



OSSERVATORIO NAZIONALE ALCOL
CENTRO NAZIONALE DIPENDENZE E DOPING

POLICY IN ACTION

Uno strumento per misurare
l'implementazione
delle politiche sull'alcol



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

POLICY IN ACTION

**Uno strumento per misurare
l'implementazione delle politiche sull'alcol**

SOMMARIO

L'Europa ha il più elevato consumo di alcol e il più elevato carico di malattie alcol-correlate al mondo. Nel 2011, tutti i 53 Stati Membri della Regione Europea della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno approvato il Piano di azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 (EAAP), che fornisce un portafoglio di scelte di politiche basate sulle conoscenze per diminuire i problemi alcol-correlati. Per valutare il livello di adozione, da parte degli Stati Membri, degli standard delle politiche raccomandate, l'Ufficio Regionale della WHO per l'Europa ha sviluppato 10 indicatori compositi, uno per ciascuna area di azione dell'EAAP. Questo documento descrive la costruzione degli indicatori compositi EAAP e presenta una valutazione della performance degli Stati Membri nella Regione Europea per quanto concerne l'implementazione delle 10 aree di azione. Gli indicatori compositi misurano non solo la presenza di politiche sull'alcol, ma anche la loro rigorosità ed esaustività.

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2017 under the title "Policy in action. A tool for measuring alcohol policy implementation".

Pubblicato in inglese dall'OMS Ufficio Regionale per l'Europa nel 2017 con il titolo: "Policy in action. Uno strumento per misurare l'implementazione delle politiche sull'alcol"

© World Health Organization 2017

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

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

© WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems. Osservatorio Nazionale Alcol. Istituto Superiore di Sanità 2018

La versione italiana dal titolo: "Policy in action. Uno strumento per misurare l'implementazione delle politiche sull'alcol" è stata curata da Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Silvia Ghirini dell'Osservatorio Nazionale Alcol, WHO Collaborating Centre for Research on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems (ONA-WHO CC), Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità. Alla versione italiana ha collaborato il network ICONA (Italian Collaborative Network on Alcohol) costituita formalmente con i Centri Alcolologici Regionali, Regione Toscana e Regione Liguria e la SIA, Società Italiana di Alcologia. Tale versione è stata predisposta e adattata dall'originale quale contributo all'azione centrale del Ministero della Salute SISTIMAL (Sistema di indicatori per il monitoraggio dell'impatto alcol-correlato) e del decreto del Presidente del Consiglio DPCM 3/3/2017 sul sistema di monitoraggio SISMA (Sistema di monitoraggio alcol-correlato) gestito e coordinato dall'ONA-WHO CC quale sistema di sorveglianza specifica formale. I diritti sono riservati.

Per informazioni su questo documento scrivere a: claudia.gandin@iss.it, alcol@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito dell'Istituto Superiore di Sanità: www.iss.it.

Roma, novembre 2018

Foto: Chiyacat/Shutterstock.com

INDICE

Ringraziamenti	7
Abbreviazioni	8
Premessa	9
Introduzione	11
Consumo di alcol e danni alcol-correlati	11
Contesto globale della politica sull'alcol	12
Scopi degli indicatori compositi	13
Metodi	14
Contesto	14
Fonti dei dati	15
Costruzione dello schema di punteggio	15
Assegnazione dei punteggi	18
Logica dello schema di punteggio	19
Risultati	23
Schema di punteggio	23
Punteggi regionali	24
Discussione	29
Riassunto dei risultati	29
Miglioramenti rispetto ai precedenti indicatori compositi	29
Interazioni delle politiche	29
Robustezza degli indicatori compositi EAAP	30
Punti di forza e limiti degli indicatori compositi EAAP	31
Attività future	32
Conclusioni	33
Bibliografia	34
Allegato 1 - Domande utilizzate per l'indagine sugli indicatori compositi EAAP preparate a partire dagli indicatori di sintesi	39
Allegato 2 - Voci dettagliate dei punteggi per gli indicatori compositi EAAP	53

RINGRAZIAMENTI

Questa prima versione del rapporto è stata preparata da Genim Tan, Consultant, OMS, Ufficio Regionale per l'Europa. Elaborazione tecnica fornita da: Julie Brummer, Consultant; Lisa Schölin, Consultant; Lars Møller, Programme Manager; e Gauden Galea, Director, Divisione Malattie Non Trasmissibili e Promozione della Salute nel corso della vita, "OMS of Noncommunicable Diseases and Promoting Health through the Life-Course", WHO Ufficio Regionale per l'Europa.

Il progetto è stato svolto in collaborazione con Thomas Karlsson, Esa Österberg e Mikaela Lindeman del Centro Collaboratore OMS per l'Attuazione delle Politiche sull'Alcol, Finlandia.

Il progetto ha avuto un advisory group di esperti esterni composto dai seguenti membri: Thomas Babor, Università del Connecticut, Facoltà di Medicina, Dipartimento di Medicina e Salute della Comunità, Stati Uniti; Bernt Bull, Ministero della Salute e Servizi per la Salute, Dipartimento di Salute Pubblica, Norvegia; Vesna-Kerstin Petri, Divisione per la Promozione e Prevenzione delle Malattie Non Trasmissibili, Ministero della Salute, Slovenia; Emanuele Scafato, Centro Collaboratore OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute sull'Alcol e sulle Problematiche Alcol-correlate e Osservatorio Nazionale Alcol, Istituto Superiore di Sanità, Italia; Esa Österberg, Istituto Nazionale per la Salute e il Welfare, Finlandia; Tatiana Klimenko e Konstantin Vyshinskiy, Centro Federale Ricerca Medica in Psichiatria e Narcologia, Ministero della Salute, Federazione Russa; Vladimir Poznyak, Sede Centrale OMS; Gauden Galea, Lars Møller e Julie Brummer, OMS Ufficio Regionale per l'Europa; e Jürgen Rehm, Pan American Health Organization/ Centro Collaboratore OMS per la Salute Mentale e le Dipendenze, Canada; Istituto di Ricerche Politiche sulla Salute Mentale e Campbell Family Mental Health Research Institute, Centro per le Dipendenze e la Salute Mentale, Canada; Istituto di Scienze Mediche, Dipartimento di Psichiatria e Dalla Lana School of Public Health, Università di Toronto, Canada; Istituto di Psicologia Clinica e Psicoterapia, Technical University, Dresda, Germania.

Imke Seifert, Intern, e Renée Bouhuijs, Consultant, OMS Ufficio Regionale per l'Europa, hanno fornito assistenza per la raccolta e verifica dei dati.

Il documento ha beneficiato di contributi dai seguenti valutatori esperti: Charlie Foster, Associate Professor of Physical Activity and Population Health and Deputy Director, British Heart Foundation Centre on Population Approaches for NCD Prevention, Nuffield Department of Population Health, University of Oxford, Regno Unito; Emma Plugge, Senior Clinical Research Fellow, Centre for Tropical Medicine and Global Health, Nuffield Department of Clinical Medicine, University of Oxford, Regno Unito.

Il progetto è stato svolto dall'OMS Ufficio Regionale per l'Europa nell'ambito del Progetto sulla Prevenzione e Controllo delle Malattie Non Trasmissibili, finanziato dal Ministero della Salute della Federazione Russa.

ABBREVIAZIONI

AMPHORA	“L'alleanza sulle misure alcoliche per la ricerca in salute pubblica”
APC	Consumo di alcol pro-capite per l'adulto
APS	Alcohol Policy Scale - Scala delle politiche sull'alcol
ATLAS-SU	Atlante delle dipendenze
BAC	Concentrazione di alcol nel sangue
EAAP	European Alcohol Action Plan - Piano d'azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012–2020
EISAH	European Information System on Alcohol and Health - Sistema di informazione dell'UE in materia di alcol e salute
UE	Unione Europea
PIL	Prodotto Interno Lordo
ICD-10	International Classification of Diseases - Classificazione Internazionale delle Malattie, 10a revisione
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development - Organizzazione per la cooperazione economica e lo sviluppo
PDS	Pattern of Drinking Score - Punteggio attribuibile alle modalità di consumo
PPP	Purchasing Power Parity - Parità di potere di acquisto
RSUD	European Regional Information System on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Used Disorders - Sistema informativo regionale Europeo di risorse per la prevenzione e il trattamento di disturbi correlati all'uso di sostanze
IS	Indicatore di Sintesi
TEASE	Toolkit per la valutazione del rigore e dell'applicazione delle politiche sull'alcol

PREMESSA

Il Piano di azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 (EAAP) è stato approvato da tutti i 53 Stati Membri della Regione Europea dell'OMS nel settembre 2011. Il piano di azione definisce una gamma di scelte di politiche basate sull'evidenza mirate a limitare la fornitura e a ridurre la domanda di alcol. Esso è l'ultimo di una serie di strumenti di politica sviluppati per guidare gli Stati Membri della Regione Europea, un processo iniziato approssimativamente 20 anni fa con l'approvazione del primo piano di azione sull'alcol.

Con la risoluzione EUR/RC61/R4, che ha approvato l'EAAP, il Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa ha raccomandato agli Stati Membri della Regione Europea di utilizzare il piano di azione per formulare, o, se appropriato, riformulare le politiche e i piani di azione nazionali sull'alcol, e ha richiesto il monitoraggio del Direttore Regionale sul progresso, l'impatto e l'attuazione del Piano di azione Europeo. Su richiesta degli Stati Membri, l'Ufficio Regionale ha prodotto una lista di indicatori che potrebbero essere usati come strumento per supportare l'implementazione, la valutazione e il monitoraggio delle singole politiche nazionali sull'alcol.

Questo rapporto descrive la costruzione di 10 nuovi indicatori compositi, che forniscono un'ulteriore risorsa per valutare fino a che punto le misure politiche del piano di azione siano state attuate dagli Stati Membri. Gli indicatori compositi sono formati da 34 indicatori di sintesi e rispecchiano le 10 aree di azione dell'EAAP. Essi misurano se uno Stato Membro ha o meno attuato una misura politica e tenuto in considerazione il livello di supporto empirico per l'efficacia della misura oltre il livello d'applicazione e l'eshaustività di ciascuna azione. In quanto tali, gli indicatori compositi consentono al monitoraggio di superare la semplice tracciatura dell'esistenza di una politica sull'alcol in uno Stato Membro, per giungere ad un approccio più dettagliato della valutazione dei singoli componenti.

Il bisogno di promuovere nella Regione politiche alcolologiche basate sull'evidenza è reso ancor più evidente dai dati presentati nel Rapporto globale su alcol e salute 2014, che mostra che la Regione continua a posizionarsi al primo posto tra le Regioni dell'OMS per quanto riguarda il consumo di alcol pro-capite, la prevalenza di consumo episodico eccessivo in adulti ed adolescenti e la proporzione delle morti alcol-correlate. Considerato il danno che l'alcol può provocare a individui e società, è ora giunto il momento di cercare metodi più dettagliati di valutazione delle politiche nazionali per assicurare che essi rispecchino l'attuale base di conoscenze. Gli indicatori compositi dell'EAAP forniscono un tale strumento, poiché essi fanno intendere già a prima vista la misura in cui gli Stati Membri hanno adottato le buone pratiche raccomandate e definite nel piano di azione e possono anche essere usati per monitorare gli orientamenti nel tempo e comparare eventuali opzioni politiche.

È nostra speranza che il punteggio possa essere aggiornato regolarmente dal segretariato dell'OMS, utilizzando i dati del Sistema Europeo di Informazione su alcol e salute "European Information System on Alcohol and Health".

Gauden Galea

Direttore, Divisione Malattie Non Trasmissibili e Promozione della Salute nel corso della vita, Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa.

INTRODUZIONE

Consumo di alcol e danni alcol-correlati

La pratica del consumo di alcol trascende i confini temporali e geografici, ma il suo simbolismo differisce da cultura a cultura. L'alcol può essere associato ad occasioni quali il festeggiamento, la convivialità, a rituali e alla religione, all'individualità o alla conformità, o semplicemente essere una componente quotidiana di una routine alimentare (1). Tuttavia, al di là di queste situazioni spesso romanticizzate, resta un fatto su cui è necessario riflettere: l'alcol è dannoso per la salute. È un teratogeno, neurotossico, un intossicante, un cancerogeno e un immunosoppressore (2). Il consumo di alcol è risultato il quinto principale fattore di rischio per il carico di malattia globale nel 2010 (3) ed è responsabile di circa 3,3 milioni di decessi ogni anno e del 5,1% di anni di vita persi al netto della disabilità in tutto il mondo (4). L'alcol è anche risultato il più importante fattore di rischio nella popolazione di età 15-49 anni (3).

Le conseguenze negative del consumo di alcol sulla salute sono molteplici. Più di 30 categorie della Classificazione Internazionale delle Malattie e dei problemi sanitari correlati, 10^a revisione (ICD-10) riguardano condizioni totalmente alcol-attribuibili (5,6) inclusi i disturbi dovuti al consumo di alcol, le psicosi alcoliche e le gastriti alcoliche (1). Inoltre, l'alcol è causa componente di più di 200 codici dell'ICD-10 che includono categorie di malattie quali il cancro, le malattie cardiovascolari e le disfunzioni metaboliche (7). Sebbene ci siano alcune evidenze di effetti protettivi del consumo sporadico di piccole quantità di alcol sulle cardiopatie coronariche, ictus ischemico e diabete (8,9), gli effetti nocivi dell'alcol risultano comunque preponderanti (10). Oltre alle malattie croniche che si manifestano dopo anni di consumo cumulativo, una significativa morbilità e mortalità derivano anche dai danni acuti alcol-correlati.

Il peso maggiore dei danni alcol-correlati non è sostenuto soltanto dai consumatori. Molte conseguenze indesiderate si riversano infatti sulle loro famiglie e sulla comunità in generale. I danni alla società associati al consumo di alcol includono il deterioramento delle relazioni personali e di lavoro, i comportamenti criminali (ad esempio vandalismo e violenza), perdite di produttività e sostanziali costi a carico dell'assistenza sanitaria (10,11). In totale, il carico di malattia alcol-correlato e i costi alla società si traducono approssimativamente nell'1.3% del Prodotto Interno Lordo (PIL) nei paesi dell'Unione Europea (UE) (12). Cosa ancora più importante, l'alcol contribuisce anche a disuguaglianze all'interno di una stessa nazione e tra nazioni. Ci sono evidenze che il consumo di alcol e i danni alcol-correlati varino rispetto al livello socioeconomico (13,14), i gruppi socioeconomici più svantaggiati registrano un danno maggiore malgrado abbiano livelli di consumo meno elevati, paradosso noto come il paradosso del danno alcol-correlato. Questo è vero in particolar modo per i gruppi di persone più giovani e per gli uomini (15).

