alcolici (18), in particolare tra i giovani (37).

I produttori a livello globale sostengono che la ricerca che collega la pubblicità al consumo dannoso di alcol sia debole e inconsistente (152), e si oppongono costantemente all'idea che la pubblicità contribuisca all'aumento del consumo di alcol, sottolineandone il ruolo nella scelta del marchio piuttosto che nel consumo in sé (151). Sostengono inoltre che il problema del consumo di alcol tra i giovani sia complesso e sfaccettato, e coinvolga fattori diversi dal marketing, come gli atteggiamenti dei genitori e la pressione dei pari (37,152).

Secondo la comunità della salute pubblica

Secondo l'OMS, l'entità e l'ampiezza delle comunicazioni commerciali sull'alcol, in particolare il loro impatto sul consumo di alcol da parte dei giovani, rappresentano una delle principali preoccupazioni per la salute pubblica (156,163). La ricerca sugli effetti del marketing dell'alcol, come riassunto in una serie di revisioni integrate e meta-analisi, ha riscontrato un notevole grado di coerenza per quanto riguarda gli effetti dannosi del marketing (164–167). La ricerca dimostra che le pubblicità sull'alcol sono attraenti per i giovani e ne stimolano il consumo (168). Jernigan et al. hanno esaminato la letteratura sull'associazione tra marketing dell'alcol e consumo di alcol da parte dei giovani, concentrandosi su studi più recenti che utilizzano sofisticati modelli longitudinali (167). Questa revisione sistematica ha identificato 12 studi che hanno riportato risultati di 9 coorti su più di 35.000 persone in diversi paesi. Tutti gli studi hanno trovato un'associazione significativa tra l'esposizione dei

giovani al marketing dell'alcol e il successivo comportamento di consumo dell'alcol. Finan et al. hanno esaminato 38 studi sulla relazione tra marketing dell'alcol e comportamenti di consumo di alcol tra adolescenti e giovani adulti (164). Hanno scoperto che l'esposizione al marketing dell'alcol, in particolare la promozione dell'alcol e il possesso di prodotti correlati all'alcol, è costantemente associata al consumo di alcol da parte dei giovani.

Le revisioni narrative degli studi di marketing digitale sono coerenti con le revisioni precedenti che si sono concentrate principalmente sul marketing nei media tradizionali (169,170). Queste revisioni concludono che il marketing attraverso i media digitali utilizza approcci che sono attraenti per i giovani e per questo motivo è probabile che tale marketing abbia un impatto sul loro comportamento di consumo.

La teoria dello sviluppo e la ricerca empirica suggeriscono che i bambini e i giovani potrebbero essere particolarmente vulnerabili al marketing dell'alcol (168). Ad esempio, i bambini potrebbero essere più suscettibili alle immagini dei media perché non hanno la capacità di compensare i pregiudizi nelle rappresentazioni pubblicitarie e nelle immagini glamour dei media. Revisioni sistematiche di centinaia di studi condotti in un'ampia gamma di paesi mostrano che il marketing dell'alcol può essere considerato una delle diverse cause che contribuiscono all'iniziazione precoce del consumo di alcol e allo sviluppo di un successivo consumo eccessivo di alcol (164,167,171,172).

2.3.3. L'autoregolamentazione del marketing degli alcolici protegge i giovani?

Secondo l'industria degli alcolici

I codici pubblicitari per l'alcol sono stati sviluppati da organizzazioni di responsabilità sociale d'impresa sponsorizzate dall'industria dell'alcol e adottati dai produttori di alcol in tutto il mondo (161). Molti hanno, ad esempio, approvato i principi guida e i principi guida digitali per l'autoregolamentazione delle comunicazioni di marketing per le bevande alcoliche, sviluppati dall'*International Alliance for Responsible Drinking* (IARD) (173,174), come misure di salvaguardia volontarie per proteggere le popolazioni vulnerabili, compresi i giovani, dal marketing dell'alcol (175). Secondo l'industria dell'alcol, gli attuali sistemi di autoregolamentazione sono soddisfacenti, flessibili, reattivi e ben adattati al panorama online e offline in rapida evoluzione (37,151,176). Inoltre, l'autoregolamentazione è presentata come vantaggiosa rispetto alla regolamentazione formale perché i costi sono sostenuti dall'industria dell'alcol e l'approccio può fornire soluzioni locali a problemi locali (67). L'industria dell'alcol sostiene che un ulteriore vantaggio dell'autoregolamentazione del settore è che può aiutare a creare un ambiente più sicuro nei paesi che hanno risorse limitate per stabilire e far rispettare le norme formali (152,176).

Secondo la comunità della salute pubblica

Le ricerche condotte in diversi Paesi dimostrano che l'autoregolamentazione del marketing da parte dell'industria degli alcolici è inefficace nel proteggere i bambini e altri gruppi vulnerabili (99). Una revisione sistematica di quasi 100 studi che hanno analizzato il contenuto e l'esposizione al marketing degli alcolici in relazione alle linee guida autoregolamentate, ha riscontrato risultati simili; tutti gli studi esaminati che hanno valutato il contenuto pubblicitario hanno riportato prove di violazione del codice o hanno identificato contenuti che potrebbero essere attraenti per i giovani. L'analisi ha evidenziato nel complesso la presenza di contenuti che potrebbero essere considerati potenzialmente dannosi per bambini e giovani, inclusi temi che attraggono fortemente i giovani uomini (161). Nella stessa revisione sistematica, non sono stati identificati studi che supportassero l'efficacia dei programmi di autoregolamentazione dell'industria. L'inchiesta della Commissione per la salute della Camera dei Comuni del Parlamento del Regno Unito sui documenti interni di marketing dell'industria degli alcolici ha rilevato che i codici non proteggono i giovani dalla pubblicità degli alcolici (154).

Sebbene i principi guida della IARD e altri programmi di autoregolamentazione includano un processo di risoluzione dei reclami che consente a individui e organizzazioni di chiedere alle aziende di ritirare le pubblicità perché violano le linee guida di autoregolamentazione, spesso mancano di un quadro per un sistema di risoluzione dei reclami, lasciando ai singoli paesi o alle aziende il compito di organizzare e gestire i reclami (174). Una revisione degli studi che valutavano questi sistemi in diversi paesi ha scoperto che non riuscivano a identificare la maggior parte delle pubblicità non conformi e non erano efficaci nel rimuovere i materiali di marketing identificati come non conformi ai codici del settore (177). Ad esempio, uno studio sul marketing degli alcolici in 8 paesi durante la Coppa del Mondo FIFA del 2014 ha rilevato livelli sostanziali di esposizione ai giovani e mancanza di conformità da parte di numerosi produttori nazionali e transnazionali che hanno commercializzato bevande alcoliche durante l'evento mondiale (161).

Per quanto riguarda il marketing digitale, i primi studi indicano che i *Digital Guiding Principles* non hanno impedito l'esposizione dei giovani alle pratiche di marketing digitale dell'alcol (178,179) o l'uso di contenuti che potrebbero essere dannosi per le popolazioni vulnerabili (177). Il marketing digitale, che si basa fortemente sulla raccolta e l'utilizzo dei dati, spesso opera oltre l'ambito dei tradizionali codici di autoregolamentazione, che dovrebbero estendersi oltre i messaggi pubblicitari simbolici o la condivisione di contenuti correlati all'alcol sui social media per includere l'ottimizzazione basata sui dati dell'attenzione, dell'impegno e del comportamento dei consumatori (170).

I comitati di revisione nominati dall'industria hanno importanti conflitti di interesse in quanto sono nominati e pagati da un'industria che potrebbe perdere notevoli entrate se un reclamo pubblicitario venisse confermato (161,180). Inoltre, è stato riscontrato che i comitati di revisione non hanno competenze in materia di salute pubblica e sviluppo adolescenziale, senza alcuna prova che utilizzino procedure di revisione oggettive specificamente progettate per rilevare violazioni del codice (181). Inoltre, ci sono alcune evidenze che suggeriscono che, anche quando un gruppo di esperti ha stabilito che una pubblicità viola il codice, pochi reclami, se non nessuno, vengono confermati dai comitati di revisione del settore (177).

Di fronte all'inefficacia degli approcci di autoregolamentazione, i sostenitori della salute pubblica e l'OMS sono favorevoli ai divieti statutari sulla pubblicità di alcolici (99). Per affrontare l'esposizione dei giovani al marketing digitale dell'alcol, un rapporto dell'OMS del 2021 fornisce esempi di paesi in cui sono stati implementati vari tipi di risposte da parte dei governi (157). Sono necessarie ulteriori ricerche per valutare l'efficacia di questi approcci nel raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tuttavia, alcune strategie sembrano promettenti nella salvaguardia dei giovani, sebbene ciò dipenda da un monitoraggio costante e dalla cooperazione regionale per far rispettare le politiche. In tutti i contesti, è evidente che i paesi devono dare priorità alla regolamentazione statutaria, inclusa l'applicazione.

2.3.4. Approfondimenti chiave

C'è un notevole dibattito sull'efficacia delle politiche di marketing dell'alcol, con prospettive divergenti da parte degli *stakeholder* del settore e della ricerca scientifica. L'industria insiste sul fatto che la sua pubblicità è responsabile e mirata agli adulti, ma le evidenze indicano che gli sforzi di marketing sono intenzionalmente diretti ai giovani. Nonostante le rassicurazioni del settore sull'autoregolamentazione, gli studi evidenziano costantemente l'incapacità di proteggere le fasce demografiche vulnerabili dalla pubblicità dell'alcol. La ricerca scientifica sottolinea l'impatto significativo del marketing sui comportamenti di consumo di alcol dei giovani, con studi che mostrano una forte associazione tra l'esposizione al marketing dell'alcol e il successivo comportamento di consumo di alcol tra i giovani. Il marketing digitale esacerba le preoccupazioni, con linee guida approvate dal settore che si dimostrano inefficaci nel limitare l'esposizione dei giovani. I conflitti di interesse nei comitati di revisione nominati dal settore compromettono ulteriormente l'efficacia dell'autoregolamentazione. Di conseguenza, implementare rigide politiche di marketing è una scelta intelligente. I divieti statutari si sono dimostrati efficaci nel limitare l'esposizione dei giovani al marketing dell'alcol, impedendo la normalizzazione del consumo di alcol tra i giovani e mitigando i rischi per la salute associati.

2.4. Politiche di etichettatura degli alcolici

2.4.1. Le pratiche su base volontaria dell'industria degli alcolici presentano informazioni adeguate sulle etichette dei contenitori di alcolici?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria degli alcolici favorisce le iniziative volontarie rispetto ai mandati governativi, preferendo misure e partnership di co- e auto-regolamentazione anziché normative obbligatorie (13,86). Per esempio, l'industria ha tradizionalmente favorito un approccio auto-regolamentativo alle proposte di etichettatura nutrizionale (182–186) e si è opposta alle proposte legislative sulle avvertenze sanitarie sulle etichette dei prodotti (187), più di recente in Irlanda, citando preoccupazioni sulle barriere commerciali (188,189). Allo stesso tempo, alcuni segmenti dell'industria hanno assunto impegni volontari per includere determinati tipi di informazioni sanitarie sulle etichette (190–192). Nel complesso, gli enti dell'industria degli alcolici spesso si oppongono alle informazioni obbligatorie sulla nutrizione e sulla salute sulle etichette, sostenendo che l'auto-regolamentazione è sufficiente e che i consumatori sono già consapevoli dei rischi associati al bere (193,194).

Secondo la comunità della salute pubblica

I produttori di alcolici possono includere volontariamente informazioni nutrizionali e sanitarie sulle etichette e alcuni *stakeholder* del settore si sono impegnati a fornire tali informazioni (144,195,196). Tuttavia, il formato, l'estensione e il tipo di informazioni variano, spaziando dal pieno allineamento con altre normative su alimenti e bevande (come il Regolamento UE n. 1169/2011) a dettagli limitati, come il valore energetico o le informazioni fornite solo online. Inoltre, l'implementazione è stata inconsistente: un'analisi di mercato del 2021 ha mostrato che solo il 29,6% delle bevande alcoliche prese a campione nei negozi in tutta l'UE includeva informazioni sugli ingredienti, il 21,6% il valore energetico e il 2,5% aveva informazioni nutrizionali complete, e c'erano differenze significative tra i settori delle bevande (197).

Poche sono le evidenze per dimostrare gli impatti delle iniziative di etichettatura su base volontaria dell'industria dell'alcol e pochi sono gli studi formali di valutazione indipendente condotti sulle pratiche dell'industria (192). Le poche valutazioni condotte da ricercatori indipendenti e gruppi della società civile per verificare la conformità agli impegni di autoregolamentazione, concludono generalmente che le pratiche di etichettatura volontaria hanno meno probabilità di essere pienamente implementate rispetto a quelle obbligatorie, e sono inefficaci nel fornire ai consumatori informazioni adeguate sui contenuti dei prodotti e sui rischi per la salute associati al consumo di alcolici in modo chiaro e visibile (si veda per esempio 198).