Le bevande alcoliche sono disponibili praticamente in tutto il mondo, ma l'importanza dell'alcol come fattore di rischio dipende in grande misura dal modo in cui esso viene consumato. I due indicatori particolarmente importanti per la salute sono il consumo di alcol pro-capite (APC) e il punteggio attribuibile alle modalità di consumo (PDS) (Tabella 1). Per le popolazioni che hanno un APC equivalente, un PDS più elevato è associato ad esiti di salute meno favorevoli (16). L'APC mondiale era, nel 2014, di 6.4 litri. Tuttavia, la media globale nasconde variazioni di consumo significative tra diverse regioni geografiche. L'APC nella Regione Europea dell'OMS era di 10.7 litri; all'altro capo dello spettro si riscontrava un APC di 0.6 litri per la Regione del Mediterraneo Orientale (17) in cui, sulla base dei dati del 2010, l'89.8% della popolazione adulta è astemia (4). Nella Regione Europea dell'OMS, i PDS più bassi si riscontrano soltanto in un piccolo numero di paesi dell'Europa meridionale e occidentale, mentre le modalità di consumo più a rischio riguardano la Federazione Russa e l'Ucraina (4). Il consumo episodico eccessivo è particolarmente dannoso per la salute e contribuisce in misura rilevante al danno e alla mortalità cardiovascolare. Dal 1990, il carico di mortalità alcol-attribuibile nella Regione Europea è aumentato, in gran parte a causa dell'andamento della parte orientale della Regione, che ha visto un aumento del 22% (17).

Tabella 1. Pathway del danno alcol-correlato

Indicatori	Definizioni
Consumo di alcol pro-capite APC	Volume medio consumato in litri di alcol puro da soggetti dai 15 anni in su
Modalità di consumo PDS	Misura quanto sia rischioso il consumo di alcol in una popolazione su una scala da 1 (minor rischio) a 5 (rischio maggiore). Viene calcolato sulla base di: (i) quantità abituale di alcol consumata in ogni occasione di consumo; (ii) prevalenza e frequenza di consumo nei giorni festivi; (iii) proporzione di eventi di consumo con intossicazioni alcoliche; (iv) proporzione di consumatori che bevono quotidianamente o quasi quotidianamente; (v) prevalenza di consumo durante i pasti; e (vi) prevalenza di consumo in luoghi pubblici (4).

Contesto globale della politica sull'alcol

La politica internazionale sull'alcol registra uno slancio che continua mano a mano ad intensificarsi. Per molti anni, la Regione Europea ha avuto i livelli più alti di consumo di alcol, cosa che ha portato l'Ufficio Regionale ad assumere un ruolo di guida in un'azione politica congiunta per affrontare il consumo di alcol e il danno alcol-correlato. Sin dal lancio del pionieristico Piano di azione Europeo sull'alcol nel 1992, l'alcol ha continuato ad apparire regolarmente nelle attività dell'Ufficio Regionale, ed anche negli ordini del giorno di altri uffici regionali e dell'Assemblea mondiale della sanità (Tabella 2).

Tutto questo ha portato, nel maggio 2010, all'adozione della risoluzione WHA63.13 che sostiene la Strategia Globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol (18). Attraverso un esteso processo di consultazione che ha coinvolto molteplici stakeholder, tutti i 193 Stati Membri dell'OMS sono giunti ad uno storico consenso rispetto al contrasto del danno alcol-correlato (19). Gli scopi della Strategia Globale includono l'aumento dell'impegno da parte dei governi, il rafforzamento della base di conoscenza, l'aumento della capacità degli Stati Membri, il rafforzamento di collaborazioni e coordinamento, e il miglioramento dei sistemi di monitoraggio e sorveglianza per limitare il consumo dannoso di alcol (18). La strategia include anche un portafoglio raccomandato di interventi basati sulle attuali conoscenze raggruppati in 10 aree di azione (Tabella 3). L'ufficio regionale ha poi stilato il Piano di Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 (EAAP), che è stato approvato da tutti i 53 Stati Membri della regione europea nel settembre 2011 (2). L' EAAP è perfettamente allineato con la Strategia Globale dell'OMS e contiene una serie di politiche mirate a limitare la fornitura di alcol e a ridurre la domanda. Queste includono le restrizioni sulla pubblicità, la tassazione, l'età minima per l'acquisto, gli interventi brevi nell'assistenza primaria e sui luoghi di lavoro.

Tabella 2. Storia delle attività dell'OMS nella politica internazionale sull'alcol, 1992-2011

Anno	Organismi OMS	Azione
1992	Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa	Piano di Azione Europeo sull'alcol 1992-1999 (Comitato regionale dell'OMS per l'Europa, risoluzione EUR/RC42/R8)
1995	Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa	Carta europea sull'alcol (adottata alla Conferenza europea sulla salute, società ed alcol, 1995)
1999	Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa	Piano di Azione Europeo sull'alcol 2000-2005 (Comitato regionale dell'OMS per l'Europa, risoluzione EUR/RC49/R8)
2001	Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa	Dichiarazione sui giovani e l'alcol (Comitato regionale dell'OMS per l'Europa, risoluzione EUR/RC51/R4)
2005	Sede centrale dell'OMS	Problemi di salute pubblica causati dal consumo dannoso di alcol (Assemblea Mondiale della Sanità, risoluzione WHA58.26)
2005	Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa	Quadro di politiche sull'alcol nella Regione europea dell'OMS (Comitato regionale dell'OMS per l'Europa, risoluzione EUR/RC55/R1)
2006	Comitato Regionale dell'OMS per il sud-est asiatico	Controllo del consumo di alcol- opzioni politiche nella regione del sud-est asiatico (Comitato Regionale dell'OMS per il sud-est asiatico, risoluzione SEA/RC59/15)
2006	Comitato Regionale dell'OMS per il Pacifico occidentale	Strategia regionale per ridurre il danno alcol-correlato (Comitato Regionale dell'OMS per il Pacifico occidentale, risoluzione WPR/RC57.R5)
2006	Comitato Regionale dell'OMS per il Mediterraneo orientale	Problemi di salute pubblica da consumo di alcol nella regione del Mediterraneo orientale (Comitato Regionale dell'OMS per il Mediterraneo orientale, risoluzione EM/RC53/R.5)
2007	Sede centrale dell'OMS	Comitato di esperti dell'OMS sui problemi relativi al consumo di alcol (Serie Rapporti Tecnici dell'OMS, N. 944, 2007)
2008	Sede centrale dell'OMS	Strategie per ridurre il consumo dannoso di alcol (Assemblea mondiale della sanità, risoluzione WHA61.13)
2010	Sede centrale dell'OMS	Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol (Assemblea mondiale della sanità, risoluzione WHA63.13)
2010	Comitato Regionale dell'OMS per l'Africa	Riduzione del consumo dannoso di alcol: una strategia per la regione africana dell'OMS (Comitato Regionale dell'OMS per l'Africa, risoluzione AFR/RC60/R2)
2011	Comitato Regionale dell'OMS per le Americhe	Piano di azione per ridurre il consumo dannoso di alcol (Comitato Regionale dell'OMS per le Americhe, risoluzione CD51.R14)
2011	Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa	Piano di azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 (Comitato regionale dell'OMS per l'Europa, risoluzione EUR/RC61/R4)

Fonti: OMS (2,4,18); Babor (11); Rekke (20).

Tabella 3. Strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol: aree ed opzioni per politiche ed interventi

Aree target	Opzioni per politiche ed interventi
Leadership, consapevolezza e impegno	Esprimere l'impegno politico attraverso politiche nazionali intersettoriali, adeguatamente finanziate che siano basate sull'evidenza e adattate alle circostanze locali
Risposta dei servizi sanitari	Fornire servizi preventivi e trattamento a individui e famiglie a rischio o affetti da disturbi causati dall'alcol e patologie correlate
Azioni di comunità e sui luoghi di lavoro	Sfruttare le conoscenze e le competenze locali delle comunità per cambiare il comportamento collettivo
Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza	Introdurre misure per dissuadere le persone dalla guida in stato di ebbrezza; supportare condizioni di guida più sicure per ridurre al minimo la probabilità e la gravità degli incidenti stradali dovuti al consumo di alcol
Disponibilità dell'alcol	Impedire il facile accesso all'alcol per i gruppi vulnerabili e ad alto rischio; ridurre la disponibilità sociale dell'alcol così da cambiare le norme sociali e culturali che promuovono il consumo dannoso di alcol
Marketing delle bevande alcoliche	Proteggere i giovani regolamentando sia il contenuto del messaggio del marketing sull'alcol che la quantità di esposizione a tale marketing
Politiche dei prezzi	Aumentare i prezzi delle bevande alcoliche per ridurre il consumo tra i minorenni e impedire la progressione verso il consumo di grandi quantità di alcol e /o gli episodi di consumo eccessivo episodico, e influenzare le preferenze dei consumatori
Riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol	Ridurre il danno causato dall'intossicazione da alcol attraverso la gestione degli ambiente in cui si beve e informando i consumatori
Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in modo illegale e informale	Ridurre le conseguenze negative dell'alcol prodotto in modo illegale o informale attraverso una buona conoscenza del mercato, un appropriato quadro legislativo e rinforzando i controlli dell'applicazione delle misure
Monitoraggio e sorveglianza	Sviluppare sistemi di sorveglianza per monitorare l'entità e il trend dei danni da alcol, rafforzare la sensibilizzazione, formulare politiche e valutare l'impatto degli interventi

Fonte: OMS (18).

Scopi degli indicatori compositi

Nonostante le risorse politiche messe a disposizione dall'Ufficio Regionale, i paesi europei continuano a risentire di livelli allarmanti di danni attribuibili all'alcol. Nella Regione Europea, l'alcol ha un impatto causale in circa il 15% di tutte le cause di morte (17). Questo suggerisce l'esistenza di un divario tra ciò che è noto e ciò che viene praticato. In tal caso, come si può determinare il livello di applicazione, da parte dei governi, delle *best practice* raccomandate nel piano d'azione Europeo? Un modo per misurare i fenomeni multidimensionali (quali ad esempio le *performance* dei paesi per quanto riguarda la politica sull'alcol) consiste nel mettere insieme indicatori individuali costruendo un indicatore composito sulla base di un modello sottostante (21). Tali indici figurano in numerosi campi di ricerca e di politica e sono usati specialmente per fare confronti tra organizzazioni, istituzioni o paesi (22). Esempi noti includono l'Indice di Sviluppo Umano (23), l'Indice di Competitività Globale (24), l'Indice di Percezione della Corruzione (25), i risultati complessivi del sistema sanitario (26,27) e l'Indice di miglioramento della vita (28). L'attrattiva degli indicatori compositi risiede nella loro capacità di trasmettere, a colpo d'occhio, una grande quantità di informazioni rilevanti per il processo decisionale e l'impostazione delle priorità. Questo rapporto descrive la costruzione di 10 nuovi indicatori compositi che quantificano l'eshaustività delle strategie e dei piani nazionali sull'alcol (cioè il numero di politiche presenti e il grado di corrispondenza di ciascuna politica a determinati standard prescritti). Il rapporto descrive anche il livello in cui le azioni delle aree di politica dell'EAAP sono state attuate dagli Stati Membri della Regione, come pure i punti di forza e i limiti degli indicatori compositi.

METODI

Contesto

Non esiste una metodologia standard ottimale per la costruzione di indicatori compositi. Dipende dalla "maestria di colui che crea il modello" e viene valutata in base all'idoneità allo scopo. La qualità di un indicatore composito finisce per essere la qualità del quadro concettuale e delle fonti di dati utilizzate (21).

Una considerazione importante è il peso da assegnare ad ogni componente dell'indicatore. In altre parole, tutti i componenti dovrebbero avere la stessa importanza, oppure alcuni di essi possono avere un peso maggiore? Una possibilità è anche di lasciare la domanda aperta, così che ciascun utente fornisca la propria risposta. L'Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo (OCSE) ha utilizzato quest'ultimo approccio nella creazione del *Better Life Index*. Questo indice utilizza una piattaforma interattiva che consente a ciascun utente di variare l'importanza delle 11 dimensioni, tra cui l'istruzione, la salute e la conciliazione vita-lavoro, e di osservare gli effetti sulle classifiche nazionali concernenti il benessere (28).

L'approccio impiegato dal *Better Life Index* permette di far comprendere che non esiste un unico modo per assegnare importanza. Tuttavia, gli sviluppatori di indici compositi hanno sempre utilizzato un metodo più statico per l'assegnazione dell'importanza. L'Indice di Sviluppo Umano, pubblicato dal Programma di Sviluppo delle Nazioni Unite, utilizza un approccio che prevede una importanza paritetica. L'Indice di Sviluppo Umano include le seguenti tre dimensioni: la durata della vita in buona salute (indicata anche come salute, misurata dall'indicatore 'aspettativa di vita alla nascita'), la conoscenza (anche indicata come istruzione, misurata attraverso la media aritmetica degli indicatori in termini di anni di istruzione attesi o di scolarizzazione media,) e un tenore di vita dignitoso (indicato anche come reddito, misurato dall'indicatore di reddito nazionale lordo pro-capite, in dollari internazionali a parità di potere di acquisto (PPP). L'Indice di Sviluppo Umano per uno Stato Membro è calcolato sulla base della media geometrica dei tre indici, in cui ciascuna dimensione ha pari peso (23).

Un altro esempio ben noto è la misura composita di risultati del sistema sanitario globale, pubblicata dall'OMS nel 2000, che è formata da cinque componenti: salute, disuguaglianze in materia di salute, capacità di risposta, disuguaglianze in materia di capacità di risposta e equità dei contributi. L'importanza da assegnare a ciascuna componente è stata determinata mediante un sondaggio interno tra i membri dello staff dell'OMS (sede centrale, uffici regionali e nazionali) e tra i visitatori del sito web dell'OMS ritenendo che questi partecipanti avessero una conoscenza specialistica dell'argomento basata sul fatto di lavorare per l'OMS o sul loro interesse per il sito Internet dell'OMS (26,27).

Nell'area delle politiche alcoliche, un recente progetto di valutazione dell'effetto della politica sul controllo dell'alcol degli Stati Uniti sul comportamento in materia di consumo di alcol ha considerato sia l'approccio di ponderazione differenziale che di parità (29,30). L'*Alcohol Policy Scale* (APS) è una misura composita creata per valutare la relazione tra le misure politiche sull'alcol, che variano a seconda dello stato e le modalità di consumo dannoso. Lo sviluppo dell'APS è stato assegnato ad un gruppo di 10 esperti che hanno presentato suggerimenti di politiche efficaci da includere nella misura composita e assegnato una scala per la valutazione dell'efficacia della politica nel ridurre il consumo dannoso di alcol, e dell'implementazione (il rigore della politica). La metodologia comprendeva un sondaggio iniziale individuale degli esperti via Internet, una discussione di gruppo faccia a faccia e un follow-up del sondaggio degli esperti per finalizzare le scale di efficacia e di implementazione. I ricercatori hanno valutato diversi metodi per la costruzione dell'APS, compresi quelli che prevedevano pari ponderazione (cioè la somma delle politiche esistenti in ogni stato, in cui a ciascuna politica veniva assegnato un punto) e metodi con scale sull'efficacia e l'implementazione. I punteggi APS generati da tutti i metodi sono stati significativamente associati ai risultati di consumo; i metodi che tenevano in considerazione una scala di valori sull'efficacia e l'implementazione sono risultati migliori (29,30).

Altri importanti sforzi per confrontare quantitativamente l'orientamento politico generale sull'alcol dei governi nazionali hanno assegnato pesi diversi sulla base dell'opinione di esperti e delle analisi delle conoscenze di base (si veda la scala del progetto Europeo AMPHORA – *Alcohol measures for public health research alliance* (31), l'*Alcohol Policy Index* (32) ed il toolkit per la valutazione dell'aderenza ed applicazione delle politiche sull'alcol-16 (TEASE-16) (33). L'*Alcohol Policy Index* e il progetto TEASE-16 includevano anche le valutazioni ponderate delle diverse strutture facenti parte dell'analisi.

Panoramica dei metodi utilizzati per la costruzione degli indicatori compositi EAAP

Per questo progetto, le variabili politiche da includere negli indicatori compositi sono stati selezionati dall'EAAP. L'EAAP contiene un ampio spettro di strumenti politici coerenti con le attuali raccomandazioni basate sulle evidenze. Questo migliora la validità del contenuto degli indicatori compositi, garantendo che siano considerati tutti gli aspetti importanti di una politica nazionale sull'alcol (34). Inoltre, l'Ufficio Regionale ha stabilito procedure per la raccolta di informazioni sulle politiche relative agli indicatori corrispondenti a ciascuna area d'azione, riducendo così al minimo i problemi associati alla mancanza o incoerenza dei dati. Infine, poiché l'EAAP è stato approvato da tutti i 53 Stati Membri della Regione Europea, gli indicatori compositi che rispecchiano il piano d'azione hanno maggiori probabilità di affermarsi tra i leader della sanità pubblica e di decisori politici.

Gli indicatori compositi dell'EAAP sono stati sviluppati e valutati in due fasi. Lo scopo della prima fase era costruire uno schema di punteggio aggregando, dimensionando e ponderando gli indicatori di politica selezionati. Questa fase è stata effettuata attraverso una riunione faccia a faccia del gruppo di esperti del progetto e successive consultazioni via e-mail. Nella seconda fase sono stati raccolti e codificati i dati strategici pertinenti per gli Stati Membri e sono stati calcolati i punteggi degli indicatori compositi per ciascun paese per il quale erano disponibili dati sufficienti. La metodologia del progetto ha tenuto in considerazione i manuali tecnici sullo sviluppo degli indicatori compositi (21,35) e il precedente lavoro svolto sugli indici per il controllo dell'alcol (31,32). I dettagli di ciascuna fase saranno spiegati nelle sezioni successive.

Fonti dei dati

Le principali fonti di dati per questo progetto sono state il Sistema Europeo di Informazione su Alcol e Salute (*European Information System on Alcohol and Health-EISAH*) e il Sistema Europeo di informazione regionale sulle risorse per la prevenzione e il trattamento dei disturbi da uso di sostanze (*European Regional Information System on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders-RSUD*). Questi database per la Regione Europea della WHO contengono indicatori relativi all'alcol a livello nazionale.

La *Global survey on alcohol and health* - l'indagine globale su alcol e salute, è il principale strumento dell'OMS per raccogliere informazioni da tutti gli Stati Membri sulle politiche di controllo sull'alcol, il consumo e le conseguenze per la salute alcol-correlate, nonché i sistemi nazionali di monitoraggio e sorveglianza. Nella Regione Europea, l'Ufficio Regionale e la Commissione Europea gestiscono congiuntamente una versione modificata dello strumento dell'indagine globale. Lo strumento principale della WHO per valutare e monitorare le risorse del sistema sanitario in tutto il mondo relative ai disturbi da uso di sostanze è il questionario ATLAS sull'uso di sostanze (*ATLAS on Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders - ATLAS-SU*). Queste indagini dell'OMS utilizzano questionari di auto compilazione. Gli esperti nazionali designati sono invitati a compilare il questionario consultando altri esperti dei rispettivi paesi. I dati del sondaggio vengono quindi caricati nei database regionali e globali sull'alcol gestiti dalla WHO, tra cui EISAH e RSUD.

I dati per questo progetto si basano in gran parte sull'indagine globale su alcol e salute condotta nel 2012 e sul questionario ATLAS-SU sull'uso di sostanze condotto nel 2014. Le risposte del questionario globale della WHO sui progressi nel campo delle politiche sull'alcol, condotto nel 2015, sono state utilizzate per aggiornare gli indicatori inclusi anche in questo questionario e gli esperti nazionali nominati quali referenti per la WHO sono stati contattati via e-mail a giugno 2016 per confermare o aggiornare i dati esistenti. Per generare gli indicatori compositi sono stati utilizzati i più recenti dati disponibili.

Le stime del reddito nazionale lordo al PPP per il 2015 sono state fornite dalla Banca Mondiale (36).^{1,2}

Costruzione dello schema di punteggio

Lo scopo dello schema di punteggio è stato quello di mettere in atto un processo logico e coerente in base al quale, per ciascun paese, si potesse riassumere un grande volume di informazioni politiche in un punteggio per ciascuna delle 10 aree di azione dell'EAAP. Durante questa fase, le considerazioni importanti sono state le seguenti:

- i paesi con politiche più forti dovrebbero ricevere maggior credito di quelli con politiche più deboli, ma in teoria dovrebbe essere anche possibile per tutti gli Stati Membri della Regione Europea raggiungere il punteggio massimo;
- tutte le 10 aree di azione dell'EAAP dovrebbero essere rappresentate e, all'interno di ciascuna area di azione, le opzioni delle politiche che sono più attivamente promulgate dalla WHO dovrebbero ricevere una priorità più alta; e

¹ Dal momento che i dati della Banca Mondiale non erano disponibili per Andorra, è stata considerata una stima del reddito nazionale lordo pro-capite del 2014 (nel 2011 PPP di dollari internazionali) presa dal rapporto sullo sviluppo umano (37).

² La stima più recente della Banca Mondiale per Malta risale al 2013.

Policy in Action

- lo schema di punteggio dovrebbe essere basato sull'evidenza scientifica e riflettere le *best practice* attuali.

In una riunione tenutasi presso l'Ufficio Regionale nell'aprile 2015, un gruppo consultivo di esperti ha selezionato un sottogruppo di domande del questionario della WHO maggiormente chiarificatrici nell'ambito di una analisi comparativa delle politiche e nel valutare l'implementazione dell'EAAP.

Le domande scelte sono state poi raggruppate in gruppi tematici. Dato che le variabili delle politiche presenti all'interno di ogni gruppo erano concettualmente correlate, esse potevano essere inserite in un Indicatore di Sintesi (IS) comune. Pertanto, ciascun IS misura un particolare aspetto del controllo dell'alcol e funge da elemento portante dell'indicatore composito per ciascuna area di intervento dell'EAAP. Esempi di IS includono le restrizioni orarie relative alla disponibilità di alcol, gli interventi basati sulla comunità per ridurre i danni alcol-correlati e le restrizioni legali relative alla pubblicità nascosta "*product placement*" (il concetto sarà ripreso successivamente). Per la creazione di determinati IS, è stato necessario riformulare e ricodificare le variabili esistenti come sarà spiegato in una sezione successiva. I 34 IS finali sono stati categorizzati nelle 10 aree di azione dell'EAAP. L'elenco completo di domande del sondaggio utilizzate in questo progetto è fornito nell'allegato 1.

Dal momento che era auspicabile che le informazioni fossero aggregate con una minima perdita di precisione, sono state introdotte delle scale per distinguere i diversi gradi di successo all'interno di ogni IS. A seconda della natura dell'argomento, la scala potrebbe rispecchiare il gradiente della rigosità (ad esempio il limite di età legale) o di esaustività (ad esempio lo scopo del sistema di monitoraggio).

Un approccio di raggruppamento cosiddetto nidificato "*nested*" è stato utilizzato per gli indicatori relativi al *marketing* - commercializzazione (indicatori da 6.1 a 6.4) ed all'accessibilità "*affordability*" (indicatore 7.2). Per quanto riguarda quest'ultimo, i punteggi sono attribuiti a elementi multipli (ad esempio le varie piattaforme pubblicitarie) sulla base del livello di restrizione applicato ai diversi tipi di bevande (i dettagli dello schema di punteggio sono presentati nell'allegato 2). La somma dei punteggi dei vari elementi corrisponde ad un raggruppamento, il quale a sua volta determina il punteggio finale per l'indicatore. Questa metodologia segue quella di Esser & Jernigan (38). Un esempio è nella Tabella 4. Nel caso dell'accessibilità, il gruppo è valutato secondo l'indice del prezzo dei vari tipi di bevande. L'indice del prezzo è una modifica della misura dell'accessibilità introdotta per la prima volta da Band et al. (31) ed è definito come segue:

Indice del prezzo

$$= 10\,000 \times \frac{\text{Prezzo (calcolato sulla base di contenitori standard di birra da 50cl, di vino da 75 cl, e di superalcolici da 70 cl)}}{\text{Reddito lordo nazionale pro-capite al PPP (\$ internazionali attuali)}}$$

Nella costruzione dello schema di punteggio, oltre alle sfumature all'interno di ciascun argomento di politica, è stata presa in considerazione anche l'efficacia differenziale tra le politiche in un'area d'azione. Piuttosto che considerare tutti i potenziali interventi su uno stesso piano, ogni IS è stato ponderato in base alla forza degli elementi di prova a suo sostegno.

Il prodotto tra il punteggio grezzo e il moltiplicatore genera un punteggio pesato per ogni IS. Il punteggio totale per l'area di azione è una somma lineare di tutti gli IS.

I membri del gruppo di esperti hanno fornito la prima serie di input riguardanti le scale e i pesi di ciascun IS attraverso consultazioni via e-mail nel giugno 2015. L'Ufficio Regionale e il Centro Collaborativo della WHO per la valutazione e l'implementazione delle politiche sull'alcol ha sviluppato il punteggio sulla base del feedback degli esperti e la pubblicazione "*Alcol: un bene di consumo non ordinario - Alcohol: no ordinary commodity*"(11). Il volume valuta numerose misure di politiche e dà un punteggio 0-3 sulla base di tre dimensioni, efficacia, ampiezza del supporto alla ricerca ed il livello della valutazione transnazionale. Questi punteggi sono stati convertiti in 5 livelli di moltiplicatori per questo progetto (Tabella 5). Sono state usate anche altre pubblicazioni che forniscono una sintesi delle evidenze disponibili per guidare l'assegnazione dei livelli dei moltiplicatori (10,39). La categoria di punteggio è stata sottoposta alla revisione finale da parte del gruppo di esperti nell'ottobre 2015.

Tabella 4. Esempio di punteggio per le restrizioni legali vincolanti sul *product placement* (indicatore 6.2) sulla base dell'approccio di raggruppamento nidificato "nested"^a

Item	Tipo di bevanda	Restrizione	Punti (livello di restrizione)
Televisione nazionale	Birra	Divieto	3
	Vino	Parziale	2
	Superalcolici	Volontario	1
Televisione via cavo	Birra	Nessuno	0
	Vino	Divieto	3
	Superalcolici	Divieto	3
Film	Birra	Divieto	3
	Vino	Divieto	3
	Superalcolici	Divieto	3
<i>Totale punti</i>			21
<i>Gruppo</i>			4
<i>Punteggio finale per l'indicatore</i>			12

^a Vedi Allegato 2, Categoria 6

Tabella 5. Descrizione di uno strumento utilizzato per la ponderazione degli IS

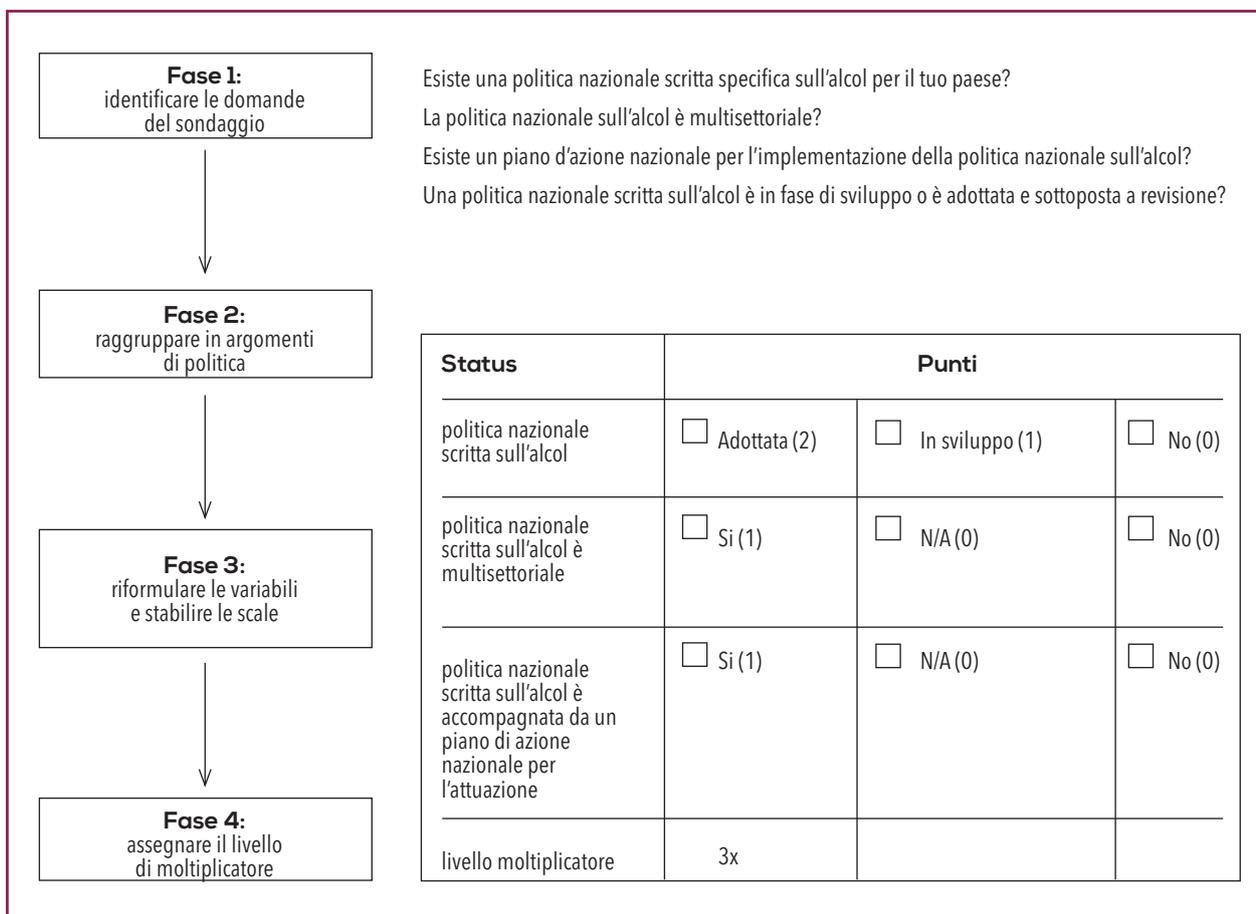
Livello moltiplicatore	Descrizione	Rating (Babor e collaboratori) ^a
5x	Alto livello di efficacia dimostrato in modo consistente in diverse popolazioni oppure infrastruttura fondamentale per la salute pubblica necessaria per avviare e sostenere una risposta efficace	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacia: 3 • Ampiezza del supporto alla ricerca/ testing transnazionale: 2 o 3
4x	Alto livello di efficacia dimostrato in un numero limitato di studi e popolazioni o moderata efficacia dimostrata in modo coerente tra diverse popolazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacia: 3 • Ampiezza del supporto alla ricerca/ testing transnazionale: 1 o 2 oppure <ul style="list-style-type: none"> • Efficacia: 2 • Ampiezza del supporto alla ricerca/ testing transnazionale: 2 o 3
3x	Efficacia moderata dimostrata in un numero limitato di studi e popolazioni	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacia: 2 • Ampiezza del supporto alla ricerca/ testing transnazionale: 1 o 2
2x	Efficacia limitata o evidenze insufficienti per definire il grado di efficacia	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacia: 1 oppure <ul style="list-style-type: none"> • Efficacia: non nota
1x	Non è indicata l'efficacia, ma può essere importante come parte di un pacchetto di misure politiche	<ul style="list-style-type: none"> • Efficacia: 0

^a Babor et al. (11).