Nel Regno Unito, una valutazione dell'impegno del settore del *Public Health Responsibility Deal* del 2011 di etichettare l'80% di tutti i prodotti alcolici con informazioni sanitarie standardizzate, ha rilevato che il 70% dei prodotti forniva il contenuto concordato e meno del 50% seguiva le linee guida delle "migliori pratiche" del settore per dimensioni e visibilità (199). La percentuale di etichette di alcolici che riportano le linee guida del Regno Unito sul consumo di alcolici a basso rischio è diminuita notevolmente da quando sono state riviste nel 2016, con uno studio dell'*Alcohol Health Alliance* che ha riportato che meno del 30% delle etichette riportava avvertenze aggiornate sulla salute dei *Chief Medical Officer* del Regno Unito nel 2020 (200). La valutazione delle etichette su base volontaria del Regno Unito ha mostrato che le persone che consumano alcolici vi presta poca attenzione (201) e, tra i giovani, solo un terzo ha notato qualche tipo di informazione sanitaria sui contenitori delle bevande alcoliche (202).

In Australia e Nuova Zelanda due valutazioni di un programma di etichettatura su base volontaria delle avvertenze sanitarie per la gravidanza hanno concluso che l'implementazione era carente: il rapporto di valutazione finale del 2017 ha rilevato che, sei anni dopo l'impegno assunto, solo il 47,8% dei prodotti alcolici sul mercato in Australia riportava le avvertenze (203). La valutazione dell'iniziativa volontaria di etichettatura australiana ha indicato che vi era un basso tasso di richiamo e consapevolezza delle etichette di avvertenza e che era improbabile che incoraggiassero le persone a cercare ulteriori informazioni (204,205). Questi risultati hanno portato allo sviluppo di etichette di avvertenza obbligatorie per la gravidanza, che sono state introdotte nel 2020 dal Forum Ministeriale sulla Regolamentazione Alimentare (*Ministerial Forum on Food Regulation*) (206).

La mancanza di evidenze sul fatto che gli approcci di etichettatura volontaria adottati dall'industria degli alcolici siano adeguati per informare i consumatori, ha portato la revisione, commissionata dall'OMS, *Health Evidence Network*, a "favorire la regolamentazione obbligatoria rispetto agli impegni su base volontaria, poiché consente un migliore controllo sul contenuto e sulla presentazione del messaggio, la presentazione di evidenze più robuste e una maggiore garanzia della ricezione del messaggio dell'etichetta" (192). L'etichettatura obbligatoria dei prodotti alcolici è il mezzo più efficace per comunicare informazioni ai consumatori sui contenuti e sui rischi per la salute delle bevande alcoliche perché garantisce che le informazioni raggiungano i consumatori ripetutamente e nei punti di contatto chiave (nel punto vendita e dove l'alcol viene servito o consumato) e offre ai decisori politici l'opportunità di formulare i requisiti di progettazione in modo che le etichette siano chiaramente visibili. Vale a dire, laddove vengono utilizzate, le etichette obbligatorie devono essere progettate secondo le migliori pratiche di progettazione; altrimenti, come suggerito da uno studio francese di *eye-tracking* (monitoraggio oculare), non saranno notate dai consumatori (207).

2.4.2. Le avvertenze sanitarie sulle etichette dei prodotti sono efficaci?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria degli alcolici sostiene costantemente che le avvertenze sulla salute sulle etichette dei prodotti siano inefficaci. È da tempo scettica sulla capacità delle etichette di influenzare il comportamento (193) e ha spesso suggerito che il loro utilizzo potrebbe avere conseguenze indesiderate (13). Gli enti del settore, come l'*Alcohol Beverage Federation of Ireland* (208), sostengono che le etichette sulla salute potrebbero confondere i consumatori o indurre i giovani a scegliere bevande più forti. L'opposizione alle avvertenze obbligatorie sulla gravidanza in Australia, Nuova Zelanda e Francia, nel frattempo, evidenzia i dubbi dichiarati dall'industria sulla loro efficacia e i potenziali danni alle donne in gravidanza e le conseguenze economiche negative (192,209,210). Il discorso globale, comprese le dichiarazioni di alcuni membri dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (*World Trade Organization*), si allinea con le argomentazioni del settore contro l'efficacia dell'etichettatura obbligatoria, favorendo misure alternative come campagne informative e partnership (211).

Secondo la comunità della salute pubblica

Mentre i produttori di alcol spesso mettono in dubbio l'efficacia delle avvertenze sanitarie nel modificare il comportamento, una nuova prospettiva di salute pubblica vede le avvertenze sanitarie come uno strumento efficace per informare i consumatori, aumentare la consapevolezza e contribuire alla riduzione a lungo termine dei danni correlati all'alcol aumentando il sostegno politico e diminuendo l'attrattiva dei prodotti alcolici (212).

Esistono studi che dimostrano che gli avvertimenti sulla salute sono efficaci nell'aumentare la consapevolezza dei danni correlati all'alcol, in particolare rispetto al cancro, il danno meno noto associato all'alcol (213,216). Le evidenze indicano anche che i messaggi sulla salute che citano rischi di malattie specifiche, come il cancro, possono aumentare l'intenzione delle persone di consumare meno alcol (199). Tuttavia, una ricerca del Regno Unito mostra che, mentre gli avvertimenti sulla salute con un messaggio sul cancro hanno ridotto la selezione di bevande in un esperimento online (217), questo risultato non è stato replicato in un test che simulava un ambiente di acquisto del mondo reale, probabilmente a causa del breve tempo di esposizione all'avvertenza (218).

Uno studio sperimentale condotto nello Yukon, in Canada, ha riportato che, quando esposti ad avvertenze sul cancro sulle etichette dei prodotti in combinazione con linee guida per il consumo di alcolici a basso rischio, gli acquirenti di alcolici hanno riportato livelli significativamente più elevati di consapevolezza del legame tra alcol e cancro rispetto a quelli di un gruppo di controllo (216). La consapevolezza del rischio di cancro correlato all'alcol è stata associata all'intenzione (auto-risportata) di bere meno in futuro (216), e c'è stato anche un maggiore supporto per altre misure di politica alcolologica (219). Ulteriori ricerche hanno concluso che l'esposizione alle etichette di avvertenza sulla salute nello Yukon è stata associata a una riduzione del 6,3% delle vendite al dettaglio di alcolici pro-capite, nonché a una maggiore consapevolezza del consumo nazionale di alcolici.

L'efficacia delle etichette dipende anche dal loro design. Studi hanno dimostrato che presentare informazioni sulla salute su etichette in un formato più grande e leggibile con caratteri in grassetto porta a un maggiore richiamo e a una maggiore conoscenza dei rischi per la salute correlati all'alcol tra i consumatori (221). Un esempio dell'efficacia delle etichette di avvertenza sull'alcol sono le avvertenze obbligatorie sulla gravidanza introdotte in Australia e Nuova Zelanda nel 2020 (222). Queste avvertenze presentano un pittogramma accanto al testo "AVVERTENZA SULLA GRAVIDANZA - L'alcol può causare danni permanenti al tuo bambino" e devono soddisfare requisiti specifici in termini di dimensione e colore del carattere (223). Una valutazione dell'impatto condotta dall'autorità governativa competente, *Food Standards Australia New Zealand*, ha concluso che l'onere dei costi per l'industria dell'alcol per l'implementazione di queste nuove etichette era ragionevole (224). La valutazione ha rilevato che prevenire solo una piccola percentuale (1,3%) di casi di FASD (*Fetal Alcohol Spectrum Disorders* - Spettro dei disordini feto alcolici) all'anno compenserebbe il costo totale delle modifiche alle etichette dell'alcol. Inoltre, il rapporto ha evidenziato significativi benefici umani, sociali e finanziari per la comunità derivanti dall'evitare o mitigare nuovi casi di FASD, supportando ulteriormente l'efficacia delle etichette di avvertenza obbligatorie.

2.4.3. Approfondimenti chiave

Le etichette svolgono un ruolo cruciale nell'informare i consumatori sul contenuto dei prodotti alcolici e sui rischi associati, portando potenzialmente a una riduzione del consumo di alcol. La ricerca indica che informazioni chiare e accessibili sulle etichette degli alcolici possono aumentare la consapevolezza di condizioni di salute come quelle del cancro associato all'alcol e possono influenzare i consumatori a fare scelte più salutari. Tuttavia, un approccio autoregolamentato all'etichettatura degli alcolici, in cui l'industria fornisce informazioni su base volontaria, ha dimostrato di portare a un'implementazione e a una visibilità delle etichette meno affidabili. Le evidenze dimostrano che gli schemi di etichettatura obbligatori sono il metodo più efficace per garantire che i consumatori ricevano informazioni accurate, accessibili ed essenziali. Ciò consente loro scelte informate sul consumo di alcol. Le politiche di etichettatura obbligatoria forniscono un mezzo di comunicazione coerente ed efficace per salvaguardare la salute pubblica.

2.5. Interventi contro la guida in stato di ebbrezza

2.5.1. Chi dovrebbe essere il bersaglio delle politiche sulla guida in stato di ebbrezza?

Secondo l'industria degli alcolici

Dal punto di vista dell'industria dell'alcol, le politiche sulla guida in stato di ebbrezza dovrebbero essere rivolte principalmente agli individui noti come "guidatori incalliti in stato di ebbrezza", che sono caratterizzati da precedenti condanne o arresti per guida sotto l'effetto di alcol o con elevata concentrazione di alcol nel sangue (*Blood Alcohol Concentration* - BAC). Utilizzando un argomento basato sulla presunta "maggioranza moderata" della popolazione, l'industria dell'alcol sostiene che la maggior parte dei danni derivi dal comportamento di una piccola minoranza e, pertanto, che le politiche non dovrebbero gravare indebitamente sulla popolazione più ampia (225). Di conseguenza, l'industria favorisce interventi mirati su misura per il trattamento dei forti bevitori, come l'uso di dispositivi di blocco dell'accensione per i recidivi (*interlock*) (226).

Secondo la comunità della salute pubblica

I meccanismi di deterrenza generale combinati con misure demografiche sono essenziali per affrontare la guida in stato di ebbrezza. I cosiddetti guidatori incalliti in stato di ebbrezza (recidivi nella guida in stato di ebbrezza) rappresentano una piccola ma importante percentuale di conducenti coinvolti in incidenti mortali dovuti alla guida in stato di ebbrezza. Approcci efficaci per ridurre la recidiva in questo gruppo includono la sospensione o la revoca amministrativa della patente (116) e leggi che richiedono dispositivi di blocco dell'accensione che impediscono l'avviamento di un veicolo finché il conducente non supera un test del respiro (228,229). Tuttavia, va notato che sono stati documentati problemi di *compliance* per quanto riguarda i tassi di installazione degli (vedere, ad esempio, 230 e 231). Per aumentare la compliance, si raccomanda il monitoraggio (232) e ai trasgressori possono essere offerti incentivi come multe ridotte. Infine, la valutazione e il trattamento appropriato (come il counselling o la terapia), che possono essere collegati alla sospensione della patente o all'arresto, sono una parte importante della riduzione della guida in stato di ebbrezza in questo gruppo.

È importante notare che, concentrando l'attenzione sul "guidatore incallito in stato di ebbrezza", la maggior parte di coloro che guidano sotto l'effetto dell'alcol, che rappresentano la maggior parte dei danni, non vengono individuati (233,234). Come sottolineato da Chamberlain e Solomon (234), "il mito del guidatore incallito in stato di ebbrezza distoglie l'attenzione da approcci più completi che sono essenziali per ridurre la guida in stato di ebbrezza tra tutti i segmenti della popolazione". Si ottengono maggiori guadagni attraverso sforzi di deterrenza generali, tra cui leggi che stabiliscono bassi tassi alcolemici (BAC) per poter guidare legalmente (235,236). Secondo l'iniziativa SAFER dell'OMS (236), la riduzione del tasso alcolemico dallo 0,08% allo 0,05% potrebbe ridurre il numero di incidenti stradali correlati all'alcol del 18%.

È importante che qualsiasi limite di BAC sia associato a un'applicazione pubblicizzata (226,236,237). Le evidenze di ricerca provenienti da diversi paesi supportano l'uso di test frequenti, altamente visibili e non selettivi, in particolare *alcohol breath test* (test dell'etilometro casuali o obbligatori), spesso implementati presso sobriety checkpoints (posti di blocco della sobrietà) (237–239). Tali misure aumentano la percezione pubblica della probabilità di arresto, riducendo così la probabilità di guida in stato di ebbrezza (237,240).