In sintesi, gli indicatori compositi sono basati su una struttura concettuale (l'EAAP) ed è stato utilizzato un approccio sistematico basato sull'evidenza per definire gli indicatori consistenti ed i relativi pesi. Inizialmente sono state considerate tecniche statistiche alternative per la costruzione degli indicatori compositi. Ad esempio, l'analisi delle componenti principali e l'analisi fattoriale possono essere utilizzate per raggruppare singoli indicatori che sono collineari e formare un indicatore composito che catturi il più possibile le informazioni comuni ai singoli indicatori" (21). Questi metodi vengono utilizzati per economia e per impedire il doppio conteggio delle variabili correlate. È stato tuttavia deciso che una sola metodologia di analisi statistica non fosse adatta, data l'applicazione prevista degli indicatori compositi EAAP come strumento di *advocacy*. Deve essere chiaro

che le correlazioni statistiche non necessariamente corrispondono alla realtà e alle sottostanti relazioni tra gli indicatori e i fenomeni misurati (35). Tutti gli item significativi nell'EAAP, indipendentemente dal loro contributo statistico alla varianza totale, dovrebbero essere mantenuti negli indicatori compositi, ad indicazione della loro importanza pratica. Inoltre, un indicatore composito che sia solidamente integrato nella teoria e accompagnato da un sistema di punteggio trasparente ha maggiori probabilità di trovare il favore dei decisori politici rispetto a un costrutto statistico astratto. Le fasi di costruzione dello schema di punteggio sono illustrate nella Figura 1.

Figura 1. Illustrazione delle fasi intraprese per la costruzione dello schema di punteggio, utilizzando come esempio l'indicatore 1.1



Assegnazione dei punteggi

Le risposte degli Stati Membri della Regione Europea alle domande del sondaggio sono state inizialmente prese dai dati compilati dall'OMS. Come descritto nella sezione sulle fonti dei dati, agli esperti nazionali nominati referenti per l'OMS è stata data l'opportunità di aggiornare le risposte a giugno 2016. Sono stati utilizzati i dati più recenti a disposizione. I dati mancanti sono stati sostituiti con il valore "0". Se in un'area di azione mancava una parte sostanziale (> 20%) di dati, per quello Stato Membro non è stato calcolato l'indicatore composito.

Le variabili di politica sull'alcol sono state ricodificate manualmente per una compatibilità con lo schema di punteggio. Ad esempio, il set di dati originale EISAH per le restrizioni sulla disponibilità di alcol oraria contiene 12 variabili per il consumo in un locale o fuori dai locali (on-premise service o off-premise sale)³ restrizioni di orario e giorni di vendita e al tipo di bevanda. Queste variabili sono state riunite in un singolo IS (indicatore 5.3) ricodificato sulla base di un ordine di categorie (0, 1, 2, 3, 4) delineate nello schema di punteggio (Tabella 6). Si rimanda all'Allegato 2 per i dettagli dello schema di punteggio. La Tabella 7 indica il numero di Stati Membri per i quali era disponibile almeno l'80% dei dati per i punteggi degli indicatori compositi generati per ogni area di azione.

³ Il consumo in un locale si riferisce alle bevande alcoliche vendute per il consumo all'interno di un bar, un caffè o un ristorante, mentre la vendita fuori dal locale si riferisce alle bevande alcoliche vendute in negozi (supermercati e stazioni di servizio) per essere consumate altrove.

Tabella 6. Tre possibili combinazioni di valori per la disponibilità oraria dell'alcol^a

Variabili	Paese A	Paese B	Paese C
In locale/orari/birra	Si	Si	No
In locale/orari/vino	Si	Si	No
In locale/orari/superalcolici	Si	Si	No
In locale/giorni/birra	No	No	No
In locale/giorni/vino	No	No	Si
In locale/giorni/superalcolici	No	No	Si
Fuori locale/orari/birra	Si	No	No
Fuori locale/orari/vino	Si	No	No
Fuori locale/orari/superalcolici	Si	No	No
Fuori locale/giorni/birra	No	No	No
Fuori locale/giorni/vino	No	No	Si
Fuori locale/giorni/superalcolici	No	No	Si
<i>Punteggio grezzo</i>	4	3	2
<i>Punteggio ponderato finale per indicatore 5.3</i>	12	9	6

^a Vedi Allegato 2, per i dettagli sullo schema dei punteggi

Tabella 7. Numero di Stati Membri partecipanti in ciascuna area d'azione

Area d'azione	Numero di Stati Membri partecipanti
Leadership, consapevolezza e impegno	47
Risposta dei servizi sanitari	34
Azioni di comunità e sui luoghi di lavoro	47
Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza	53
Disponibilità dell'alcol	53
Marketing delle bevande alcoliche	53
Politiche dei prezzi	45
Riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol	52
Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcolici	53
Monitoraggio e sorveglianza	52

Logica dello schema di punteggio

Poiché non è possibile esporre in questo rapporto le complessità di ciascuna area di azione, la Tabella 8 mostra una sintesi delle ricerche e delle ipotesi di punteggio per gli indicatori selezionati. In questa sezione, saranno spiegati i principi e le ipotesi alla base di due dei migliori interventi raccomandati dall'OMS per ridurre il consumo dannoso e quindi l'onere delle malattie non trasmissibili - prezzi e marketing - poiché essi richiedono una manipolazione dei dati più complessa nel calcolo dei punteggi.

Tabella 8. Panoramica delle evidenze scientifiche e dei principi di punteggio per gli indicatori selezionati

Indicatore	Logica della politica e ipotesi dei punteggi
1.4 Attività sulla consapevolezza	La maggior parte delle campagne di educazione pubblica non portano a sostanziali cambiamenti nei comportamenti alcol-correlati (11) a parte quelle mirate alla guida in stato di ebbrezza (40). Le attività di aumento della consapevolezza sono tuttavia importanti per diffondere informazioni ed a sostegno delle politiche sull'alcol (41). <i>Tesi: le attività sulla consapevolezza su più argomenti portano ad una popolazione più informata.</i>
2.1 Screening ed intervento breve nel consumo dannoso e rischioso di alcol	Gli interventi brevi nell'assistenza sanitaria di base portano a riduzioni significative del consumo di alcol tra consumatori ad alto rischio non dipendenti (42). <i>Tesi: motivazione e fiducia nelle proprie capacità insufficienti tra i professionisti sono state citate come importanti ostacoli al potenziamento degli interventi brevi, migliorabile con un'adeguata formazione e standardizzazione delle linee guida (43).</i>
3.2 Prevenzione sull'alcol ed interventi sui luoghi di lavoro	Esistono limitate prove sul fatto che programmi sui luoghi di lavoro, quali ad esempio il supporto tra pari, possano ridurre il danno causato dall'alcol (41).
3.3 Interventi di comunità per ridurre il danno alcol-correlato	I programmi comunitari multicomponenti possono essere utili per mobilitare le comunità, modificare il comportamento collettivo e aumentare l'applicazione delle politiche sull'alcol (41).
4.1 Massima concentrazione ematica di alcol ammessa dalla legge (BAC) quando si guida un veicolo	Il rischio di incidenti stradali aumenta in modo inversamente proporzionale al BAC ed è significativamente elevato con un BAC superiore a 0.5 g/litro (44). Limiti legali inferiori di BAC vengono preferiti perché il danno si verifica anche a livelli di BAC molto bassi (45).
4.2 Rinforzo nell'applicazione tramite l'utilizzo di checkpoint per il controllo della sobrietà	Le strategie che aumentano il rischio di arresto percepito dal guidatore sono efficaci come deterrenti della guida in stato di ebbrezza (11).
4.3 Rinforzo nell'applicazione tramite alcoltest a campione	
5.1 Limite di età più basso per la consumazione di alcol nei locali e per la vendita di alcol fuori dai locali	Una età minima di consumo più alta è associata ad un consumo minore di alcol ed a minori incidenti stradali (46). <i>Tesi: il consumo di alcol nei locali e la vendita di alcol fuori dai locali sono considerati allo stesso modo. I vari tipi di bevanda sono considerati allo stesso modo.</i>
5.2 Controllo delle vendite al dettaglio	I monopoli statali sono la soluzione strutturale più efficace per la regolamentazione della disponibilità dell'alcol. In alternativa, in ordine di importanza, vi è il sistema di licenze che stabilisce quali tra i rivenditori possono vendere alcolici e le esatte condizioni di vendita (47).
5.3 Restrizioni della disponibilità dell'alcol a seconda degli orari	L'estensione degli orari di vendita di appena una-due ore determina un'aumentata incidenza significativa di aggressioni, incidenti automobilistici e infortuni legati a cadute (48,49). <i>Tesi: la vendita e il consumo di alcol nei locali e fuori di essi sono considerate allo stesso modo. I vari tipi di bevande sono considerati allo stesso modo.</i>
5.4 Restrizioni della disponibilità dell'alcol a seconda del luogo	Maggiore è il numero di locali che vendono alcol, più facile è ottenere l'alcol. Vi sono evidenze consistenti di una relazione diretta tra la densità dei locali e i problemi associati all'alcol (11). <i>Tesi: la vendita e il consumo di alcol nei locali e fuori di essi sono considerate allo stesso modo. I vari tipi di bevande sono considerati allo stesso modo.</i>
5.6 Ambienti "Alcol free"	Il divieto di consumo in luoghi pubblici può ridurre il consumo di alcol e l'accesso sociale all'alcol tra i giovani (11).
7.3 Misure sul prezzo di vendita	L'aumento dei prezzi dell'alcol a basso prezzo ha massimo impatto sui consumi (50). Le promozioni si traducono in un maggiore consumo di alcolici nei locali (51) e in un aumento degli acquisti al di fuori dai locali (52). Nuovi prodotti possono avere come target segmenti vulnerabili della popolazione, ad esempio, le bevande alcoliche aromatizzate che hanno portato a un aumento del consumo di alcol tra gli adolescenti (53).
8.1 Formazione del personale addetto alla somministrazione	Le pratiche di servire alcolici possono essere modificate, ad esempio rifiutando la vendita a clienti ubriachi e promuovendo la vendita di alimenti piuttosto che di bevande (11).
8.2 Etichette con avvertenze per la salute	Le etichette con avvertenze per la salute non hanno un impatto sul comportamento in quanto tale, ma possono influenzare variabili quali l'intenzione di cambiare il consumo e la volontà di intervenire sul consumo di alcol fatto da altri (54).

Le politiche dei prezzi e il marketing delle bevande alcoliche

Alla base delle politiche dei prezzi c'è il concetto di limitare la capacità o la volontà dei consumatori di acquistare alcolici. È stato dimostrato che i bevitori riducono il loro consumo in risposta all'aumento dei prezzi delle bevande alcoliche (50,55). Questo effetto è stato osservato per la birra, il vino e gli alcolici, anche se in misura diversa a seconda delle caratteristiche del consumo di alcol in un paese. Il tipo di bevanda che ha la quota maggiore di mercato tende ad essere meno influenzato dalle fluttuazioni di prezzo (56). Complessivamente, i risultati di due meta-analisi suggeriscono che per ogni 10% di aumento di prezzo (57,58) si ottiene in media il 5% di riduzione del consumo pro-capite di alcol. Inoltre, si è dimostrato vero anche l'opposto: in Finlandia, nel 2004, alla diminuzione delle accise e alla eliminazione delle tasse sulle importazioni si è assistito ad un aumento dei consumi di circa il 10% (59). È importante sottolineare che la letteratura indica che le variazioni di prezzo hanno impatto sui forti bevitori e che possono portare a riduzioni del danno alcol-correlato, inclusa la cirrosi epatica e le lesioni (50,60).

Gli indicatori compositi del Piano di Azione Europeo EAAP cercano di catturare le differenze nell'accessibilità dell'alcol e nei prezzi di per sé. Una nuova misura di accessibilità, la formula dell'indice dei prezzi, è stata creata per fare un confronto tra i paesi sulla base dei prezzi dell'alcol in relazione al reddito. Si tratta di una derivazione dell'approccio utilizzato da Brand et al. (31), anche se non è chiaro quale misura del PIL abbiano usato. Dato che il loro progetto si concentrava su un gruppo relativamente omogeneo di paesi OCSE ad alto reddito, si potrebbe sostenere che stime diverse del PIL avrebbero dato risultati simili. Al contrario, l'attuale progetto OMS include paesi con condizioni differenti di ricchezza e benessere. L'adeguamento alle disparità del costo della vita attraverso l'utilizzo del reddito nazionale lordo in PPP ha consentito un più equo confronto tra paesi. L'indice dei prezzi è stato calcolato separatamente per birra, vino e superalcolici ed è stato determinato un punteggio complessivo per l'indicatore di accessibilità utilizzando l'approccio di raggruppamento descritto nei metodi. Tuttavia, lo svantaggio di questo approccio è che non tiene conto della potenziale sostituzione tra bevande. La sostituzione avviene quando i bevitori reagiscono all'aumento del prezzo delle bevande di una categoria consumando altri prodotti alcolici. Evidenze di sostituzione parziale esistono fra diversi tipi di alcol, bevande di diversa qualità e persino fra bevande somministrate nei locali e vendute all'esterno di essi (61,62). Dal momento che alternative a basso costo incoraggiano la sostituzione (61), un modo ragionevole di procedere potrebbe essere l'innalzamento dei prezzi di tutta la categoria. Uno schema di punteggio modificato sulla base di questo principio produrrebbe un punteggio finale che sarebbe interamente o principalmente attribuibile al tipo di bevanda che ha un indice dei prezzi più economico, piuttosto che rappresentare l'accessibilità media di tutti i tipi di bevande. Questa opzione metodologica può essere esplorata in futuro, a condizione che vi siano dati probanti più solidi a sostegno della sostituzione tra bevande e migliori capacità degli Stati Membri a monitorare con accuratezza i prezzi dell'alcol.

Esistono consistenti evidenze che collegano la commercializzazione dell'alcol a comportamenti di consumo indesiderabili tra i giovani. Rassegne sistematiche di studi longitudinali mostrano che la pubblicità sull'alcol induce un'iniziazione precoce del consumo e influenza gli adolescenti che già consumano alcol ad aumentarlo in termini di quantità e frequenza di consumo (53,63). Pertanto, le restrizioni sul marketing con buona probabilità possono ridurre il danno alcol-correlato, modulando le modalità di consumo nei bambini e negli adolescenti. Uno studio ha stimato che il divieto totale di pubblicità sull'alcol ridurrebbe di circa il 16,4% la mortalità alcol-attribuita negli Stati Uniti attraverso la riduzione nella prevalenza di consumo tra i giovani (64). A livello di popolazione, analisi aggregate ed econometriche hanno riscontrato che la pubblicità sull'alcol esercita soltanto effetti debolmente positivi sul consumo totale di alcol nel breve periodo (58). Tuttavia, il marketing svolge un ruolo cruciale nel plasmare l'atteggiamento sociale nei confronti del bere. Ad esempio, un concorso organizzato durante una campagna promozionale per la birra in Nuova Zelanda offriva come premio una vacanza, pubblicizzandola con lo slogan: "il migliore fine settimana che non ricorderai mai!" (65). Questi messaggi servono tacitamente a normalizzare e persino a rendere *glamour* comportamenti di consumo che portano all'ubriachezza, e in questo modo controbilanciano le attività di promozione della salute che scoraggiano il consumo dannoso di alcol (11). Sebbene non si riscontri un'immediata riduzione del consumo a seguito dell'attuazione di restrizioni sul marketing, è plausibile che vi siano altri benefici a lungo termine quali un graduale indebolimento del potere dell'industria degli alcolici a modificare le norme di consumo (66).

Il marketing appare come uno degli aspetti più impegnativi del controllo degli alcolici, a causa della pervasività della pubblicità e della promozione degli alcolici, che continuano ad evolversi ed includono nuovi media e tecnologie. Questo progetto dell'OMS include indicatori di marketing nelle quattro aree della pubblicità: *product placement* (pubblicità indiretta), sponsorizzazione di eventi e promozione delle vendite, considerando in tal modo tutto il repertorio delle attività, in rapida espansione, orientate al marketing. Per quanto riguarda le restrizioni pubblicitarie, vengono considerate 10 diverse piattaforme (indicatore 6.1).

Policy in Action

Questo è in linea con le tendenze attuali, che suggeriscono che gli spot televisivi vengono sempre più sostituiti da nuove forme di pubblicità online. In effetti, i principali produttori di bevande alcoliche hanno stanziato la maggior parte dei finanziamenti destinati al marketing per progetti non tradizionali quali ad esempio le campagne sui social media (53). Grazie alla scarsità di ricerche sistematiche sull'impatto delle varie strategie di marketing, non è chiaro se per alcuni media sarebbe bene adottare una più stringente regolamentazione. In assenza di prove per ritenere che alcune piattaforme dovrebbero ricevere maggiore priorità di altre, è stato adottato l'approccio di raggruppamento, per rispecchiare la situazione generale di un paese. Il sistema di punteggio presume anche che restrizioni vincolanti siano preferibili all'autoregolamentazione dell'industria. È stato già più volte dimostrato che i codici di condotta applicati in maniera volontaria dall'industria vengono facilmente trasgrediti e che gli organismi che fanno autoregolamentazione non riescono ad essere efficaci per quanto riguarda la protezione dei giovani nei confronti di pratiche di marketing irresponsabili (39,67,68).

RISULTATI

Schema di punteggio

Lo schema di punteggio finale comprende 34 IS suddivisi nelle 10 aree di azione dell'EAAP (Tabella 9). La maggior parte degli IS include variabili politiche multiple. L'Allegato 2 mostra la composizione di ciascun IS ed il punteggio.

Tabella 9. Sintesi dello schema di punteggio per gli indicatori composti EAAP

Indicatori	Massimo punteggio grezzo	Livello multipl.	Punteggio ponderato	
1. Leadership, consapevolezza e impegno				
1.1	Politica nazionale sull'alcol	4	3	12
1.2	Definizione di bevanda alcolica	1	2	2
1.3	Definizione di consumo standard	1	1	1
1.4	Attività sulla consapevolezza	4	2	8
			<i>Totale punti possibili (dopo ponderazione)</i>	23
2. Risposta dei servizi sanitari				
2.1	Screening e interventi brevi per il consumo rischioso e dannoso di alcol	10	3	30
2.2	Programmi speciali di trattamento	4	2	8
2.3	Trattamento farmacologico	4	3	12
			<i>Totale punti possibili (dopo ponderazione)</i>	50
3. Azioni di comunità e sui luoghi di lavoro				
3.1	Prevenzione nelle scuole e riduzione dei danni-correlati	4	2	8
3.2	Prevenzione dei problemi alcol-correlati e counselling sui luoghi di lavoro	6	2	12
3.3	Interventi di comunità per ridurre il danno alcol-correlato	7	2	14
			<i>Totale punti possibili (dopo ponderazione)</i>	34
4. Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza				
4.1	Concentrazione massima legale di alcol nel sangue (BAC) per la guida di veicoli	5	5	25
4.2	Rinforzo dell'applicazione mediante l'utilizzo di checkpoint per il controllo della sobrietà	3	3	9
4.3	Rinforzo dell'applicazione mediante l'utilizzo di alcol test a campione	4	4	16
4.4	Sanzioni	4	4	16
			<i>Totale punti possibili (dopo ponderazione)</i>	66
5. Disponibilità dell'alcol				
5.1	Limite di età per la somministrazione e la vendita di alcol nei locali e fuori di essi	4	4	16
5.2	Controllo della vendita al dettaglio	4	3	12
5.3	Restrizioni orarie della disponibilità	4	3	12
5.4	Restrizioni sulla disponibilità dei luoghi di vendita	4	3	12
5.5	Restrizioni sulle vendite in circostanze specifiche	3	3	9
5.6	Ambienti pubblici "alcol free"	11	3	33
			<i>Totale punti possibili (dopo ponderazione)</i>	94
6. Marketing delle bevande alcoliche				
6.1	Restrizioni di legge sulla pubblicità degli alcolici	4	3	12
6.2	Restrizioni di legge sulla "product placement" (pubblicità indiretta)	4	3	12
6.3	Restrizioni di legge sulla sponsorizzazione di eventi sportivi e per i giovani da parte dell'industria degli alcolici	4	3	12
6.4	Restrizioni di legge sulle promozioni di vendita da parte di produttori, di rivenditori e gestori di pub e bar	4	3	12
			<i>Totale punti possibili (dopo ponderazione)</i>	48

Indicatori	Massimo punteggio grezzo	Livello multipl.	Punteggio ponderato
7. Politiche dei prezzi			
7.1 Adeguamento del livello di tassazione sulla base dell'inflazione	4	3	12
7.2 Accessibilità delle bevande alcoliche	4	4	16
7.3 Altre misure sui prezzi	14	3	42
<i>Totale punti possibili (dopo ponderazione)</i>			<i>70</i>
8. Riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol			
8.1 Formazione del personale addetto alla somministrazione di bevande	3	2	6
8.2 Etichette con avvertenze per la salute	5	2	10
<i>Totale punti possibili (dopo ponderazione)</i>			<i>16</i>
9. Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in modo informale o illegale			
9.1 Utilizzo del timbro d'imposta di bollo e di accisa sui contenitori delle bevande	3	3	9
9.2 Stime dei consumi di alcol non registrati	3	3	9
9.3 Leggi per la prevenzione della produzione e vendita illegale di bevande alcoliche	6	2	12
<i>Totale punti possibili (dopo ponderazione)</i>			<i>30</i>
10. Monitoraggio e sorveglianza			
10.1 Sistema nazionale di monitoraggio	23	3	69
10.2 Indagini nazionali	7	3	21
<i>Totale punti possibili (dopo ponderazione)</i>			<i>90</i>

Punteggi regionali

Per tutti gli Stati Membri della Regione Europea per i quali erano disponibili sufficienti dati, sono stati calcolati gli indicatori compositi EAAP. I punteggi nazionali per ciascuna azione sono stati assegnati in scala (0-100) per facilitare il confronto. I punteggi della media e della mediana per la Regione, e i punteggi minimi e massimi osservati, sono presentati in Tabella 10. Il punteggio minimo osservato è stato zero per tutte le aree di azione ad eccezione di due: la risposta dei servizi sanitari e le politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza. Nessuno dei paesi ha ottenuto il punteggio massimo per la risposta dei servizi sanitari, la disponibilità dell'alcol o le politiche dei prezzi.

Tabella 10. Statistiche descrittive degli indicatori compositi EAAP (in scala)

Area d'azione	Media	Mediana	Minimo	Massimo
Leadership, consapevolezza e impegno	65	74	0	100
Risposta dei servizi sanitari	51	51	12	94
Azioni comunitarie e sui luoghi di lavoro	47	47	0	100
Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza	78	85	12	100
Disponibilità dell'alcol	60	64	0	94
Marketing delle bevande alcoliche	52	50	0	100
Politiche dei prezzi	23	20	0	66
Riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol	29	31	0	100
Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in modo illegale o informale	60	70	0	100
Monitoraggio e sorveglianza	52	62	0	100

La distribuzione dei punteggi nazionali per aree di azione viene presentata nelle Figure 2-11, che mostrano gli istogrammi dei punteggi per le aree di azione del Piano Europeo di azione. In generale, gli Stati membri hanno mostrato di agire relativamente bene per quanto riguarda le politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza. Molti paesi hanno avuto punteggi bassi nelle aree concernenti le politiche di prezzo e la riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol.

Fig. 2. Leadership, consapevolezza e impegno (n=47)

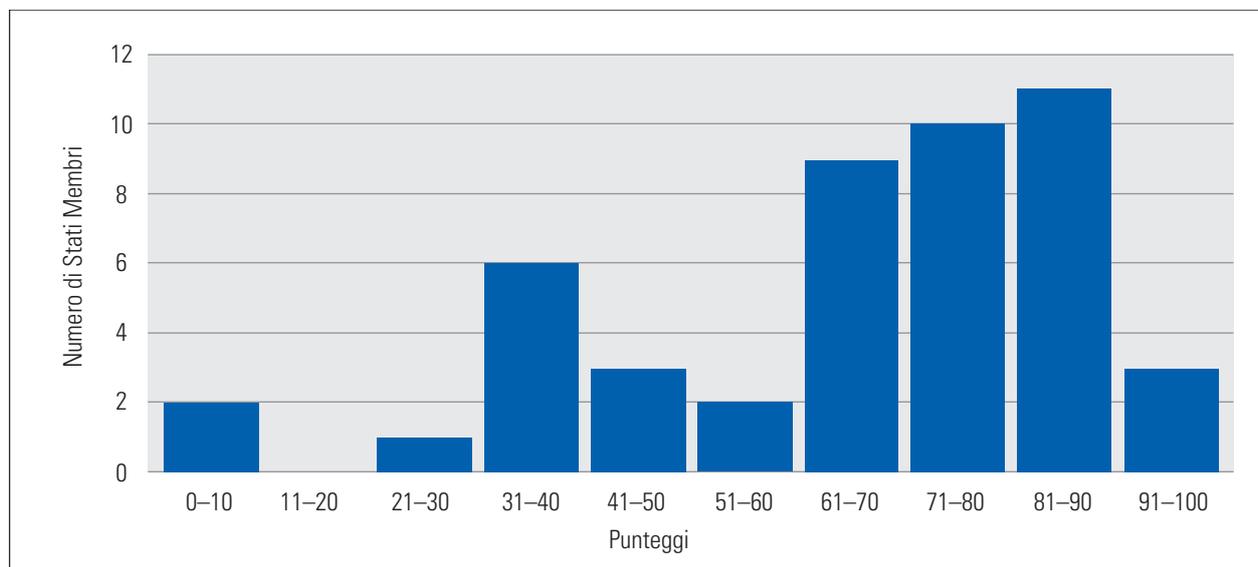


Fig. 3. Risposta dei servizi sanitari (n=34)

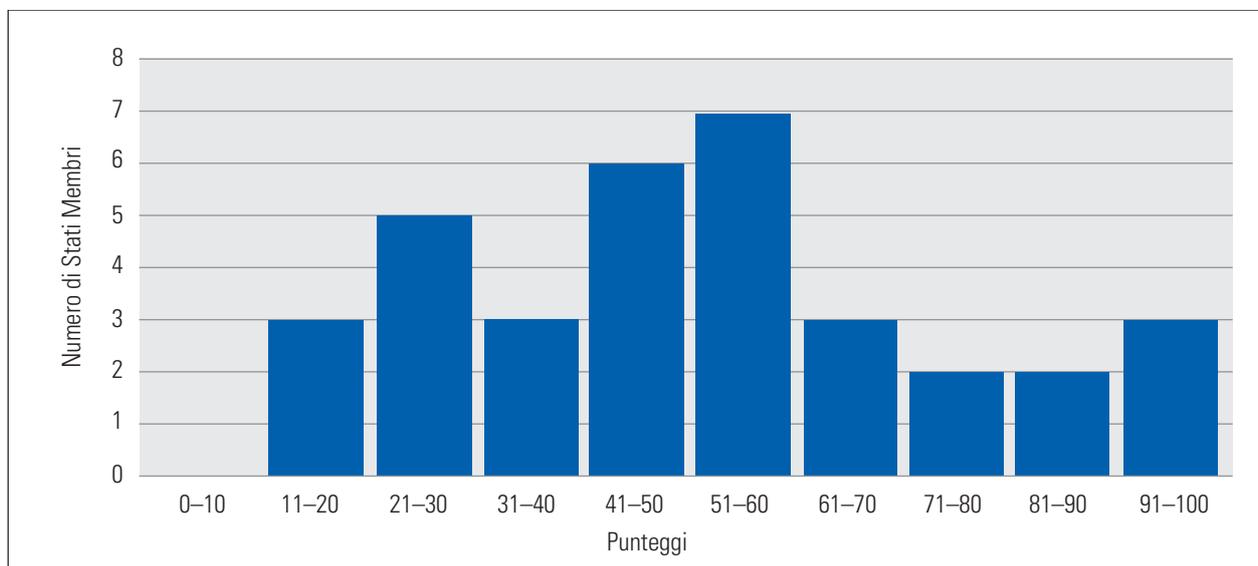


Fig. 4. Azioni di comunità e sui luoghi di lavoro (n=47)