Oltre a questi sforzi di deterrenza, ci sono sempre più evidenze che misure a livello di popolazione per ridurre i livelli complessivi di consumo di alcol (aumento delle tasse, restrizioni sulla disponibilità, norme sull'età minima di acquisto e divieti di pubblicità) possono prevenire il consumo eccessivo di alcol e la guida in stato di ebbrezza (226). Ad esempio, ci sono forti evidenze sul fatto che l'aumento delle tasse sull'alcol diminuisca significativamente la guida in stato di ebbrezza e i decessi per incidenti, almeno nei paesi ad alto reddito (120). Allo stesso modo, le norme che limitano la disponibilità fisica di alcol attraverso restrizioni sugli orari e sui giorni di vendita, sulla densità dei punti vendita e sull'età minima di acquisto dell'alcol sono modi efficaci per ridurre tutti i danni correlati all'alcol (241). Uno studio più recente per valutare l'impatto delle politiche di controllo dell'alcol sui danni del traffico stradale correlati all'alcol in Lituania in un periodo di 15 anni ha rilevato che la percentuale di incidenti, feriti e decessi correlati all'alcol è diminuita in modo significativo a seguito dell'attuazione di una serie di misure, tra cui aumenti delle tasse, restrizioni sulla disponibilità (come norme sull'età minima di acquisto), leggi sulla guida in stato di ebbrezza e divieti di marketing (242).

2.5.2. Le campagne per il guidatore designato e i programmi di guida sicura sono efficaci nel prevenire la guida in stato di ebbrezza?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria dell'alcol presenta la guida in stato di ebbrezza come un problema circoscritto che tende a verificarsi in contesti e momenti particolari (13,114). Di conseguenza, l'industria è diventata sempre più attiva nella sponsorizzazione di campagne per il guidatore designato e di guida sicura e consumo responsabile di alcol attraverso le sue attività di responsabilità sociale d'impresa (*Corporate Social Responsibility - CSR*) (11). In una recente consultazione dell'OMS, diversi contributi dell'industria hanno fornito lunghi esempi di campagne nazionali sulla guida in stato di ebbrezza in cui erano stati coinvolti (145), e alcuni hanno affermato che queste iniziative avevano portato a un calo delle vittime della strada (243).

Secondo la comunità della salute pubblica

Mentre i programmi per il guidatore designato e di guida sicura, sostenuti da molti produttori, possono aumentare la consapevolezza, l'impatto sugli incidenti causati dall'alcol non è stato ancora dimostrato (116,226,244,245). Oltre alla mancanza di evidenze a supporto della loro efficacia, le campagne per il guidatore designato possono avere conseguenze indesiderate, tra cui un maggiore consumo da parte dei passeggeri (237,245,246). I passeggeri in stato di ebbrezza possono distrarre il conducente, mettendo tutti a rischio (247).

Un'analisi del contenuto di 266 iniziative selezionate casualmente e intraprese dall'industria nell'area della guida in stato di ebbrezza ha rilevato che:

- Lo 0,8% erano coerenti con l'evidenza di efficacia;
- L'87,6% avevano il potenziale per commercializzare un marchio o un prodotto specifico; e
- Il 66,9% avevano il potenziale per causare danni dal punto di vista della salute pubblica (244).

Inoltre, le campagne dell'industria sulla guida in stato di ebbrezza spesso si verificano in occasione di eventi sponsorizzati dal settore, come concerti o festival. Ciò suggerisce che tali attività (come i buoni taxi) potrebbero essere intraprese per mitigare i potenziali rischi reputazionali associati a incidenti o decessi dovuti alla guida in stato di ebbrezza che potrebbero essere ricondotti a un'azienda o a un marchio di alcolici. Come notato con altre attività di CSR dell'industria, le partnership del settore con gli *stakeholder* della sanità pubblica, tra cui governi e organizzazioni non governative o organizzazioni influenti di *governance* transnazionale, forniscono credibilità e legittimità al settore (225). Inoltre, la sponsorizzazione del settore relativa alle corse automobilistiche, come quella dei team del Gran Premio di Formula 1, invia messaggi contrastanti sulla guida in stato di ebbrezza e rappresenta una violazione dei codici di marketing che proibiscono l'associazione di marchi di alcolici e guida (248).

Le campagne efficaci contro la guida in stato di ebbrezza richiedono una pianificazione approfondita, una distribuzione multicanale e rinforzi nell'applicazione per essere efficaci (249). Le evidenze dimostrano che pochi programmi sponsorizzati dall'industria soddisfano questi criteri e le affermazioni secondo cui le iniziative di CSR dell'industria dell'alcol ridurrebbero il consumo dannoso di alcol mancano di supporto scientifico. Le evidenze emergenti indicano che queste iniziative potrebbero in effetti interferire con il modo in cui vengono inquadrati i problemi correlati all'alcol, impedendo così lo sviluppo di politiche basate sulle evidenze per ridurre i danni dell'alcol (11).

2.5.3. Approfondimenti chiave

L'industria degli alcolici in genere si oppone a misure efficaci per combattere la guida in stato di ebbrezza, spesso distogliendo l'attenzione sui guidatori in stato di ebbrezza "hardcore", mentre quelli che causano la maggior parte dei danni rimangono inosservati. Le campagne di marketing di massa dell'industria che promuovono il bere responsabile e i programmi per il guidatore designato non sono sostituti di misure efficaci; possono essere controproducenti perché servono a scopi di marketing e ritardano misure più efficaci basate sulle evidenze.

Ricerche approfondite sostengono che i meccanismi di deterrenza generale, come bassi tassi alcolemici e misure di controllo altamente visibili, sono cruciali per ridurre gli incidenti dovuti alla guida in stato di ebbrezza. Misure efficaci includono *alcohol breath test* (test del respiro casuale) e sobriety checkpoints (posti di blocco della sobrietà), che aumentano significativamente la probabilità percepita di arresto, scoraggiando così i potenziali trasgressori. Inoltre, affrontare la guida in stato di ebbrezza attraverso politiche complete che riducano il consumo complessivo di alcol, come una maggiore tassazione e una disponibilità limitata, e fornire un trattamento efficace per la dipendenza da alcol si sono dimostrate efficaci nel prevenire incidenti stradali e decessi correlati all'alcol. Queste misure a livello di popolazione non solo prendono di mira i trasgressori abituali, ma impediscono anche ai bevitori occasionali di diventare conducenti in stato di ebbrezza.

Dare priorità a questi interventi basati sull'evidenza scientifica può ridurre significativamente i danni alla circolazione stradale correlati all'alcol e promuovere comportamenti di guida più sicuri.

2.6. Prodotti analcolici e a bassa gradazione alcolica (NoLo)

2.6.1. Aumentare la disponibilità di prodotti analcolici e a bassa gradazione alcolica può ridurre i danni correlati all'alcol?

Secondo l'industria degli alcolici

Il mercato dei prodotti analcolici e a bassa gradazione alcolica (NoLo) ha registrato una notevole espansione negli ultimi anni, con i principali produttori che si sono impegnati ad ampliare la propria offerta di prodotti NoLo come parte di iniziative di CSR volte a ridurre i danni correlati all'alcol. Ad esempio, la società AB InBev si è impegnata a garantire che i prodotti NoLo rappresentino almeno il 20% del suo volume globale di birra entro la fine del 2025, come parte della sua iniziativa *Smart Drinking Goals* (250). Il crescente coinvolgimento del settore nei prodotti NoLo è spesso descritto come una risposta al crescente interesse per la salute e il benessere e ai cambiamenti culturali verso la sobrietà e la moderazione nel consumo di alcol (251,252). Secondo il settore, le opzioni NoLo possono aiutare i consumatori a raggiungere livelli più elevati di salute e benessere, offrendo soluzioni pratiche per coloro che danno priorità alla salute e alla sicurezza nelle loro abitudini di consumo di alcol (253).

Secondo la comunità della salute pubblica

Per comprendere le implicazioni per la salute pubblica dei prodotti NoLo, sono essenziali i dati relativi al loro consumo e all'impatto del consumo complessivo di alcol. Le evidenze attuali suggeriscono che alcuni individui stanno effettivamente sostituendo parte del loro consumo di alcol con alternative analcoliche, come osservato in studi del Regno Unito e della Spagna (254,255). Tuttavia, questi risultati si basano sul presupposto della sostituzione e non è ancora chiaro in che misura i consumatori stiano sostituendo o semplicemente aggiungendo opzioni NoLo al loro consumo abituale di alcol (256).

Uno studio di modellizzazione ha indicato che l'introduzione di birra e vino con una gradazione alcolica inferiore allo 0,5% potrebbe portare a una certa sostituzione di bevande ad alta gradazione alcolica, ma non nella misura in cui potrebbe dimostrare un impatto significativo sulla salute pubblica (257). Nel complesso, vi è attualmente una notevole incertezza circa l'impatto dei prodotti NoLo sul consumo di alcol a livello di popolazione (258).

L'incertezza è anche alimentata da una serie di questioni preoccupanti relative ai prodotti NoLo. In primo luogo, la comunità della sanità pubblica ha espresso preoccupazione per le prove emergenti dell'impatto dei prodotti NoLo sul comportamento dei consumatori e sulle disparità in materia di salute. Secondo studi recenti, gli individui con uno status socioeconomico più elevato hanno maggiori probabilità di acquistare prodotti NoLo (259), quindi, mentre la maggiore disponibilità di prodotti NoLo potrebbe essere efficace nel ridurre il consumo di alcol tra i segmenti più privilegiati della società, potrebbe essere di minore beneficio per il resto della popolazione (260). In misura minore, sono state sollevate preoccupazioni anche sulle implicazioni dell'uso di NoLo su un altro gruppo di popolazione: i giovani (261). In particolare, mancano evidenze sull'impatto che tali prodotti potrebbero avere sull'istituzione di norme sociali sul bere tra i giovani e sull'inizio del loro consumo di alcol.

In secondo luogo, le definizioni e le normative applicate alle bevande NoLo variano in modo significativo, il che influisce sulla capacità dei consumatori di prendere decisioni informate su di esse (258). Non esiste una definizione concordata dei prodotti NoLo e nessun accordo su come dovrebbero essere etichettati (252). Pertanto, il termine "NoLo" può essere applicato non solo a prodotti completamente analcolici, ma anche a prodotti a bassa gradazione alcolica con un contenuto alcolico relativamente basso, ma comunque assolutamente elevato, come i gin che hanno il 20% di alcol in volume (255).

In terzo luogo, la comunità scientifica è cauta nel considerare i prodotti NoLo come uno strumento di salute pubblica, principalmente per le preoccupazioni sul modo in cui questi prodotti vengono commercializzati. Studi recenti hanno argomentato sull'uso dell'*additional marketing* e dell'*alibi marketing/advertising* da parte sia di grandi marchi di alcolici che di marchi artigianali (262,263). Mentre l'*additional marketing* associa i NoLo a uno stile di vita sano e ne promuove l'uso in contesti di consumo di alcol non tradizionali, l'*alibi marketing* aggira le normative sul marketing dell'alcol collegando i prodotti analcolici a marchi ed eventi alcolici noti. Ciò è particolarmente preoccupante nei paesi con restrizioni di marketing dell'alcol in atto (157,264,265). Nel complesso, queste pratiche di marketing contribuiscono alla presenza continua di prodotti che assomigliano molto all'alcol. Ciò può rafforzare le cosiddette culture "alcogeniche" (normalizzanti l'alcol) rafforzando le norme sul consumo di alcol e perpetuando il mito che "tutti bevono" (255,258,262).

Infine, va notato che l'industria dell'alcol utilizza la promozione dei prodotti NoLo per rafforzare la propria immagine di CSR e per distogliere l'attenzione dalle misure politiche sull'alcol basate sull'evidenza (266).

2.6.2. Approfondimenti chiave

Mentre l'industria dell'alcol investe sempre di più nei prodotti NoLo, persistono incertezze sulla loro efficacia nel ridurre il consumo complessivo di alcol e i danni correlati. Le domande sollevate dalla comunità della sanità pubblica in merito al comportamento dei consumatori, alle disparità sanitarie, alle incongruenze normative e alle tattiche di marketing sottolineano la necessità di ulteriori ricerche e controlli normativi in quest'area (258). In definitiva, i potenziali benefici dei prodotti NoLo devono essere attentamente soppesati rispetto ai loro potenziali rischi, e le misure politiche che affrontano il consumo di alcol nel suo complesso rimangono essenziali per promuovere la salute pubblica e il benessere.

Conclusione

L'uso di alcol e il suo onere associato rappresentano una sfida significativa per la salute pubblica, che richiede una risposta globale coordinata. I decisori politici impegnati nella salvaguardia della salute pubblica devono basare le loro decisioni sulle solide evidenze di salute pubblica quando affrontano i danni alcol-correlati.