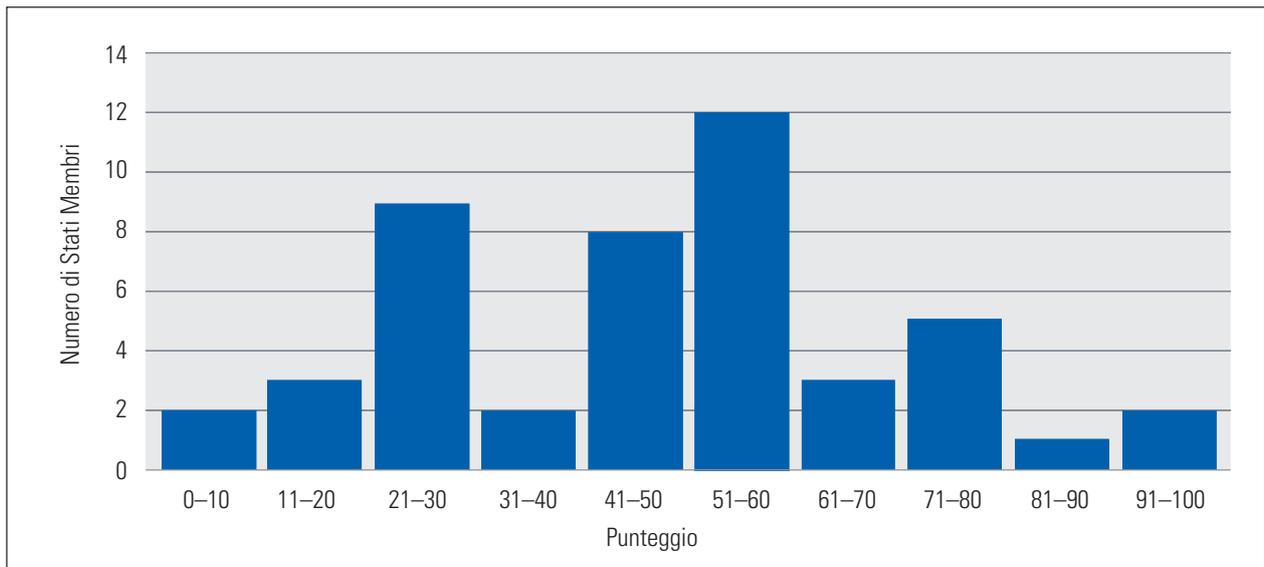


Fig. 5. Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza (n=53)

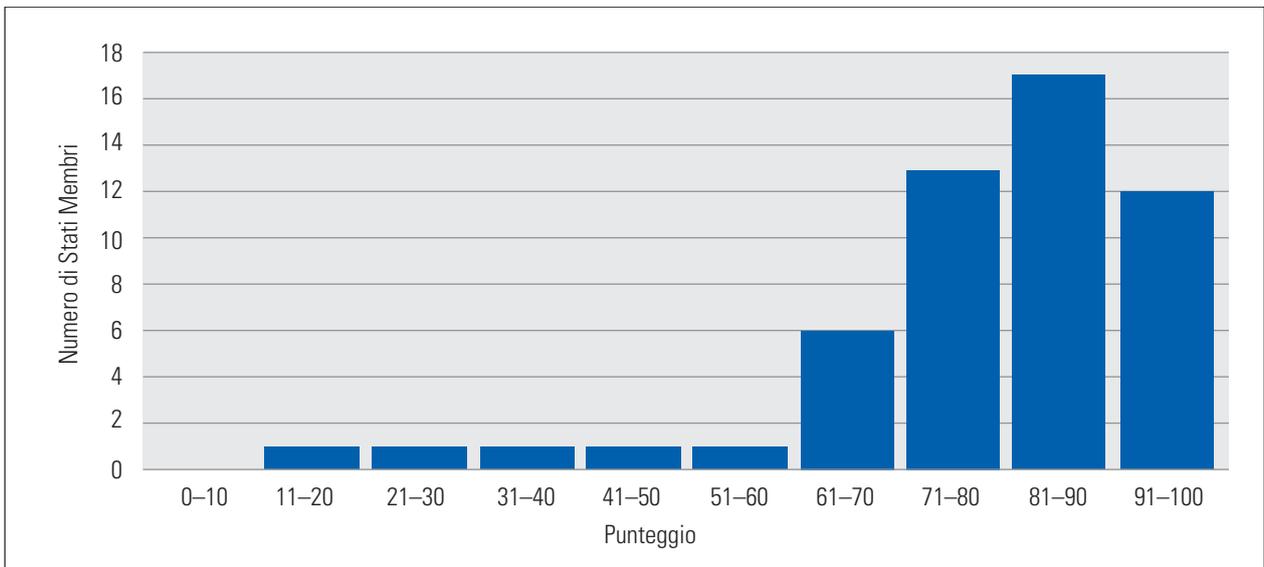


Fig. 6. Disponibilità dell'alcol (n=53)

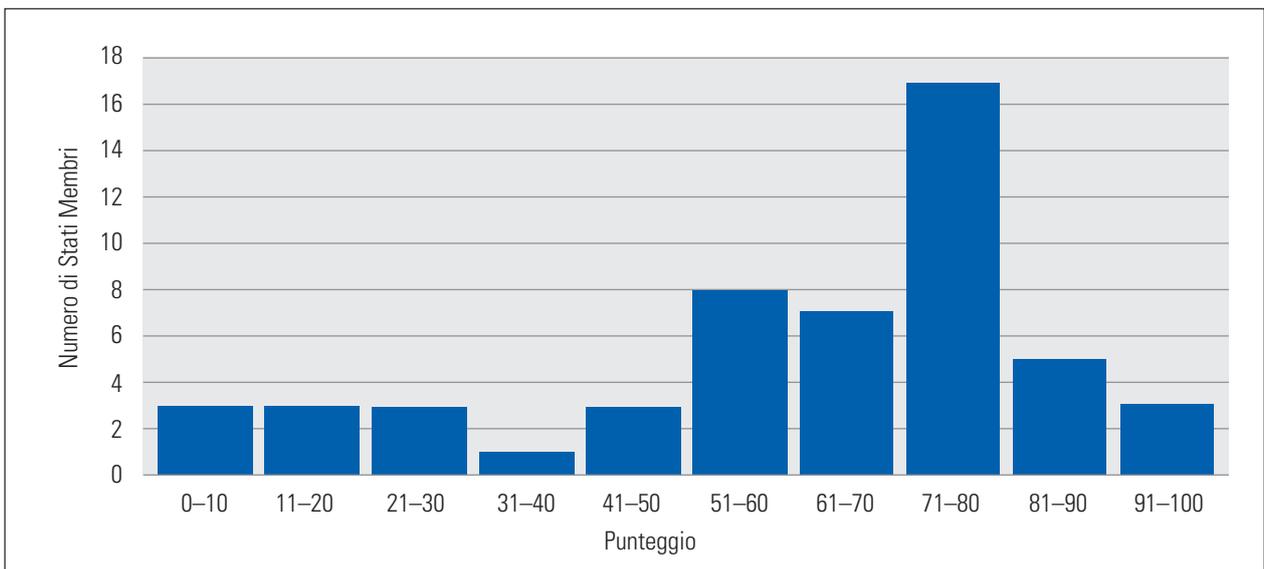


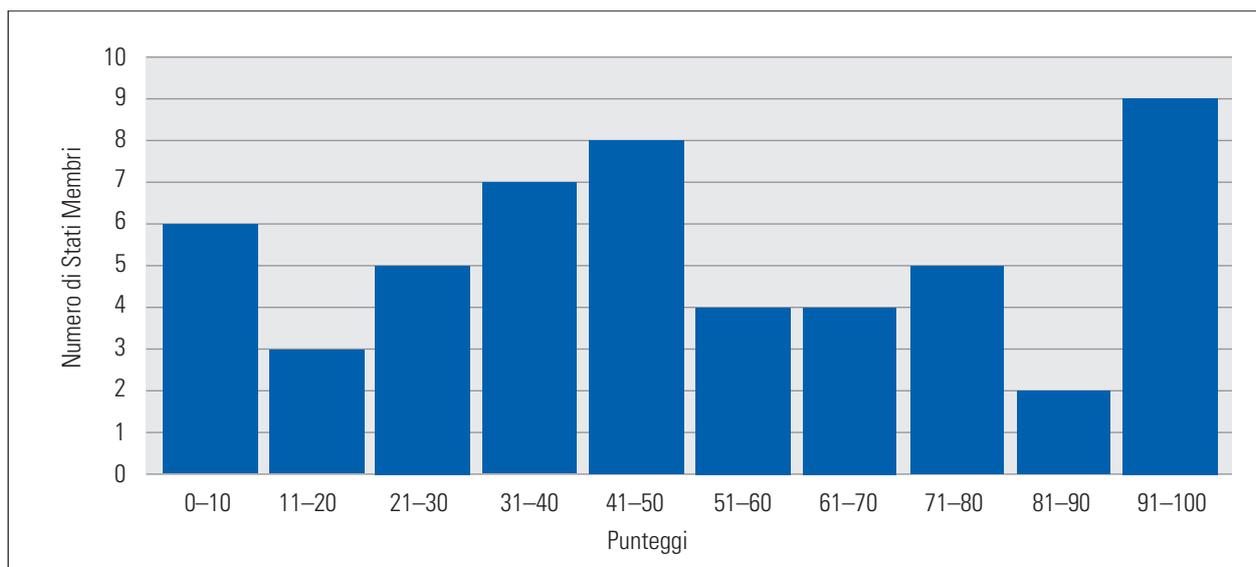
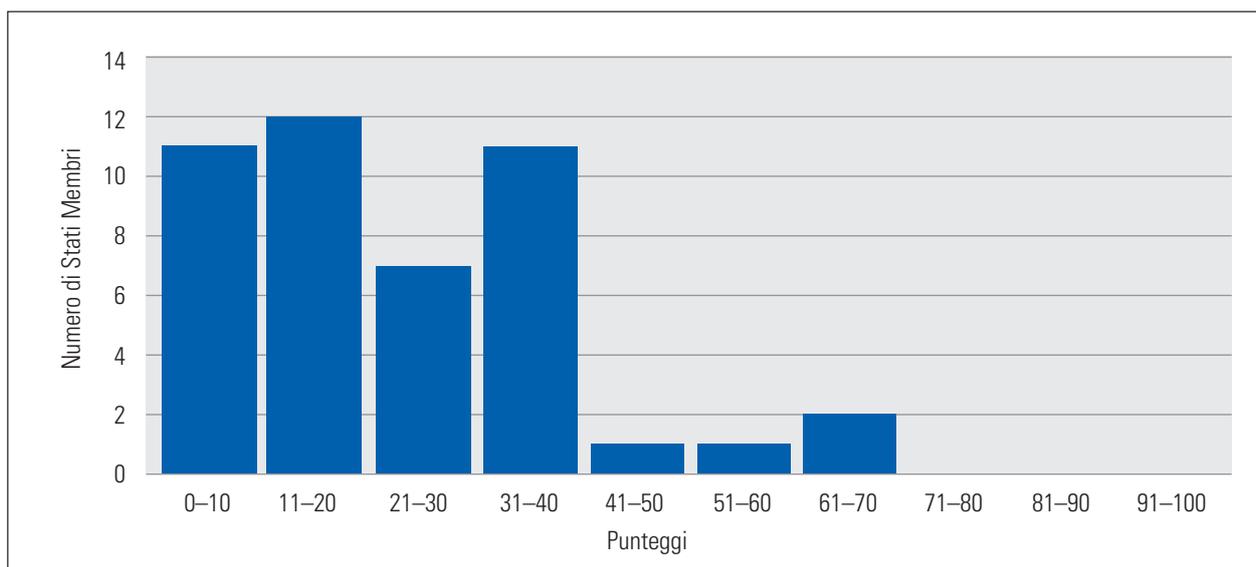
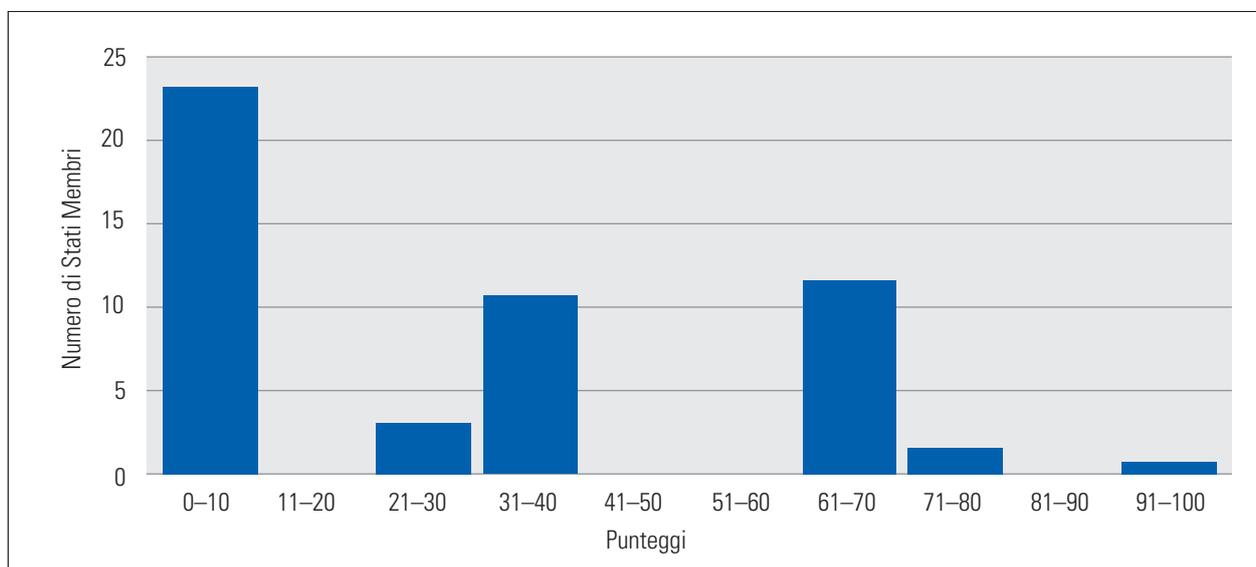
Fig. 7. Marketing delle bevande alcoliche (n=53)**Fig. 8. Politiche dei prezzi (n=45)****Fig. 9. Riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol (n=52)**

Fig. 10. Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in maniera informale e illegale (n=53)

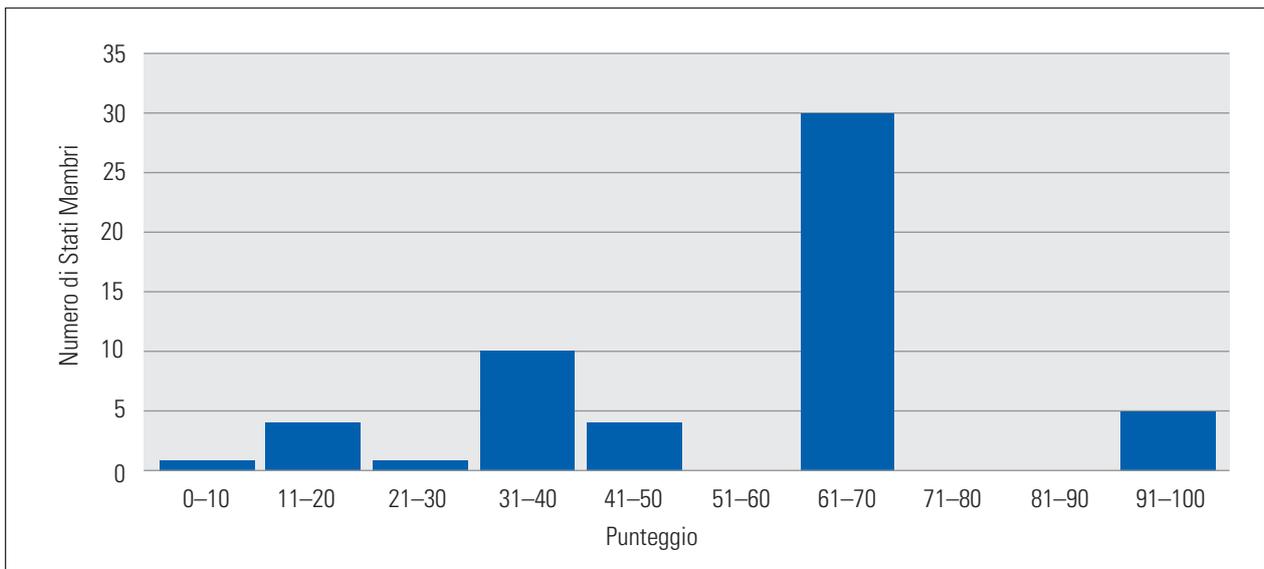
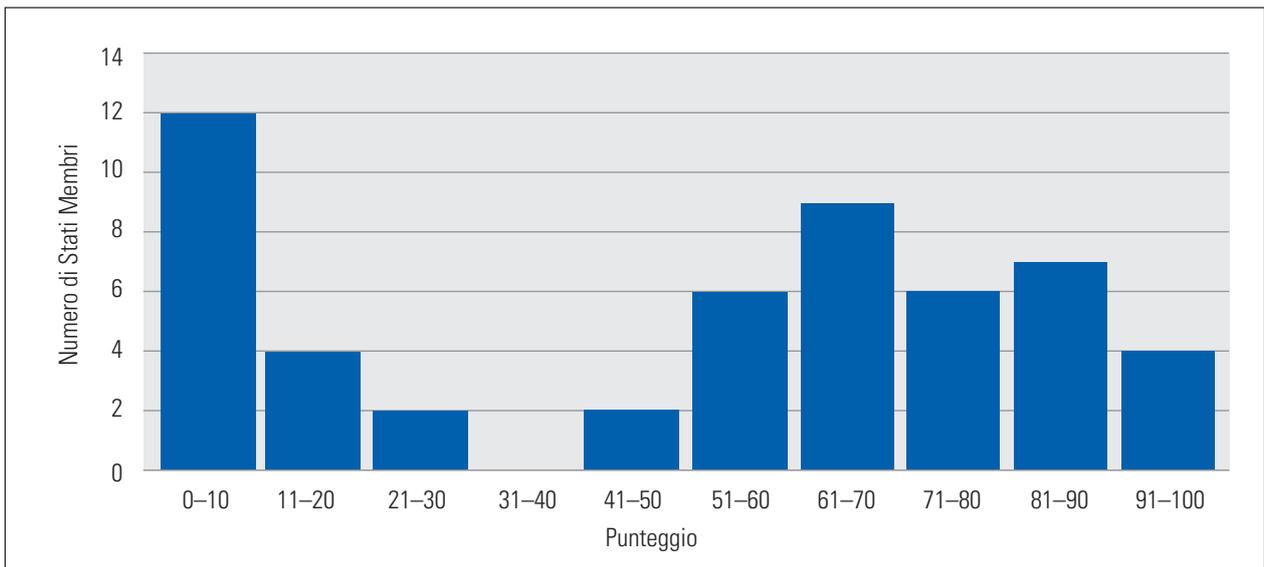


Fig. 11. Monitoraggio e sorveglianza (n=52)



DISCUSSIONE

Riassunto dei risultati

L'Ufficio Regionale ha sviluppato questi indicatori compositi con l'obiettivo di creare uno strumento da guida agli Stati Membri per quanto riguarda l'implementazione di politiche sull'alcol basate sulle attuali conoscenze, come descritto nell'EAAP. Lo schema di punteggio finale si basa su 34 IS che coprono 10 aree di azione. I punteggi sono stati calcolati e analizzati per ciascun Stato Membro della Regione Europea.

Miglioramenti rispetto ai precedenti indicatori compositi

Anche se in passato sono già stati fatti tentativi per mettere a confronto in modo quantitativo le posizioni politiche generali dei governi nazionali sull'alcol, questo è il più ambizioso mai tentato fino ad oggi. La Tabella 11 mostra un confronto fra gli indicatori compositi EAAP di recente sviluppo e le valutazioni di varie politiche sull'alcol. Gli indicatori compositi EAAP somigliano maggiormente a quanto sviluppato dal progetto AMPHORA; esiste una considerevole sovrapposizione tra le aree tematiche e i paesi studiati. Tuttavia, vale la pena di sottolineare alcune caratteristiche avanzate degli indicatori compositi EAAP. Innanzitutto, essi misurano più politiche. Per esempio, le evidenze a favore degli interventi brevi si sono accumulate nel corso degli anni tuttavia le politiche rivolte ai singoli consumatori sono state finora escluse dalle misurazioni delle politiche sull'alcol. L'integrazione degli interventi brevi negli indicatori compositi EAAP segna un importante passo avanti incoraggiando i paesi a utilizzare la risorsa sottoutilizzata degli operatori sanitari ed a utilizzare interventi sul singolo individuo da integrare alle misure attuate a livello di popolazione. Inoltre, anche se alcune tematiche politiche sono comuni ai tre studi, le differenze risultano più evidenti quando ogni area è esaminata individualmente. Nell'attuale progetto dell'OMS, le restrizioni di marketing includono indicatori che operano su quattro fronti: pubblicità, sponsorizzazione, *product placement* (pubblicità indiritta) e le promozioni sulle vendite. Il progetto AMPHORA invece valuta solo le restrizioni sul marketing e la sponsorizzazione, mentre l'*Alcohol Policy Index* considera solo le restrizioni sul marketing. In secondo luogo, il progetto dell'OMS è il primo ad analizzare sistematicamente la situazione delle politiche sull'alcol nei paesi dell'ex Unione delle Repubbliche Socialiste Sovietiche. Questi paesi hanno il più alto tasso di consumo di alcol pro-capite, la più alta proporzione di forti consumatori e di decessi alcol-attribuibili nella Regione Europea (4,6,16). In effetti, il pattern di consumo (PDS) di livello più elevato (5) è stato creato appositamente per descrivere lo schema di consumo di alcol caratteristico di questi paesi, in cui è presente un numero considerevole di morti a causa dell'intossicazione da alcol indotta da *binge drinking* (6). In breve, grazie alla loro maggiore copertura (più indicatori) e analisi (maggiori dettagli per ciascun indicatore), nonché alle nuove caratteristiche del campione (un campione più ampio con più paesi), gli indicatori compositi EAAP sono in grado di offrire un'immagine più completa delle politiche sull'alcol in Europa.

Interazioni delle politiche

Molte delle politiche degli indicatori compositi EAAP si rafforzano a vicenda e possono portare a benefici sinergici. È stata rilevata un'associazione positiva tra la densità geografica dei locali autorizzati alla vendita di alcolici e il tasso di guida in stato di ebbrezza tra i giovani, e questo suggerisce che le politiche volte a limitare la densità dei punti vendita possono condurre a dei vantaggi, quali la riduzione degli incidenti dovuti alla guida in stato di ebbrezza (70). Al contrario, l'assenza di politiche può minare l'efficacia degli altri vantaggi. Ad esempio, l'aumento del prezzo della vodka nella Federazione Russa non ha prodotto la prevista riduzione del consumo totale di alcol poiché ha semplicemente spinto i consumatori ad acquistare bevande distillate illegalmente ad un costo inferiore (71). Questo sottolinea l'importanza di un controllo sull'alcol prodotto illegalmente, affinché la tassazione dell'alcol prodotto legalmente possa essere efficace. In definitiva quindi, il successo di una strategia nazionale sull'alcol è determinato dal bilancio netto di questa interazione di fattori politici (nonché di altri fattori contestuali) ed è pertanto possibile che combinazioni diverse di politiche producano risultati diversi. Tuttavia, non è stato possibile inserire le interazioni delle politiche nel sistema di punteggio a causa della mancanza di dati empirici in questo settore.

Robustezza degli indicatori compositi EAAP

Nel futuro dovrebbe essere effettuata un'analisi approfondita della sensibilità e vari aspetti degli indicatori compositi dovrebbero essere esaminati. In primo luogo, dovrebbero essere testate e modificate tutte le norme in discussione che sono alla base degli indicatori di sintesi (IS). Usando come esempio l'accessibilità delle bevande alcoliche (indicatore 7.2), e tenendo a mente la potenziale sostituzione tra bevande, per determinare il punteggio finale si potrebbe utilizzare il livello di prezzo più basso, invece del livello medio. Inoltre, i livelli dei prezzi sono delimitati utilizzando soglie arbitrarie e l'adeguamento di tali soglie può portare a notevoli cambiamenti nel risultato del punteggio. In secondo luogo, potrebbe essere utilizzato un diverso insieme di pesi delle politiche. In alternativa, i pesi specifici per ciascun paese possono essere ricavati utilizzando un'analisi non parametrica dei dati (DEA - *Data Envelopment Analysis*), una tecnica che mira a massimizzare il punteggio di ciascun paese rispetto a tutti gli altri paesi. Questo approccio è stato utilizzato da Brand et al. (31) per contrastare possibili criticismi che potrebbero sollevare i paesi per quanto riguarda i pregiudizi nei pesi delle politiche. In terzo luogo, i dati mancanti potrebbero essere trattati usando metodi più sofisticati quali l'assegnazione tramite regressione o l'assegnazione al vicino più prossimo.

Tabella 11. Confronto tra gli indicatori compositi EAAP in tre progetti che attribuiscono un punteggio alle politiche

Media	Indicatori compositi EAAP	Scala AMPHORA ^a	Alcohol Policy Index ^b	Politiche sull'alcol per i minori ^{c,d}
Anno	2016	2012	2007	2012
Campione	53 Stati Membri della Regione Europea	33 Paesi Europei	30 Paesi Membri OECD	50 città della California, Stati Uniti
Ambiti politici	10 aree di azione: <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilità dell'alcol • Monitoraggio e sorveglianza • Politiche dei prezzi • Leadership, consapevolezza e impegno • Marketing delle bevande alcoliche • Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza • Risposta dei servizi sanitari • Azioni di comunità e sui luoghi di lavoro • Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale / informale di alcol • Riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol 	7 ambiti: <ul style="list-style-type: none"> • Controllo della produzione, vendita al dettaglio e distribuzione di bevande alcoliche • Tassazioni sull'alcol e il prezzo • Controllo dei limiti di età • Controllo della guida in stato di ebbrezza • Controllo della pubblicità, marketing e sponsorizzazione delle bevande • Politiche pubbliche • Punti di partenza^e 	5 ambiti: <ul style="list-style-type: none"> • Motoveicoli • Disponibilità • Prezzi dell'alcol • Ambienti di consumo • Pubblicità dell'alcol 	8 ordinanze: <ul style="list-style-type: none"> • Licenze subordinate all'uso • Ordinanze da ritenersi accolte • Regolamentazione sulla pubblicità in luoghi aperti • Regolamentazione sul consumo in pubblico • Servizio di somministrazione responsabile • Politiche sociali • Politiche speciali per manifestazioni all'aperto • Regolamentazioni sulla pubblicità in vetrina
Fonti dei dati	EISAH 2012; RSUD 2014 in aggiunta a pareri esperti per paese e dati tratti dal questionario OMS sui progressi nelle politiche sull'alcol	Questionario completato utilizzando dati EISAH 2011, in aggiunta a pareri esperti per paese	Rapporti pubblicati e database gestiti dall'OMS e dai singoli paesi (dati 2000-2005)	Dati giuridici ottenuti dai siti Internet e dall'anagrafe di ciascuna città

^a Karlsson et al. (32)

^b Brand et al. (31)

^c Thomas et al. (69)

^d Le ordinanze sono state analizzate separatamente e non sono state fuse in un singolo punteggio

^e Sezione qualitativa senza punteggi

Punti di forza e limiti degli indicatori compositi EAAP

Gli indicatori compositi EAAP possono essere generati a intervalli regolari lungo tutta la durata del Piano di azione Europeo (2012-2020), probabilmente in sincronia con le indagini dell'OMS, in modo tale che sia possibile monitorare quantitativamente l'andamento dei singoli paesi. Queste "pagelle" periodiche riconoscono i modelli di ruolo e motivano i paesi che sono in ritardo a rimediare ed impegnarsi al meglio. Gli indicatori compositi EAAP forniscono indicazioni ai politici per identificare le aree della politica sugli alcolici in cui uno Stato Membro ha punteggi bassi. Inoltre, offrono un importante senso di solidarietà regionale - "si vede che i paesi di tutto il mondo si muovono al passo. Questa è forse la più grande rassicurazione che i politici possono avere quando adottano politiche potenzialmente impopolari" (72). Gli indicatori compositi EAAP sono più adatti alla sensibilizzazione rispetto a tentativi precedenti, perché il progetto è legato espressamente ad un quadro che è stato approvato da tutti i 53 Stati Membri della Regione Europea. Tuttavia, sarebbe utile in futuro prendere in considerazione il feedback dei rappresentanti degli Stati Membri poiché questo aiuterebbe a stabilire la validità nominale degli indicatori compositi, ovvero l' "accettazione degli attori istituzionali del fatto che la misura sia utile e valida" (34).

Una componente fondamentale della *advocacy* è il processo di comunicazione con gli attori istituzionali. Attualmente, l'OMS produce rapporti regolari sia a livello regionale (73,74) che globale (4,75,76) per descrivere le tendenze sul consumo di alcol, il danno alcol-correlato e le risposte politiche. Questi rapporti sono una miniera preziosa di informazioni e permettono di sottoporre a controllo l'intera gamma di indicatori EISAH. Gli indicatori compositi EAAP completano questo quadro presentando le stesse informazioni in una forma più compatta e digeribile e sarebbero particolarmente rilevanti per comunicare con i non addetti ai lavori, compresi i media e il pubblico in generale.