Questa pubblicazione ha evidenziato diversi aspetti urgenti correlati all'alcol, sottolineando che molte risposte a queste domande che si sentono comunemente derivano da prospettive orientate al profitto, progettate per promuovere le vendite e la redditività dell'alcol. Al contrario, le evidenze della ricerca sulla salute pubblica mostrano, ad esempio, che l'alcol è dannoso per tutti, che non fa bene alla salute, che può causare il cancro e che non è redditizio per i governi.

Per proteggere e promuovere la salute pubblica, è fondamentale che le decisioni politiche siano guidate dalle risposte sviluppate dalla comunità della salute pubblica e focalizzate sul miglioramento dei risultati sanitari. Si spera che questo documento incoraggi i decisori politici a valutare criticamente le fonti di informazione su cui fanno affidamento e a dare priorità alle conclusioni basate sulle evidenze della comunità della salute pubblica quando si definiscono le politiche relative all'alcol.

Riferimenti

1. Jacquet J. The playbook: how to deny science, sell lies, and make a killing in the corporate world. London: Allen Lane; 2022.
2. Tobacco control playbook. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/347383>).
3. WHO framework convention on tobacco control. Geneva: World Health Organization; 2003 (<https://iris.who.int/handle/10665/42811>).
4. Madden M, Bartlett A, McCambridge J. Constructing public-private partnerships to undermine the public interest: critical discourse analysis of Working Together published by the International Alliance for Responsible Drinking. *Global Health*. 2023;19(1):103 (<https://doi.org/10.1186/s12992-023-01000-0>).
5. Turning down the alcohol flow: background document on the European framework for action on alcohol, 2022–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/361975>).
6. Global alcohol action plan 2022–2030. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376939>).
7. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://iris.who.int/handle/10665/44395>).
8. Babor TF, Robaina K. Public health, academic medicine, and the alcohol industry's corporate social responsibility activities. *Am J Public Health*. 2013;103(2):206–14 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300847>).
9. Jernigan DH. Global alcohol producers, science, and policy: the case of the International Center for Alcohol Policies. *Am J Public Health*. 2012;102(1):80–9 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300269>).
10. McCambridge J, Garry J, Room R. The origins and purposes of alcohol industry social aspects organizations: insights from the tobacco industry documents. *J Stud Alcohol Drugs*. 2021;82(6):740–51 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.740>).

11. Mialon M, McCambridge J. Alcohol industry corporate social responsibility initiatives and harmful drinking: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2018;28(4):664–73 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky065>).
12. Jernigan DH, Ross CS. The alcohol marketing landscape: alcohol industry size, structure, strategies, and public health responses. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020;sup 19:13–25 (<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.13>).
13. McCambridge J, Mialon M, Hawkins B. Alcohol industry involvement in policymaking: a systematic review. *Addiction*. 2018;113(9):1571–84 (<https://doi.org/10.1111/add.14216>).
14. Casswell S. Current developments in the global governance arena: where is alcohol headed? *J Glob Health*. 2019;9(2):020305 (<https://doi.org/10.7189/jogh.09.020305>).
15. Katikireddi SV, Bond L, Hilton S. Changing policy framing as a deliberate strategy for public health advocacy: a qualitative policy case study of minimum unit pricing of alcohol. *Milbank Q*. 2014;92(2):250–83 (<https://doi.org/10.1111/1468-0009.12057>).
16. Van Schalkwyk MCI, Petticrew M, Maani N, Hawkins B, Bonell C et al. Distilling the curriculum: an analysis of alcohol industry-funded school-based youth education programmes. *PLoS ONE*. 2022;17(1):e0259560 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259560>).
17. Petticrew M, Fitzgerald N, Maani N, McCambridge J, Pettigrew S, van Schalkwyk M. Responsible drinking, conflicts of interest, and the elephant in the room: a commentary on “A scoping review of ‘responsible drinking’ interventions by Gray, Williams and Shaffer (2020)”. *Health Commun*. 2021;36(2):257–9 (<https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1827541>).
18. O’Brien P, Dwyer R, Gleeson D, Cook M, Room R. Influencing the global governance of alcohol: alcohol industry views in submissions to the WHO consultation for the alcohol action plan 2022–2030. *Int J Drug Policy*. 2023;119:104115 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104115>).
19. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R et al. Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health*. 2023;8(1):e6–e7 ([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6)).
20. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD et al. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015–35 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)).

21. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease: an update. *Addiction*. 2017;112(6):968–1001 (<https://doi.org/10.1111/add.13757>).
22. Sherk A, Stockwell T, Rehm J, Dorocicz J, Shield KD, Churchill S. The International Model of Alcohol Harms and Policies: a new method for estimating alcohol health harms with application to alcohol-attributable mortality in Canada. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(3):339–51 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.339>).
23. Rovira P, Rehm J. Estimation of cancers caused by light to moderate alcohol consumption in the European Union. *Eur J Public Health*. 2021;31(3):591–6 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa236>).
24. Jones S, Casswell S, Zhang JF. The economic costs of alcohol-related absenteeism and reduced productivity among the working population of New Zealand. *Addiction*. 1995;90(11):1455–61 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8528030/>).
25. Rossow I, Romelsjö A. The extent of the “prevention paradox” in alcohol problems as a function of population drinking patterns. *Addiction*. 2006;101(1):84–90 (<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01294.x>).
26. Rossow I, Mäkelä P. Public health thinking around alcohol-related harm: why does per capita consumption matter? *J Stud Alcohol Drugs*. 2021;82(1):9–17 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.9>).
27. Karriker-Jaffe KJ, Li L, Greenfield TK. Estimating mental health impacts of alcohol’s harms from other drinkers: using propensity scoring methods with national cross-sectional data from the United States. *Addiction*. 2018;113(10):1826–39 (<https://doi.org/10.1111/add.14283>).
28. Laslett A-M, Room R, Waleewong O, Stanesby O, Callinan S. Harm to others from drinking: patterns in nine societies. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329393>).
29. Laslett A-M, Room R, Kuntsche S, Anderson-Luxford D, Willoughby B, Doran C et al. Alcohol’s harm to others in 2021: who bears the burden? *Addiction*. 2023;118(9):1726–38 (<https://doi.org/10.1111/add.16205>).
30. Kilian C, Manthey J, Braddick F, López-Pelayo H, Rehm J. Social disparities in alcohol’s harm to others: evidence from 32 European countries. *Int J Drug Policy*. 2023;118:104079 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104079>).

31. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Alcohol consumption, alcohol dependence, and attributable burden of disease in Europe: potential gains from effective interventions for alcohol dependence. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2012
(<https://doi.org/10.5167/uzh-64919>).
32. Paradis C, Butt P, Shield K, Poole N, Wells S, Naimi T et al. Canada's guidance on alcohol and health: final report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023
(https://ccsa.ca/sites/default/files/20230-1CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf).
33. Arora M, ElSayed A, Beger B, Naidoo P, Shilton T, Jain N et al. The impact of alcohol consumption on cardiovascular health: myths and measures. *Global Heart*. 2022;17(1):45.
(<https://doi.org/10.5334/gh.1132>).
34. Can a balanced lifestyle include drinking alcohol? DRNIKiQ. London: Diageo; 2024
(<https://www.drinkiq.com/en-us/support-with-drinking/can-a-balanced-lifestyle-include-drinking-alcohol#refs3>).
35. Matured to be enjoyed responsibly: promoting responsible attitudes to alcohol consumption. Edinburgh: Scotch Whisky Association; 2020
(<https://www.scotch-whisky.org.uk/media/1756/matured-to-be-enjoyedresponsibly-july-2020.pdf>).
36. Stockwell T, Zhao J, Naimi T. Apologizing for the alcohol industry? A comment on ISFAR's defense of alcohol's purported health benefits. *J Stud Alcohol Drugs*. 2024;85(1):133–5
(<https://doi.org/10.15288/jsad.23-00193>).
37. Miller M, Livingston M, Maganja D, Wright CC. Unpacking assertions made by the alcohol industry and how they make them: an analysis of submissions into Australia's national alcohol strategy. *Drug Alcohol Rev*. 2023;42(6):1312–21
(<https://doi.org/10.1111/dar.13682>).
38. Gaziano JM, Buring JE, Breslow JL, Goldhaber SZ, Rosner B, VanDenburgh M et al. Moderate alcohol intake, increased levels of high-density lipoprotein and its subfractions, and decreased risk of myocardial infarction. *N Engl J Med*. 1993;329(25):1829–34
(<https://doi.org/10.1056/NEJM199312163292501>).
39. Klatsky AL. Moderate drinking and reduced risk of heart disease. *Alcohol Res Health*. 1999;23(1):15
(<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6761693/>).

40. Rimm EB, Giovannucci EL, Willett WC, Colditz GA, Ascherio A, Rosner B et al. Prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *Lancet*. 1991;338(8765):464–8
([https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)90542-w](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)90542-w)).
41. Sacco RL, Elkind M, Boden-Albala B, Lin I-F, Kargman DE, Hauser WA et al. The protective effect of moderate alcohol consumption on ischemic stroke. *JAMA*. 1999;281(1):53–60
(<https://doi.org/10.1001/jama.281.1.53>).
42. Fillmore KM, Kerr WC, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A. Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies. *Addiction Res Theory*. 2006;14(2):101–32
(<https://doi.org/10.1080/16066350500497983>).
43. Naimi TS, Stockwell T, Zhao J, Xuan Z, Dangardt F, Saitz R et al. Selection biases in observational studies affect associations between “moderate” alcohol consumption and mortality. *Addiction*. 2017;112(2):207–14
(<https://doi.org/10.1111/add.13451>).
44. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do “moderate” drinkers have reduced mortality risk? A systematic review and meta-analysis of alcohol consumption and all-cause mortality. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(2):185–98
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.185>).
45. Shaper AG, Wannamethee G, Walker M. Alcohol and mortality in British men: explaining the U-shaped curve. *Lancet*. 1988;332(8623):1267–73
([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(88\)92890-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(88)92890-5)).
46. Stockwell T, Zhao J, Clay J, Levesque C, Sanger N, Sherk A, Naimi T. Why do only some cohort studies find health benefits from low volume alcohol use? A systematic review and meta-analysis of study characteristics that may bias mortality risk estimates. *J Stud Alcohol Drugs*. 2024 (<https://doi.org/10.15288/jsad.23-00283>).
47. Zhao J, Stockwell T, Naimi T, Churchill S, Clay J, Sherk A. Association between daily alcohol intake and risk of all-cause mortality: a systematic review and metaanalyses. *JAMA Netw Open*. 2023;6(3):e236185
(<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6185>).
48. Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Alcohol consumption and mortality from coronary heart disease: an updated meta-analysis of cohort studies. *J Stud Alcohol Drugs*. 2017;78(3):375–86
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.375>).

49. Im PK, Wright N, Yang L, Chan KH, Chen Y, Guo Y et al. Alcohol consumption and risks of more than 200 diseases in Chinese men. *Nat Med*. 2023;29(6):1476–86 (<https://doi.org/10.1038/s41591-023-02383-8>).
50. Schooling CM, Sun W, Ho SY, Chan WM, Tham MK, Ho KS et al. Moderate alcohol use and mortality from ischaemic heart disease: a prospective study in older Chinese people. *PLoS One*. 2008;3(6):e2370 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002370>).
51. Roy A, Prabhakaran D, Jeemon P, Thankappan KR, Mohan V, Ramakrishnan L et al. Impact of alcohol on coronary heart disease in Indian men. *Atherosclerosis*. 2010;210(2):531–5 (<https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2010.02.033>).
52. Larsson SC, Burgess S, Mason AM, Michaëlsson K. Alcohol consumption and cardiovascular disease: a Mendelian randomization study. *Circ Genom Precis Med*. 2020;13(3):e002814 (<https://doi.org/10.1161/CIRCGEN.119.002814>).
53. Rosoff DB, Davey Smith G, Mehta N, Clarke T-K, Lohoff FW. Evaluating the relationship between alcohol consumption, tobacco use, and cardiovascular disease: a multivariable Mendelian randomization study. *PLoS Med*. 2020;17(12):e1003410 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003410>).
54. Biddinger KJ, Emdin CA, Haas ME, Wang M, Hindy G, Ellinor PT et al. Association of habitual alcohol intake with risk of cardiovascular disease. *JAMA Netw Open*. 2022;5(3):e223849 (<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.3849>).
55. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P et al. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. *Lancet*. 2015;386(10007):1945–54 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00235-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00235-4)).
56. Rani S, Laupacis A. “Less is better” is the best message when talking to patients about alcohol. *CMAJ*. 2023;195(36):E1232–E1233 (<https://doi.org/10.1503/cmaj.231238>).
57. Maani N, van Schalkwyk M, Filippidis F, Knai C, Petticrew M. Manufacturing doubt: assessing the effects of independent vs industry-sponsored messaging about the harms of fossil fuels, smoking, alcohol, and sugar sweetened beverages. *SSM Popul Health*. 2021;17:101009 (<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.101009>).

58. Vallance K, Vincent A, Schoueri-Mychasiw N, Stockwell T, Hammond D, Greenfield TK et al. News media and the influence of the alcohol industry: an analysis of media coverage of alcohol warning labels with a cancer message in Canada and Ireland. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(2):273–83
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.273>).
59. Petticrew M, Maani N, Knai C, Weiderpass E. The strategies of alcohol industry SAPROs: inaccurate information, misleading language and the use of confounders to downplay and misrepresent the risk of cancer. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(3):313–15
(<https://doi.org/10.1111/dar.12677>).
60. Maani N, van Schalkwyk M, Petticrew M. Under the influence: system-level effects of alcohol industry-funded health information organizations. *Health Promot Int*. 2023;38(6):daad167
(<https://doi.org/10.1093/heapro/daad167>).
61. Alcohol consumption and ethyl carbamate. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2010
(<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Alcohol-Consumption-And-Ethyl-Carbamate-2010>).
62. Room R, Rehm J, Parry C. Alcohol and non-communicable diseases (NCDs): time for a serious international public health effort. *Addiction*. 2011;106(9):1547–8
(<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03549.x>).
63. Alcohol and cancer in the WHO European Region: an appeal for better prevention. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020
(<https://iris.who.int/handle/10665/336595>).
64. Runggay H, Murphy N, Ferrari P, Soerjomataram I. Alcohol and cancer: epidemiology and biological mechanisms. *Nutrients*. 2021;13(9):3173
(<https://doi.org/10.3390/nu13093173>).
65. Cao Y, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci EL. Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ*. 2015;351:h4238
(<https://doi.org/10.1136/bmj.h4238>).
66. Net income of liquor authorities and government revenue from sale of alcoholic beverages (x 1000). Table 10-10-0012-01. Release date: 6 March 2024. Ottawa: Statistics Canada; 2024
(<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1010001201>).
67. Stafford J, Kypri K, Pettigrew S. Industry actor use of research evidence: critical analysis of Australian alcohol policy submissions. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(6):710–18
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.710>).

68. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*. 2016;111(1):18–32 (<https://doi.org/10.1111/add.13048>).
69. Scotch whisky economic impact report 2018. Edinburgh: Scotch Whisky Association; 2019 (<https://www.scotch-whisky.org.uk/media/1591/final-2018-economic-impact-report.pdf>).
70. Long live the local. [campaign website of the British Beer Alliance]. London: British Beer and Pub Association; 2020 (<https://www.longlivethelocal.pub>).
71. Back business: cut tax: budget submission 2020. London: Wine and Spirit Trade Association; 2020 (<https://www.wsta.co.uk/wp-content/uploads/2020/01/2020-Budget-Submission-1.pdf>).
72. Sherk A. Canada's alcohol deficit, 2007–2020: social cost, public revenue, magnitudes of alcohol use and the per-drink net deficit for a fourteen-year period. *J Stud Alcohol Drugs*. 2024 (<https://doi.org/10.15288/jsad.23-00241>).
73. Manthey J, Hassan SA, Carr S, Kilian C, Kuitunen-Paul S, Rehm J. What are the economic costs to society attributable to alcohol use? A systematic review and modelling study. *Pharmacoeconomics*. 2021;39(7):809–22 (<https://doi.org/10.1007/s40273-021-01031-8>).
74. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 national and state costs of excessive alcohol consumption. *Am J Prev Med*. 2015;49(5):e73–e79 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.031>).
75. Canadian substance use costs and harms 2007–2020. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023 (<https://csuch.ca/documents/reports/english/Canadian-Substance-Use-Costs-andHarms-Report-2023-en.pdf>).
76. Kopp P, Ogrodnik M. Social cost in France: what's new in the field of death toll and illness calculations. PSE-Ecole d'économie de Paris (Postprint) hal-01299173, HAL; 2016 (<https://ideas.repec.org/p/hal/pseptp/hal-01299173.html>).
77. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P et al. The economic costs of alcohol consumption in Thailand, 2006. *BMC Public Health*. 2010;10:323 (<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-323>).
78. Evaluating the impact of minimum unit pricing for alcohol in Scotland: final report: a synthesis of the evidence. Edinburgh: Public Health Scotland; 2023 (<https://publichealthscotland.scot/media/20366/evaluating-the-impact-ofminimum-unit-pricing-for-alcohol-in-scotland-final-report.pdf>).

79. Bhattacharya A. Splitting the bill: alcohol's impact on the economy. London: Institute of Alcohol Studies; 2017
(<https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp23022017.pdf>).
80. The economic impact of changes in alcohol consumption in the UK. Glasgow: Fraser of Allander Institute; 2018
(<http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp30042018.pdf>).
81. Minimum unit pricing: impacts on the alcoholic drinks industry in Scotland. Edinburgh: Public Health Scotland; 2023
(<https://www.publichealthscotland.scot/publications/minimum-unit-pricing-impactson-the-alcoholic-drinks-industry-in-scotland>).
82. Stead M, Critchlow N, Eadie D, Fitzgerald N, Angus K, Purves R et al. Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing in Scotland: observational study of small retailers. NHS Health Scotland/Public Health Scotland. Stirling: University of Stirling; 2020
(<https://www.stir.ac.uk/research/hub/publication/1627427>).
83. Stead M, Eadie D, Purves RI, McKell J, Critchlow N, Angus K et al. Implementation of alcohol minimum unit pricing (MUP): a qualitative study with small retailers. *Drugs (Abingdon Engl)*. 2023;30(5):453–60
(<https://doi.org/10.1080/09687637.2022.2075251>).
84. Tax, not a health instrument. Brussels: spiritsEUROPE; n.d.
(<https://spirits.eu/policies/taxation-economy/tax-not-a-health-instrument>).
85. Policy review in brief: taxation of beverage alcohol. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018
(<https://www.iard.org/getattachment/660ef449-ce90-414e-8064-3891487581c2/iard-policy-review-taxation-of-beverage-alcohol.pdf>).
86. Hawkins B, van Schalkwyk M. Politics and fantasy in UK alcohol policy: a critical logics approach. *Crit Policy Stud*. 2024;18(1):5–24
(<https://doi.org/10.1080/19460171.2023.2188470>).
87. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *Lancet*. 2009;373(9682):2234–46
([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60744-3)).
88. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative cost-effectiveness analysis. *J Stud Alcohol*. 2004;65(6):782–93
(<https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.782>).

89. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011
(<https://iris.who.int/handle/10665/44579>).
90. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. *Addiction*. 2009;104(2):179–90
(<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x>).
91. Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effects of alcohol tax and price policies on morbidity and mortality: a systematic review. *Am J Public Health*. 2010;100(11):2270–8.
(<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.186007>).
92. Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J. Resource tool on alcohol taxation and pricing policies. Geneva: World Health Organization; 2017
(<https://iris.who.int/handle/10665/255795>).
93. No place for cheap alcohol: the potential value of minimum pricing for protecting lives. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022
(<https://iris.who.int/handle/10665/356597>).
94. Manthey J, Gobiņa I, Isajeva L, Neneman J, Reile R, Štelemėkas M et al. The impact of raising alcohol taxes on government tax revenue: insights from five European countries. *Appl Health Econ Health Policy*. 2024;22(3):363–74
(<https://doi.org/10.1007/s40258-024-00873-5>).
95. Tackling NCDs: “best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2017
(<https://iris.who.int/handle/10665/259232>).
96. Doran CM, Byrnes JM, Cobiac LJ, Vandenberg B, Vos T. Estimated impacts of alternative Australian alcohol taxation structures on consumption, public health and government revenues. *Med J Aust*. 2013;199(9):619–22
(<https://doi.org/10.5694/mja13.10605>).
97. Sharma A, Vandenberg B, Hollingsworth B. Minimum pricing of alcohol versus volumetric taxation: which policy will reduce heavy consumption without adversely affecting light and moderate consumers? *PLoS One*. 2014;9(1):e80936
(<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080936>).
98. Meier PS, Holmes J, Angus C, Ally AK, Meng Y, Brennan A. Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: a mathematical modelling study. *PLoS Med*. 2016;13(2):e1001963
(<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001963>).

99. Alcohol marketing in the WHO European Region: update report on the evidence and recommended policy actions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/336178>).
100. Mäkelä P, Osterberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction*. 2009;104(4):554–63 (<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02517.x>).
101. Zhao J, Stockwell T. The impacts of minimum alcohol pricing on alcohol attributable morbidity in regions of British Columbia, Canada with low, medium and high mean family income. *Addiction*. 2017;112(11):1942–51 (<https://doi.org/10.1111/add.13902>).
102. Maharaj T, Angus C, Fitzgerald N, Allen K, Stewart S, MacHale S et al. Impact of minimum unit pricing on alcohol-related hospital outcomes: systematic review. *BMJ Open*. 2023;13(2):e065220 (<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-065220>).
103. Griffith R, O’Connell M, Smith K. Price floors and externality correction. *Econ J*. 2022;132(646):2273–89 (<https://doi.org/10.1093/ej/ueac011>).
104. Kerr WC, Greenfield TK. Distribution of alcohol consumption and expenditures and the impact of improved measurement on coverage of alcohol sales in the 2000 National Alcohol Survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(10):1714–22 (<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00467.x>).
105. Sheron N, Chilcott F, Matthews L, Challoner B, Thomas M. Impact of minimum price per unit of alcohol on patients with liver disease in the UK. *Clin Med (Lond)*. 2014;14(4):396–403 (<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-4-396>).
106. Livingston M, Callinan S. Examining Australia’s heaviest drinkers. *Aust N Z J Public Health*. 2019;43(5):451–6 (<https://doi.org/10.1111/1753-6405.12901>).
107. Gill J, Chick J, Black H, Rees C, O’May F, Rush R et al. Alcohol purchasing by ill heavy drinkers: cheap alcohol is no single commodity. *Public Health*. 2015;129(12):1571–8 (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.08.013>).
108. Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A et al. Effects of minimum unit pricing for alcohol on different income and socioeconomic groups: a modelling study. *Lancet*. 2014;383(9929):1655–64 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62417-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62417-4)).

109. Daley JI, Stahre MA, Chaloupka FJ, Naimi TS. The impact of a 25-cent-per-drink alcohol tax increase. *Am J Prev Med.* 2012;42(4):382–9 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.12.008>).
110. Gilmore I. A minimum unit price: the “holy grail” of alcohol policy. *Clin Med (Lond).* 2015;15(1):5–6 (<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-1-5>).
111. O’Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Immediate impact of minimum unit pricing on alcohol purchases in Scotland: controlled interrupted time series analysis for 2015–18. *BMJ.* 2019;366:l5274 (<https://doi.org/10.1136/bmj.l5274>).
112. Health taxes: a primer. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329757>).
113. Angus C, Morris D, Leeming G, Kai Le Chen R, Wilson L, Stevely A et al. New modelling of alcohol pricing policies, alcohol consumption and harm in Scotland: an adaptation of the Sheffield tobacco and alcohol policy model. Sheffield: University of Sheffield; 2023 (<https://doi.org/10.15131/shef.data.21931386.v1>).
114. Hawkins B, McCambridge J. Industry actors, think tanks, and alcohol policy in the United Kingdom. *Am J Public Health.* 2014;104(8):1363–9 (<https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301858>).
115. Boyd J, Bamba C, Purshouse RC, Holmes J. Beyond behaviour: how health inequality theory can enhance our understanding of the “alcohol-harm paradox”. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(11):6025 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18116025>).
116. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy, third edition. Oxford: Oxford University Press; 2023 (<https://doi.org/10.1093/oso/9780192844484.002.0003>).
117. Who pays the tab? The distributional effects of UK alcohol taxes. London: Institute of Alcohol Studies; 2020 (<http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp40022020.pdf>).
118. Sassi F, Belloni A, Mirelman AJ, Suhrcke M, Thomas A, Salti N et al. Equity impacts of price policies to promote healthy behaviours. *Lancet.* 2018;391(10134):2059–70 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30531-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30531-2)).

119. Naimi TS, Daley JL, Xuan Z, Blanchette JG, Chaloupka FJ, Jernigan DH. Who would pay for state alcohol tax increases in the United States? *Prev Chronic Dis.* 2016;13:E67 (<https://doi.org/10.5888/pcd13.150450>).
120. Elder RW, Lawrence B, Ferguson A, Naimi TS, Brewer RD, Chattopadhyay SK et al. The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med.* 2010;38(2):217–29 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.005>).
121. Global status report on alcohol and health. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://iris.who.int/handle/10665/44499>).
122. Lewer D, Meier P, Beard E, Boniface S, Kaner E. Unravelling the alcohol harm paradox: a population-based study of social gradients across very heavy drinking thresholds. *BMC Public Health.* 2016;16:599 (<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3265-9>).
123. Beard E, Brown J, West R, Angus C, Brennan A, Holmes J et al. Deconstructing the alcohol harm paradox: a population based survey of adults in England. *PLoS One.* 2016;11(9):e0160666 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160666>).
124. Smith K, Foster J. Alcohol, health inequalities and the harm paradox: why some groups face greater problems despite consuming less alcohol. London: Institute of Alcohol Studies; 2014 (<https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/IAS%20report%20Alcohol%20and%20health%20inequalities%20FULL.pdf>).
125. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *Lancet Public Health.* 2020;5(6):e324–e332 ([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30052-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30052-9)).
126. Preventing harmful alcohol use. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2021 (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/preventing-harmful-alcohol-use_6e4b4ffb-en).
127. Draft action plan (2022–2030) to effectively implement the global strategy to reduce the harmful use of alcohol as a public health priority. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/359404>).

128. Policy review in brief: physical availability restrictions. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018
(<https://www.iard.org/getattachment/59e12929-aeb0-4e83-ac52-72ac3001d087/iard-policy-review-physical-availability-restrictions.pdf>).
129. Australian Hotels Association New South Wales (AHA NSW) submission to the independent review of the Liquor Amendment Act 2014. Sydney: NSW Government; 2016.
130. Wine and Spirit Trade Association (WSTA) response to UK House of Lords inquiry into the Licensing Act for England and Wales 2003. House of Lords Select Committee on the Licensing Act 2003. London: United Kingdom Parliament; 2016
(<https://www.parliament.uk/globalassets/documents/lords-committees/Licensing-Act-2003/Collated-written-evidence-volume.pdf>).
131. Siegfried N, Parry C. Do alcohol control policies work? An umbrella review and quality assessment of systematic reviews of alcohol control interventions (2006–2017). *PLoS One*. 2019;14(4):e0214865
(<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214865>).
132. Wilkinson C, Livingston M, Room R. Impacts of changes to trading hours of liquor licences on alcohol-related harm: a systematic review 2005–2015. *Public Health Res Pract*. 2016;26(4):2641644
(<https://doi.org/10.17061/phrp2641644>).
133. Sanchez-Ramirez DC, Voaklander D. The impact of policies regulating alcohol trading hours and days on specific alcohol-related harms: a systematic review. *Inj Prev*. 2018;24(1):94–100
(<https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042285>).
134. Nepal S, Kypri K, Tekelab T, Hodder RK, Attia J, Bagade T et al. Effects of extensions and restrictions in alcohol trading hours on the incidence of assault and unintentional injury: systematic review. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(1):5–23
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.5>).
135. Rossow I, Norström T. The impact of small changes in bar closing hours on violence: the Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*. 2012;107(3):530–7
(<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03643.x>).
136. Kypri K, McElduff P, Miller P. Restrictions in pub closing times and lockouts in Newcastle, Australia five years on. *Drug Alcohol Rev*. 2014;33(3):323–6
(<https://doi.org/10.1111/dar.12123>).
137. Wicki M, Gmel G. Hospital admission rates for alcoholic intoxication after policy changes in the canton of Geneva, Switzerland. *Drug Alcohol Depend*. 2011;118(2–3):209–15
(<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.020>).

138. Wicki M, Bertholet N, Gmel G. Estimated changes in hospital admissions for alcohol intoxication after partial bans on off-premises sales of alcoholic beverages in the canton of Vaud, Switzerland: an interrupted time-series analysis. *Addiction*. 2020;115(8):1459–69
(<https://doi.org/10.1111/add.14967>).
139. Marcus J, Siedler T. Reducing binge drinking? The effect of a ban on late-night off-premise alcohol sales on alcohol-related hospital stays in Germany. *J Public Econ*. 2015;123:55–77
(<https://doi.org/10.2139/ssrn.2553193>).
140. Sauliune S, Petrauskiene J, Kalediene R. Alcohol-related injuries and alcohol control policy in Lithuania: effect of the year of sobriety, 2008. *Alcohol Alcohol*. 2012;47(4):458–63
(<https://doi.org/10.1093/alcalc/ags033>).
141. Stevely AK, de Vocht F, Neves RB, Holmes J, Meier PS. Evaluating the effects of the Licensing Act 2003 on the characteristics of drinking occasions in England and Wales: a theory of change-guided evaluation of a natural experiment. *Addiction*. 2021;116(9):2348–59
(<https://doi.org/10.1111/add.15451>).
142. Humphreys DK, Eisner MP, Wiebe DJ. Evaluating the impact of flexible alcohol trading hours on violence: an interrupted time series analysis. *PloS One*. 2013;8(2):e55581
(<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055581>).
143. Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T, Andréasson S, Angus C, Gripenberg J et al. Alcohol consumption and the physical availability of take-away alcohol: systematic reviews and meta-analyses of the days and hours of sale and outlet density. *J Stud Alcohol Drugs*. 2018;79(1):58–67
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2018.79.58>).
144. Petticrew M, Douglas N, D’Souza P, Shi YM, Durand MA, Knai C et al. Community alcohol partnerships with the alcohol industry: what is their purpose and are they effective in reducing alcohol harms? *J Public Health (Oxf)*. 2018;40(1):16–31
(<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw139>).
145. Dwyer R, Room R, O’Brien P, Cook M, Gleeson D. Alcohol industry submissions to the WHO 2020 consultation on the development of an alcohol action plan: a content and thematic analysis. Centre for Alcohol Policy Research. Melbourne: La Trobe University; 2022
(https://opal.latrobe.edu.au/articles/report/Alcohol_Industry_Submissions_to_the_WHO_2020_Alcohol_Action_Plan_Consultation_A_Content_and_Thematic_Analysis_Report_for_Foundation_for_Alcohol_Research_and_Education_FARE_/19320284?file=34326092).

146. British Retail Consortium (BRC) response to UK House of Lords inquiry into the Licensing Act for England and Wales 2003. House of Lords Select Committee on the Licensing Act 2003. London: United Kingdom Parliament; 2016
(<https://www.parliament.uk/globalassets/documents/lords-committees/Licensing-Act-2003/Collated-written-evidence-volume.pdf>).
147. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. A review of existing studies reporting the negative effects of alcohol access and positive effects of alcohol control policies on interpersonal violence. *Front Public Health*. 2015;3:253
(<https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00253>).
148. Pridemore WA, Grubestic TH. Community organization moderates the effect of alcohol outlet density on violence. *Br J Sociol*. 2012;63(4):680–703
(<https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2012.01432.x>).
149. de Vocht F, Heron J, Angus C, Brennan A, Mooney J, Lock K et al. Measurable effects of local alcohol licensing policies on population health in England. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(3):231–7
(<https://doi.org/10.1136/jech-2015-206040>).
150. O'Donnell R, Mohan A, Purves R, Maani N, Angus C, Egan M et al. Mechanisms of impact of alcohol availability interventions from the perspective of 63 diverse alcohol licensing stakeholders: a qualitative interview study. *Drugs Educ Prev Policy*. 2023;1–10
(<https://doi.org/10.1080/09687637.2023.2205991>).
151. Martino FP, Miller PG, Coomber K, Hancock L, Kypri K. Analysis of alcohol industry submissions against marketing regulation. *PLoS One*. 2017;12(1):e0170366
(<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170366>).
152. Policy review in brief: marketing of alcohol beverages. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018
(<https://www.iard.org/getattachment/9e1ca412-da98-48a0-909b-7e25c398ce1a/iard-policy-reviw-marketing-of-alcohol-beverages-2018.pdf>).
153. Hastings G. "They'll drink bucket loads of the stuff": an analysis of internal alcohol industry advertising documents. London: Alcohol and Education Research Council; 2009
(http://oro.open.ac.uk/22913/1/AERC_FinalReport_0060.pdf).
154. Hastings G, Brooks O, Stead M, Angus K, Anker T, Farrell T. Failure of self regulation of UK alcohol advertising. *BMJ*. 2010;340:b5650
(<https://doi.org/10.1136/bmj.b5650>).
155. Heineken NV annual report 2008. Amsterdam: Heineken NV; 2008
(https://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReportArchive/h/OTC_HEIN_2008.pdf).

156. Reducing the harm from alcohol by regulating cross-border alcohol marketing, advertising and promotion: a technical report. Geneva: World Health Organization; 2022
(<https://iris.who.int/handle/10665/354078>).
157. Digital marketing of alcohol: challenges and policy options for better health in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021
(<https://iris.who.int/handle/10665/350186>).
158. Carah N. Algorithmic brands: a decade of brand experiments with mobile and social media. *New Media Soc.* 2017;19(3):384–400
(<https://doi.org/10.1177/1461444815605463>).
159. Montonen M, Tuominen I. Restricting alcohol marketing on social media in Finland. In: Lyons A, McCreanor T, Goodwin I, Moewaka Barnes H, editors. *Youth drinking cultures in a digital world: alcohol, social media and cultures of intoxication*. Abingdon: Routledge; 2017:202–17.
160. Radoš Krnel S, Levičnik G, van Dalen W, Ferrarese G, Tricas-Sauras S. Effectiveness of regulatory policies on online/digital/internet-mediated alcohol marketing: a systematic review. *J Epidemiol Glob Health.* 2023;13(1):115–28
(<https://doi.org/10.1007/s44197-023-00088-2>).
161. Noel JK, Babor TF, Robaina K. Industry self-regulation of alcohol marketing: a systematic review of content and exposure research. *Addiction.* 2017;112:28–50
(<https://doi.org/10.1111/add.13410>).
162. Barry AE, Bates AM, Olusanya O, Vinal CE, Martin E, Peoples JE et al. Alcohol marketing on Twitter and Instagram: evidence of directly advertising to youth/adolescents. *Alcohol Alcohol.* 2016;51(4):487–92
(<https://doi.org/10.1093/alcalc/agv128>).
163. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012
(<https://iris.who.int/handle/10665/107307>).
164. Finan LJ, Lipperman-Kreda S, Grube JW, Balassone A, Kaner E. Alcohol marketing and adolescent and young adult alcohol use behaviors: a systematic review of cross-sectional studies. *J Stud Alcohol Drugs Suppl.* 2020;Sup 19(Suppl 19):42–56
(<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.42>).
165. Gupta H, Pettigrew S, Lam T, Tait RJ. A systematic review of the impact of exposure to internet-based alcohol-related content on young people's alcohol use behaviours. *Alcohol Alcohol.* 2016;51(6):763–71
(<https://doi.org/10.1093/alcalc/agw050>).

166. Smith LA, Foxcroft DR. The effect of alcohol advertising, marketing and portrayal on drinking behaviour in young people: systematic review of prospective cohort studies. *BMC Public Health*. 2009;9:51
(<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-51>).
167. Jernigan DH, Noel JK, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Alcohol marketing and youth alcohol consumption: a systematic review of longitudinal studies published since 2008. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:7–20
(<https://doi.org/10.1111/add.13591>).
168. Babor TF, Jernigan DH, Brookes C, Brown K. Toward a public health approach to the protection of vulnerable populations from the harmful effects of alcohol marketing. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:125–7
(<https://doi.org/10.1111/add.13682>).
169. Lobstein T, Landon J, Thornton N, Jernigan DH. The commercial use of digital media to market alcohol products: a narrative review. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:21–7
(<https://doi.org/10.1111/add.13493>).
170. Carah N, Brodmerkel S. Alcohol marketing in the era of digital media platforms. *J Stud Alcohol Drugs*. 2021;82(1):18-27 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.18>).
171. Sargent JD, Babor TF. The relationship between exposure to alcohol marketing and underage drinking is causal. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020;Sup 19(Suppl 19):113–24
(<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.113>).
172. Snyder LB, Milici FF, Slater M, Sun H, Strizhakova Y. Effects of alcohol advertising exposure on drinking among youth. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):18–24
(<https://doi.org/10.1001/archpedi.160.1.18>).
173. Guiding principles: self-regulation of marketing communications for beverage alcohol. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2014; 2011
(<https://www.iard.org/getattachment/e63c4c38-f0ff-4921-9238-05836b2e228f/guiding-principles.pdf>).
174. Digital guiding principles: self-regulation of marketing communications for beverage alcohol: beer, wine and spirits producers' commitments to reduce harmful drinking. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2014
(<https://iard.org/IARD/media/Documents/Digital-Guiding-Principles-FINAL-2014.pdf>).
175. Noel JK, Sammartino CJ, Rosenthal SR. Exposure to digital alcohol marketing and alcohol use: a systematic review. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020; Sup 19(Suppl 19):57–67
(<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.57>).

176. Strengthening and expanding marketing codes of practice. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2024
(<https://www.iard.org/getattachment/b1e7f40b-b529-46ec-958d-8bf5fa9d5278/c2-marketing.pdf>).
177. Noel JK, Babor TF. Does industry self-regulation protect young people from exposure to alcohol marketing? A review of compliance and complaint studies. *Addiction*. 2017;112:51–6
(<https://doi.org/10.1111/add.13432>).
178. Collins RL, Martino SC, Kovalchik SA, Becker KM, Shadel WG, D’Amico EJ. Alcohol advertising exposure among middle school-age youth: an assessment across all media and venues. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(3):384–92
(<https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.384>).
179. Jernigan DH, Padon A, Ross C, Borzekowski D. Self-reported youth and adult exposure to alcohol marketing in traditional and digital media: results of a pilot survey. *Alcohol Clin Exp Res*. 2017;41(3):618–25
(<https://doi.org/10.1111/acer.13331>).
180. Paradis C, Zhao J, Stockwell T, Joy-Goatley S. What popular bars post on social media platforms: a case for improved alcohol advertising regulation. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2020;40(5–6):160–70
(<https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.03>).
181. Pierce H, Stafford J, Pettigrew S, Kameron C, Keric D, Pratt IS. Regulation of alcohol marketing in Australia: a critical review of the alcohol beverages advertising code scheme’s new placement rules. *Drug Alcohol Rev*. 2019;38(1):16–24
(<https://doi.org/10.1111/dar.12872>).
182. European Cider and Fruit Wine Association. Voluntary ingredient listing and nutrition information: production process for cider and fruit wine. Brussels: European Commission; 2018
(https://food.ec.europa.eu/document/download/7edf0a8b-0b0d-4a8e-ada0-b34b8a544c92_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatoryproposal_cider_en.pdf).
183. Brewers of Europe. What’s in a beer? European brewers’ commitment to listing ingredients and nutrition information. Brussels: European Commission; 2018
(https://food.ec.europa.eu/document/download/4850fb28-6a75-4ab0-a6c6-9ef67e08419b_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatoryproposal_brewers_en.pdf).

184. Comité Européen des Entreprises Vins, European Confederation of Independent Winegrowers, COPA-COGECA, European Federation of Origin Wines. Detailed wine and aromatised wine products annex to the self-regulatory proposal from the European alcoholic beverages sectors on the provision of nutrition information and ingredients. Brussels: European Commission; 2018 (https://food.ec.europa.eu/document/download/ff877db0-752c-4970-9434-1e989f6a8136_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatoryproposal_annex-wine-en.pdf).
185. European Cider and Fruit Wine Association, Brewers of Europe, Comité Européen des Entreprises Vins, European Confederation of Independent Winegrowers, COPA-COGECA, European Federation of Origin Wines, spiritsEUROPE. Self-regulatory proposal from the European alcoholic beverages sectors on the provision of nutrition information and ingredients listing. Brussels: European Commission; 2018 (https://food.ec.europa.eu/document/download/e900347f-bbc9-45df-83d7-22736de901a4_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatoryproposal_en.pdf).
186. spiritsEUROPE, COPA-COGECA. Spirits sector annex to the self-regulatory proposal from the European alcoholic beverages sectors on the provision of nutrition information and ingredients listing. Brussels: European Commission; 2018 (https://food.ec.europa.eu/document/download/37c5bce4-b934-4cbe-b6ab7d652815eac6_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatoryproposal_annex-spirits-en.pdf).
187. Gornall J. Alcohol and public health: Europe under the influence. *BMJ*. 2014;348:g1166 (<https://doi.org/10.1136/bmj.g1166>).
188. Strong international opposition to Ireland's alcohol labelling proposals [news release]. Drinks Ireland/Ibec; 16 May 2023 (<https://www.ibec.ie/drinksireland/news-insights-and-events/news/2023/05/16/strong-international-opposition-to-irelands-alcohol-labelling-proposals>).
189. CEEV files formal complaint to the European Commission against Irish labelling rules on alcoholic beverages for being incompatible with EU law [news release]. Comité Européen des Entreprises Vins; 15 May 2023 (<https://www.ceev.eu/newsletter/ceev-files-formal-complaint-to-the-european-commission-against-irish-labelling-rules-on-alcoholic-beverages-for-being-incompatible-with-eu-law>).
190. Combating harmful drinking: 2017 progress report and five-year summary of actions. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018 (<https://www.iard.org/getattachment/61806635-0fc1-4dbb-a816-92dd167de8d1/2017-producers-commitments-full-report.pdf>).
191. Producer's commitments. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018 (<https://www.iard.org/actions/producers-commitments>).

192. Jané-Llopis E, Kokole D, Neufeld M, Hasan OSM, Rehm J. What is the current alcohol labelling practice in the WHO European Region and what are barriers and facilitators to development and implementation of alcohol labelling policy? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/332129>).
193. Summary of results for the consultation document on: "Labelling: competitiveness, consumer information and better regulation for the EU". Brussels: European Commission; 2006 (https://food.ec.europa.eu/system/files/2016-10/labelling-nutrition_better-reg_cons-summary.pdf).
194. Giesbrecht N, Wettlaufer A, Vallance K, Hobin E, Naimi T, Price T et al. Why Canadians deserve to have mandated health and standard drink information labels on alcohol containers. *Can J Public Health*. 2023;114(6):973–8 (<https://doi.org/10.17269/s41997-023-00786-1>).
195. Brewers' voluntary disclosure initiative. Washington (DC): Beer Institute; 2016 (<https://www.beerinstitute.org/policy-responsibility/policy/voluntary-disclosure/>).
196. New responsibility deal alcohol pledges published. London: Department of Health and Social Care; 2014 (<https://www.gov.uk/government/news/new-responsibility-deal-alcohol-pledges-published>).
197. Sarasa-Renedo A, Moz-Christofolletti MA, Grammatikaki E, Wollgast J. Provision of ingredient, energy and full nutrition information on alcoholic beverages. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2022 (<https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC129446>).
198. Self-regulation: a false promise for public health? Brussels: European Public Health Alliance; 2016 (https://epha.org/wp-content/uploads/2016/12/Self-Regulation-a-False-Promise-for-Public-Health_EPHA_12.2016.pdf).
199. Petticrew M, Douglas N, Knai C, Durand MA, Eastmure E, Mays N. Health information on alcoholic beverage containers: has the alcohol industry's pledge in England to improve labelling been met? *Addiction*. 2016;111(1):51–5 (<https://doi.org/10.1111/add.13094>).
200. Drinking in the dark: how alcohol labelling fails consumers. London: Alcohol Health Alliance; 2020 (<https://ahauk.org/drinking-in-the-dark>).
201. Kersbergen I, Field M. Alcohol consumers' attention to warning labels and brand information on alcohol packaging: findings from cross-sectional and experimental studies. *BMC Public Health*. 2017;17(1):123 (<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4055-8>).

202. Critchlow N, Jones D, Moodie C, MacKintosh AM, Fitzgerald N, Hooper L et al. Awareness of product-related information, health messages and warnings on alcohol packaging among adolescents: a cross-sectional survey in the United Kingdom. *J Public Health (Oxf)*. 2020;42(3):e223–e230 (<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz080>).
203. Evaluation of the voluntary pregnancy labelling on alcohol products in New Zealand. MPI Technical Paper 2017/51. Wellington: Ministry for Primary Industries; 2017 (<https://www.mpi.govt.nz/dmsdocument/26434/direct>).
204. Coomber K, Martino F, Barbour IR, Mayshak R, Miller PG. Do consumers “Get the facts”? A survey of alcohol warning label recognition in Australia. *BMC Public Health*. 2015;15:816 (<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2160-0>).
205. Coomber K, Hayley A, Miller PG. Unconvincing and ineffective: young adult responses to current Australian alcohol product warnings. *Aust J Psychol*. 2018;70(2):131–8 (<https://doi.org/10.1111/ajpy.12177>).
206. Australia and New Zealand ministerial forum on food regulation: final communiqué. 11 October 2018. Wellington: New Zealand Government; 2018 (<https://www.beehive.govt.nz/sites/default/files/2018-10/Australia%20and%20New%20Zealand%20Ministerial%20Forum%20on%20Food%20Regulation%20Communique%2011%20October%202018.pdf>).
207. Lacoste-Badie S, Droulers O, Dossou G, Gallopel-Morvan K. Improving the effectiveness of pregnancy warning labels displayed on alcohol containers: a French eye-tracking study. *Public Health*. 2022;212:22–7 (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.010>).
208. Socio-economic impacts of proposed regulations under the Public Health (Alcohol) Bill: final report to the Alcohol Beverage Federation of Ireland, 13 February 2017. Dublin: Alcohol Beverage Federation of Ireland; 2017 (https://www.drugsandalcohol.ie/27197/1/DKM_report_on_impact_of_PHAB.pdf).
209. Heenan M, Shanthosh J, Cullerton K, Jan S (2022). Influencing and implementing mandatory alcohol pregnancy warning labels in Australia and New Zealand. *Health Promot Int*. 2023;38(3):daac022 (<https://doi.org/10.1093/heapro/daac022>).
210. Millot A, Serra M, Gallopel-Morvan K. How the alcohol industry fought against pregnancy warning labels in France: a press coverage analysis spanning 20 years. *Front Public Health*. 2022;10:933164 (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.933164>).

211. Barlow P, Gleeson D, O'Brien P, Labonte R. Industry influence over global alcohol policies via the World Trade Organization: a qualitative analysis of discussions on alcohol health warning labelling, 2010–19. *Lancet Glob Health*. 2022;10(3):e429–e437 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00570-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00570-2)).
212. Health warning labels on alcoholic beverages in the WHO European Region in 2024. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://www.who.int/europe/publications/m/item/health-warning-labels-on-alcoholic-beverages-2024>).
213. Morgenstern M, Dumbili EW, Hansen J, Hanewinkel R. Effects of alcohol warning labels on alcohol-related cognitions among German adolescents: a factorial experiment. *Addict Behav*. 2021;117:106868 (<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106868>).
214. Brennan E, Dunstone K, Vittiglia A, Mancuso S, Durkin S, Slater MD et al. Testing the effectiveness of alcohol health warning label formats: an online experimental study with Australian adult drinkers. *PLoS One*. 2022;17(12):e0276189 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276189>).
215. Jongenelis MI, Pratt IS, Slevin T, Chikritzhs T, Liang W, Pettigrew S. The effect of chronic disease warning statements on alcohol-related health beliefs and consumption intentions among at-risk drinkers. *Health Educ Res*. 2018;33(5):351–60 (<https://doi.org/10.1093/her/cyy025>).
216. Hobin E, Weerasinghe A, Vallance K, Hammond D, McGavock J, Greenfield TK et al. Testing alcohol labels as a tool to communicate cancer risk to drinkers: a real-world quasi-experimental study. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(2):249–61 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.249>).
217. Clarke N, Pechey E, Mantzari E, Blackwell AKM, De-Loyde K, Morris RW et al. Impact of health warning labels communicating the risk of cancer on alcohol selection: an online experimental study. *Addiction*. 2021;116(1):41–52 (<https://doi.org/10.1111/add.15072>).
218. Clarke N, Blackwell AKM, De-Loyde K, Pechey E, Hobson A, Pilling M et al. Health warning labels and alcohol selection: a randomised controlled experiment in a naturalistic shopping laboratory. *Addiction*. 2021;116(12):3333–45 (<https://doi.org/10.1111/add.15519>).
219. Weerasinghe A, Schoueri-Mychasiw N, Vallance K, Stockwell T, Hammond D, McGavock J et al. Improving knowledge that alcohol can cause cancer is associated with consumer support for alcohol policies: findings from a real-world alcohol labelling study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(2):398 (<https://doi.org/10.3390/ijerph17020398>).
220. Zhao J, Stockwell T, Vallance K, Hobin E. The effects of alcohol warning labels on population alcohol consumption: an interrupted time series analysis of alcohol sales in Yukon, Canada. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(2):225–37 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.225>).

221. Dimova ED, Mitchell D. Rapid literature review on the impact of health messaging and product information on packaging of alcohol and other unhealthy commodities. Glasgow: Alcohol Focus Scotland; 2020
(<https://www.alcohol-focus-scotland.org.uk/media/440032/rapid-literature-review-on-the-impact-of-health-messaging-and-product-information-on-packaging-of-alcohol-and-other-unhealthy-commodities.pdf>).
222. Pregnancy warning labels for alcoholic beverages. Canberra: Department of Health and Aged Care; 2020
(<https://www.health.gov.au/ministers/senator-the-hon-richard-colbeck/media/pregnancy-warning-labels-for-alcoholic-beverages>).
223. Pregnancy warning labels: design elements and downloadable labels. Majura, Wellington: Food Standards of Australia New Zealand; 2024
(<https://www.foodstandards.gov.au/business/labelling/pregnancy-warning-labels/pregnancy-warning-labels-downloadable-files#faqs>).
224. P1050: pregnancy warning labels on alcoholic beverages. Majura, Wellington: Food Standards of Australia New Zealand; 2020
(<https://www.foodstandards.gov.au/food-standards-code/proposals/P1050Pregnancywarninglabelsonalcoholicbeverages>).
225. Hoe C, Taber N, Champagne S, Bachani AM. Drink, but don't drive? The alcohol industry's involvement in global road safety. *Health Policy Plan.* 2021;35(10):1328–38
(<https://doi.org/10.1093/heapol/czaa097>).
226. Babor TF, Robaina K, Noel J. The role of the alcohol industry in policy interventions for alcohol-impaired driving. In: Teutsch SM, Geller A, Negussie Y, editors. *Getting to zero alcohol-impaired driving fatalities: a comprehensive approach to a persistent problem.* Washington (DC): National Academies Press; 2018
(<https://doi.org/10.17226/24951>).
227. Webster E, Mohan A, Fitzgerald N, Uny I, Begley A. *Drink driving: taking stock, moving forward.* London: Parliamentary Advisory Council for Transport Safety; 2020
(<https://www.pacts.org.uk/wp-content/uploads/PACTS-Drink-Driving-Taking-stock-moving-forward-Report-6.0.pdf>).
228. Marques P. The alcohol ignition interlock and other technologies for the prediction and control of impaired drivers. In: Verster J, Pandi-Perumal S, Ramaekers J, de Gier J, editors. *Drugs, driving and traffic safety.* Basel: Birkhäuser; 2009:457–76
(https://doi.org/10.1007/978-3-7643-9923-8_28).
229. McGinty EE, Tung G, Shulman-Laniel J, Hardy R, Rutkow L, Frattaroli S et al. Ignition interlock laws: effects on fatal motor vehicle crashes, 1982–2013. *Am J Prev Med.* 2017;52(4):417–23
(<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.10.043>).

230. DeYoung DJ. An evaluation of the implementation of ignition interlock in California. *J Safety Res.* 2002;33(4):473–82
([https://doi.org/10.1016/s0022-4375\(02\)00049-x](https://doi.org/10.1016/s0022-4375(02)00049-x)).
231. Marques PR, Voas RB, Roth R, Tippetts AS. Evaluation of the New Mexico ignition interlock program. Washington (DC): National Highway Traffic Safety Administration; 2010
(<https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.gov/files/811410.pdf>).
232. Vanlaar W, Mainegra Hing M, Robertson R. Nova Scotia alcohol ignition interlock program: outcome evaluation. Ottawa: Traffic Injury Research Foundation; 2015
(<https://novascotia.ca/tran/hottopics/NovaScotiaInterlock-OutcomeEvaluationReport.pdf>).
233. Williams AF, McCartt AT, Ferguson SA. Hardcore drinking drivers and other contributors to the alcohol-impaired driving problem: need for a comprehensive approach. *Traffic Inj Prev.* 2007;8(1):1–10
(<https://doi.org/10.1080/15389580600992895>).
234. Chamberlain E, Solomon R. The tooth fairy, Santa Claus, and the hard core drinking driver. *Inj Prev.* 2001;7(4):272–5
(<https://doi.org/10.1136/ip.7.4.272>).
235. Killoran A, Canning U, Doyle N, Sheppard L. Review of effectiveness of laws limiting blood alcohol concentration levels to reduce alcohol-related road injuries and deaths. London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010
(<https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/BloodAlcoholContentEffectivenessReview.pdf>).
236. SAFER: a world free from alcohol related harms. Geneva: World Health Organization; 2018
(<https://iris.who.int/handle/10665/329931>).
237. Bergen G, Pitan A, Qu S, Shults RA, Chattopadhyay SK, Elder RW et al. Publicized sobriety checkpoint programs: a community guide systematic review. *Am J Prev Med.* 2014;46(5):529–39
(<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.01.018>).
238. Alcañiz M, Guillén M, Santolino M, Sánchez-Moscona D, Llatje O, Ramon L. Prevalence of alcohol-impaired drivers based on random breath tests in a roadside survey in Catalonia (Spain). *Accid Anal Prev.* 2014;65:131–41
(<https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.12.021>).
239. Solomon R, Chamberlain E, Abdoullaeva M, Tinholt B. Random breath testing: a Canadian perspective. *Traffic Inj Prev.* 2011;12(2):111–19
(<https://doi.org/10.1080/15389588.2010.533315>).
240. Lenk KM, Nelson TF, Toomey TL, Jones-Webb R, Erickson DJ. Sobriety checkpoint and open container laws in the United States: associations with reported drinking driving. *Traffic Inj Prev.* 2016;17(8):782–7
(<https://doi.org/10.1080/15389588.2016.1161759>).

241. Campbell CA, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J et al. The effectiveness of limiting alcohol outlet density as a means of reducing excessive alcohol consumption and alcohol-related harms. *Am J Prev Med.* 2009;37(6):556–69 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.09.028>).
242. Rehm J, Manthey J, Lange S, Badaras R, Zurlyte I, Passmore J et al. Alcohol control policy and changes in alcohol-related traffic harm. *Addiction.* 2020;115(4):655–65 (<https://doi.org/10.1111/add.14796>).
243. Development of an action plan (2022–2030) to effectively implement the WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol: received submissions from a web-based consultation on the working document. Vol. 1. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/volume-i-received-submission-to-the-working-document.pdf>).
244. Esser MB, Bao J, Jernigan DH, Hyder AA. Evaluation of the evidence base for the alcohol industry’s actions to reduce drink driving globally. *Am J Public Health.* 2016;106(4):707–13 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.303026>).
245. Ditter SM, Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Compton R, Nichols JL et al. Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2005;28(5 Suppl):280–7 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.02.013>).
246. Rivara FP, Relyea-Chew A, Wang J, Riley S, Boisvert D, Gomez T. Drinking behaviors in young adults: the potential role of designated driver and safe ride home programs. *Inj Prev.* 2007;13(3):168–72 (<https://doi.org/10.1136/ip.2006.015032>).
247. Rothe PJ, Carroll LJ. Hazards faced by young designated drivers: in-car risks of driving drunken passengers. *Int J Environ Res Public Health.* 2009;6(6):1760–77 (<https://doi.org/10.3390/ijerph6061760>).
248. Alcohol advertising and sponsorship in Formula One: a dangerous cocktail. Eurocare, Institute of Alcohol Studies, Monash University; 2015 (http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/ALCOHOL_ADVERTISING_AND_SPONSORSHIP_IN_FORMULA_ONE__A_DANGEROUS_COCKTAIL_MAY_2015.pdf).
249. Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL, Thompson RS, Rajab W et al. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2004;27(1):57–65 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.03.002>).
250. Anderson P, Rehm J. Evaluating alcohol industry action to reduce the harmful use of alcohol. *Alcohol Alcohol.* 2016;51(4):383–7 (<https://doi.org/10.1093/alcalc/agv139>).

251. Myles CC, Weil BV, Wiley D, Watson B. Representations of low(er) alcohol (craft) beer in the United States. *Nutrients*. 2022;14(23):4952
(<https://doi.org/10.3390/nu14234952>).
252. Waehning N, Wells VK. Product, individual and environmental factors impacting the consumption of no and low alcoholic drinks: a systematic review and future research agenda. *Food Qual Prefer*. 2024;117(19):105163
(<https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2024.105163>).
253. Pettigrew S, Hafekost C, Jongenelis M, Pierce H, Chikritzhs T, Stafford J. Behind closed doors: the priorities of the alcohol industry as communicated in a trade magazine. *Front Public Health*. 2018;6:217
(<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00217>).
254. Jané-Llopis E, O'Donnell A, Kaner E, Anderson P. Are lower-strength beers gateways to higher-strength beers? Time series analyses of household purchases from 64,280 British households, 2015–2018. *Alcohol Alcohol*. 2022;57(4):520–8
(<https://doi.org/10.1093/alcalc/agac025>).
255. Anderson P, Kokole D, Jané-Llopis E, Burton R, Lachenmeier DW. Lower strength alcohol products: a realist review-based road map for European policy making. *Nutrients*. 2022;14(18):3779
(<https://doi.org/10.3390/nu14183779>).
256. Anderson P, Kokole D, Jané-Llopis E. Production, consumption, and potential public health impact of low- and no-alcohol products: results of a scoping review. *Nutrients*. 2021;13(9):3153
(<https://doi.org/10.3390/nu13093153>).
257. Rehm J, Rovira P, Manthey J, Anderson P. Reduction of alcoholic strength: does it matter for public health? *Nutrients*. 2023;15(4):910
(<https://doi.org/10.3390/nu15040910>).
258. A public health perspective on zero- and low-alcohol beverages. Geneva: World Health Organization; 2023
(<https://iris.who.int/handle/10665/366740>).
259. Katainen A, Uusitalo L, Saarijärvi H, Erkkola M, Rahkonen O, Lintonen T et al. Who buys non-alcoholic beer in Finland? Sociodemographic characteristics and associations with regular beer purchases. *Int J Drug Policy*. 2023;113:103962
(<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.103962>).
260. Anderson P, O'Donnell A, Kokole D, Jané-Llopis E, Kaner E. Is buying and drinking zero and low alcohol beer a higher socio-economic phenomenon? Analysis of British survey data, 2015–2018 and household purchase data 2015–2020. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10347
(<https://doi.org/10.3390/ijerph181910347>).

261. Miller M, Pettigrew S, Wright CJ. Zero-alcohol beverages: harm-minimisation tool or gateway drink? *Drug Alcohol Rev.* 2022;41(3):546–9 (<https://doi.org/10.1111/dar.13359>).
262. Nicholls E. "You can be a hybrid when it comes to drinking": the marketing and consumption of no and low alcohol drinks in the UK. London: Institute of Alcohol Studies; 2022 (<https://www.ias.org.uk/wp-content/uploads/2022/03/The-Marketing-andConsumption-of-No-and-Low-Alcohol-Drinks-in-the-UK-March-2022.pdf>).
263. Nicholls E. "I don't want to introduce it into new places in my life": the marketing and consumption of no and low alcohol drinks. *Int J Drug Policy.* 2023;119:104149 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023>).
264. Critchlow N, Moodie C, Houghton F. Brand sharing between alcoholic drinks and non-alcoholic offerings: a challenge to Ireland's restrictions on alcohol advertising. *Ir J Med Sci.* 2023;192(4):1975–7 (<https://doi.org/10.1007/s11845-022-03161-0>).
265. Corfe S, Hyde R, Shepherd J. Alcohol-free and low-strength drinks: understanding their role in reducing alcohol related harms. London: Social Market Foundation; 2020 (<https://www.smf.co.uk/wp-content/uploads/2020/09/NoLo-drinks-and-alcoholrelated-harms-Sept-2020.pdf>).
266. Kypri K, Harrison S, McCambridge J. Ethanol content in Australian and New Zealand beer markets: exploratory study examining public health implications of official data and market intelligence reports. *J Stud Alcohol Drugs.* 2020;81(3):320–30 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.320>).

L'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è un'agenzia specializzata delle Nazioni Unite creata nel 1948 con la responsabilità primaria per le questioni sanitarie internazionali e la salute pubblica. L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS è uno dei sei uffici regionali in tutto il mondo, ognuno con il proprio programma orientato alle particolari condizioni sanitarie dei paesi che serve.

Member States

Albania	Greece	Portugal
Andorra	Hungary	Republic of Moldova
Armenia	Iceland	Romania
Austria	Ireland	Russian Federation
Azerbaijan	Israel	San Marino
Belarus	Italy	Serbia
Belgium	Kazakhstan	Slovakia
Bosnia and Herzegovina	Kyrgyzstan	Slovenia
Bulgaria	Latvia	Spain
Croatia	Lithuania	Sweden
Cyprus	Luxembourg	Switzerland
Czechia	Malta	Tajikistan
Denmark	Monaco	Türkiye
Estonia	Montenegro	Turkmenistan
Finland	Netherlands (Kingdom of the)	Ukraine
France	North Macedonia	United Kingdom
Georgia	Norway	Uzbekistan
Germany	Poland	

Document number:
WHO/EURO:2024-5624-45389-
64949 (PDF);
WHO/EURO:2024-5624-45389-
76520 (print)

World Health Organization Regional Office for Europe

UN City, Marmorvej 51,
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Tel.: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

Email: eurocontact@who.int

Website: www.who.int/europe