Una delle debolezze degli indicatori compositi EAAP è però quella di considerare come valore nominale le politiche e la legislazione segnalata, anche se queste non sono effettivamente tradotte in azioni. L'applicazione può rendere una politica potenzialmente valida o disattesa. Negli Stati Uniti, per esempio, nonostante l'età minima legale per il consumo di alcolici sia di 21 anni, un sondaggio nazionale ha rivelato che oltre il 90% degli studenti minorenni ha potuto violare le regole sull'alcol imposte dal loro istituto scolastico (*college*) senza essere soggetti a sanzioni (77). In Brasile, invece, l'impatto positivo di un BAC inferiore per ridurre gli incidenti stradali mortali è stato attribuito in parte a un'intensificazione dei controlli di polizia (78). Nei sondaggi EISAH, agli esperti nazionali veniva richiesto di fornire il grado di applicazione della politica. Le marcate variazioni dei gradi di applicazione nel tempo potrebbero indicare reali cambiamenti nelle attività di controllo. Tuttavia, la soggettività dei dati ottenuti in questo modo potrebbe introdurre bias e complicare l'interpretazione dei confronti tra paesi. Pertanto, tali valutazioni di applicazione delle politiche sono state giudicate troppo inaffidabili per essere direttamente integrate negli indicatori compositi EAAP. Una misura sostitutiva di applicazione utilizzata da Thomas et al. (69) è stato l'ammontare dei finanziamenti statali competitivi garantiti da ciascuna città della California (Stati Uniti) per l'applicazione delle politiche sull'alcol. Sebbene si tratti di un approccio innovativo, non è facilmente trasferibile a studi che prevedono comparazioni internazionali. Pertanto, al momento attuale rimane il problema dell'integrazione di misure obiettive sull'applicazione negli indicatori compositi dell'EAAP e mette in luce un ambito di ricerca da colmare per quanto riguarda il settore delle politiche sull'alcol.

Gli indicatori compositi EAAP registrano solo gli interventi pianificati attuati attraverso canali ufficiali. Eppure, le "potenti regole e controlli informali della società civile che regolano il consumo e l'intossicazione da alcol" sono altrettanto importanti nella prevenzione dei problemi alcol-correlati (79). Per esempio, è stato dimostrato che l'aumento di consumo tra i minorenni osservato in presenza di una maggiore densità di punti vendita dell'alcol diminuisce in ambienti che presentano una collettività più efficace e più controlli informali (80). Paradossalmente, l'atteggiamento normativo nei confronti dell'alcol sembra essere inversamente proporzionale a quanto rigorosamente è disciplinato l'alcol. I paesi con un clima normativo più rilassato mostrano una minore tolleranza all'ubriachezza (81). A parte i controlli informali, il consumo di alcol a livello della popolazione è influenzato anche dai cambiamenti strutturali che avvengono nella società. Ad esempio, il consumo di alcol in Italia ha iniziato a diminuire ancor prima che venissero attuate politiche ufficiali sull'alcol. Questo è stato in seguito attribuito all'urbanizzazione e ai cambiamenti nell'organizzazione del lavoro (82). Altre pressioni strutturali che hanno un impatto potenziale sul consumo di alcol includono i cambiamenti nella struttura della famiglia e dei ruoli di genere, l'aumento di autovetture, l'influsso degli emigranti ed infine i boom e le recessioni economiche. È interessante notare che gli stessi cambiamenti strutturali hanno portato a tendenze diverse di consumo in diverse società (66,83). È quindi importante riconoscere che il consumo di alcol è inserito in un complesso intrico di fattori personali, culturali e strutturali, non tutti direttamente suscettibili di modifica attraverso politiche formali. Ciononostante, resta la necessità per i paesi, all'interno di questi vincoli contestuali, di attuare politiche di prevenzione basate sulle conoscenze scientifiche.

Un'ulteriore limite di questo progetto è la grande quantità di dati mancanti per alcuni indicatori, in particolare nell'area di intervento relativa alla risposta dei servizi sanitari; non è stato possibile calcolare i punteggi per 18 paesi a causa di dati insufficienti. Questo è stato in gran parte il risultato di dati mancanti per l'indicatore di sintesi IS 2.1: screening e interventi brevi sul consumo rischioso e dannoso di alcol. In particolare, molti intervistati non sono stati in grado di fornire una stima della proporzione di servizi di assistenza sanitaria primaria e della proporzione di servizi prenatali che hanno attuato lo screening e gli interventi brevi per il consumo rischioso e dannoso a livello nazionale. La mancanza di dati disponibili evidenzia la necessità di migliorare il monitoraggio di questi programmi a livello nazionale.

Una sintesi dei punti di forza e dei limiti degli indicatori composti EAAP è riportata nella Tabella 12.

Tabella 12. Punti di forza e i limiti degli indicatori composti EAAP

Punti di forza	Limiti
<ul style="list-style-type: none"> • Si sottolinea il ruolo dei governi nel ridurre l'esposizione della popolazione a fattori di rischio modificabili 	<ul style="list-style-type: none"> • L'applicazione delle politiche non è misurata
<ul style="list-style-type: none"> • Si promuove la responsabilità politica 	<ul style="list-style-type: none"> • Non vengono tenuti in considerazione i controlli informali e i determinanti contestuali del consumo di alcol
<ul style="list-style-type: none"> • Si promuove la solidarietà regionale/globale 	<ul style="list-style-type: none"> • Alcuni aspetti della metodologia (ad esempio il peso delle politiche) sono potenzialmente controversi
<ul style="list-style-type: none"> • Si fornisce una valutazione globale delle strategie nazionali sull'alcol 	<ul style="list-style-type: none"> • I dati di alcuni indicatori (ad esempio le stime di prezzo) sono meno affidabili
<ul style="list-style-type: none"> • Si presenta una immagine generale di ciascuna area politica più facile da cogliere rispetto a singole tendenze 	<ul style="list-style-type: none"> • Esistono grandi quantità di dati mancanti in alcune aree politiche (ad esempio screening e interventi brevi)
<ul style="list-style-type: none"> • I confronti tra paesi sono facilitati 	<ul style="list-style-type: none"> • I dettagli di un indicatore composto necessitano di un adeguamento quando diventano disponibili nuove conoscenze scientifiche
<ul style="list-style-type: none"> • Il monitoraggio di un paese nel tempo è facilitato 	<ul style="list-style-type: none"> • Le informazioni aggregate non riflettono le variazioni subnazionali delle politiche sull'alcol^a
<ul style="list-style-type: none"> • La comunicazione con gli attori istituzionali è semplificata 	<ul style="list-style-type: none"> • Le misure di sintesi danno adito ad essere mal interpretate

^a per quanto riguarda il Regno Unito, i punti sono stati concessi se la politica si applicava a due o più delle sue nazioni componenti

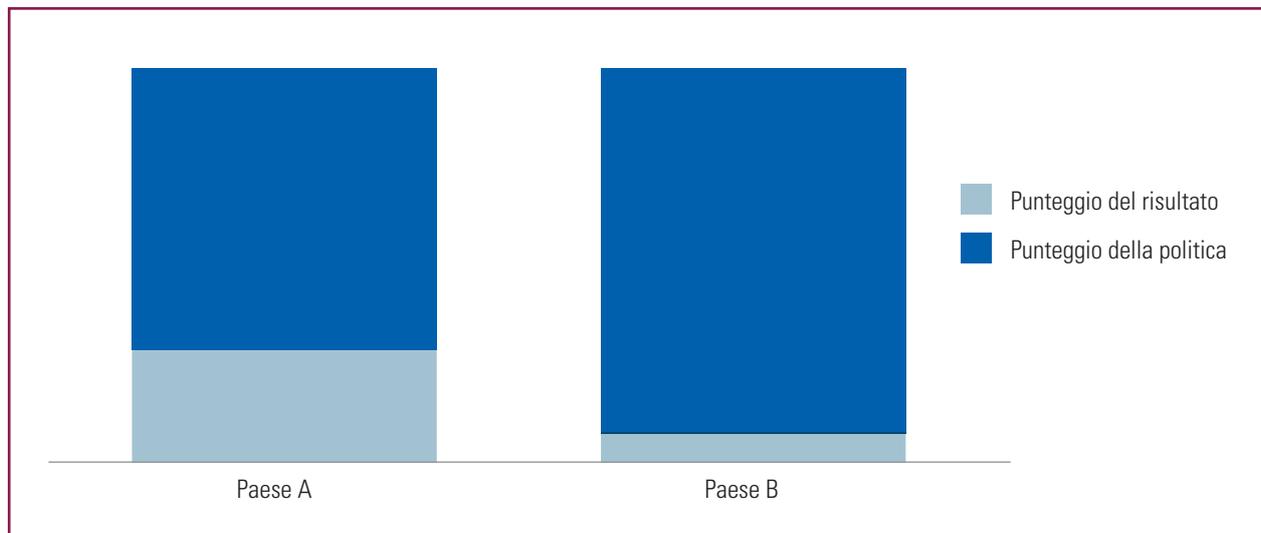
Attività future

Alcuni paesi possono ritenere di essere ingiustamente penalizzati dagli indicatori composti EAAP, che prescrivono un set standard di politiche universali. Se le esistenti disposizioni di politica e le pressioni socioculturali sono state sufficienti a far diminuire il consumo di alcol in un paese, il relativo governo potrebbe ritenere troppo gravoso attuare controlli aggiuntivi stabiliti dagli indicatori composti EAAP. È in verità una preoccupazione reale: gli interventi dovrebbero essere proporzionati alla grandezza del problema dell'alcol (72). Questo potrebbe essere bypassato incorporando misure di *outcome*. I paesi potrebbero ricevere punti sulla base dei livelli di consumo di alcol pro-capite assoluti (APC), al punteggio attribuibile alle modalità di consumo (PDS) e del tasso di mortalità alcol-attribuibile e, sulla base di eventuali miglioramenti, peggioramenti, o stabilità di questi dati. Un paese che presenta un consumo di alcol in diminuzione, un basso punteggio attribuibile alle modalità di consumo e un numero inferiore di morti attribuibili all'alcol potrebbe iniziare con un punteggio più alto. Ne consegue che i paesi che presentano valori negativi per quanto riguarda questi indicatori di risultato dovrebbero conseguire punteggi più alti per essere sullo stesso livello di quei paesi che partono da una situazione di base più favorevole (Fig. 12). Con l'inclusione delle misure di risultato, alcuni dei limiti sopra discussi vengono indirettamente affrontati. Questo perché il livello di consumo rispecchia in una certa misura i punti di forza dei controlli informali e la rigosità con cui le politiche esistenti vengono applicate. Gli indicatori composti che includono sia gli input politici che gli esiti sanitari sono, tuttavia, più difficili da interpretare, e maggiore cura deve essere osservata quando si spiegano i risultati di queste analisi.

Un altro potenziale sviluppo degli indicatori composti EAAP è quello di combinarli alla scala di controllo sul tabacco (84) in modo da concentrare sforzi congiunti nella prevenzione delle malattie non trasmissibili. La scala di controllo sul tabacco è un indicatore composto che quantifica le attività di controllo sul tabacco per ciascun paese in Europa. L'alcol e il tabacco sono legati a più livelli e sono entrambi fattori chiave della diffusione globale delle malattie non trasmissibili (85). Il consumo di

tabacco è associato ad episodi di consumo di alcol più frequenti e più duraturi e i fumatori hanno maggiore probabilità di soddisfare i criteri di *binge drinking*, di consumo dannoso e di diagnosi di disturbi da consumo di alcol (86). Pertanto, le politiche che mirano a ridurre il fumo possono in realtà essere utili a ridurre anche il consumo di alcol. Per esempio, in Irlanda le vendite di alcolici nei bar sono diminuite di circa il 4.6% dopo l'entrata in vigore del divieto sul fumo (87). Quindi, il controllo sul consumo di tabacco e quello dell'alcol sono attività che si rafforzano a vicenda. È stato recentemente stabilito un quadro di monitoraggio globale dell'OMS con obiettivi volontari per la riduzione del consumo sia dell'alcol che del tabacco (85). L'uso concomitante degli indicatori compositi EAAP e della scala di controllo sul tabacco nelle politiche e nella ricerca potrebbe essere un modo per incoraggiare la collaborazione tra i funzionari pubblici di entrambi i settori. Sebbene, al momento, questo vada al di là dell'ambito di questo progetto, altri indicatori compositi rilevanti (quali ad esempio quelli per la prevenzione dell'obesità) potrebbero essere sviluppati ed aggiunti alla lista per ottenere una valutazione olistica dei progressi compiuti da ciascun paese nell'affrontare i maggiori fattori di rischio delle malattie non trasmissibili.

Fig. 12. Esempio ipotetico di due paesi con punteggi identici se un indicatore composito EAAP viene modificato per includere le misure dei risultati^a



^a la tesi prevede che sia accettabile che i paesi che riportano un minor consumo di alcol e di danno alcol-correlato (paese A) abbiano politiche meno ampie e meno rigorose

Sebbene questo progetto si focalizzi sui paesi della Regione Europea, gli indicatori compositi EAAP potrebbero potenzialmente essere adattati ad altre regioni. Ci sono, ovviamente, due importanti note da considerare: la maggior parte dei risultati scientifici alla base degli indicatori compositi EAAP sono stati ottenuti da ricerche condotte in paesi ad alto reddito (68); inoltre, ci si aspetta che i costi-benefici delle strategie raccomandate varino considerevolmente tra le varie sottoregioni geografiche (88). Sebbene sarebbe una cosa positiva ottenere un maggior numero di informazioni empiriche sulla fattibilità, sull'efficacia e sull'accettabilità di questi interventi in ambienti a basso reddito, come già sottolineato da altri autori (68,89), i gravi danni causati dall'alcol giustificano immediate misure di salvaguardia. Gli indicatori compositi EAAP forniscono un quadro prezioso per i paesi in via di sviluppo per rivedere le loro politiche ed intraprendere azioni per limitare la proliferazione dell'alcol.

CONCLUSIONI

Gli indicatori compositi collegati al Piano di azione Europeo sono stati sviluppati per misurare non soltanto la presenza di una gamma di politiche sull'alcol, ma anche il livello in cui queste politiche soddisfano gli standard raccomandati di rigorosità ed esaustività. Agli indicatori si è giunti attraverso un approccio graduale per selezionare, scalare, ponderare e registrare le rilevanti variabili delle politiche. Gli indicatori compositi EAAP possono essere utilizzati come base per valutare l'adempimento, monitorare le tendenze nel tempo, fare un confronto tra le opzioni politiche e comunicare con gli attori istituzionali e con il pubblico. Altro lavoro può essere fatto per valutare la solidità degli indicatori compositi e la loro accettabilità politica. La Regione europea registra i livelli più alti al mondo per quanto riguarda il consumo di alcol e la mortalità attribuibile all'alcol, e si spera che gli indicatori compositi EAAP stimolino i governi a porre rimedio a questa situazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Schmidt LA, Room R. Alcohol and the process of economic development: contributions from ethnographic research. *Int J Alcohol Drug Res.* 2012;1:41–55.
2. WHO Regional Office for Europe. *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf?ua=1).
3. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet.* 2012;380(9859):2224–60.
4. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2014*. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_1.pdf?ua=1).
5. World Health Organization. *International Classification of Diseases and related health problems, 10th revision* [website]. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>).
6. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *Lancet.* 2009;373(9682):2223–33.
7. Rehm J, Roerecke M. Reduction of drinking in problem drinkers and all-cause mortality. *Alcohol Alcohol.* 2013;48:509–13 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23531718>).
8. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction.* 2003;98:1209–28 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12930209>).
9. Corrao G, Rubbiati L, Bagnardi V, Zambon A, Poikolainen K. Alcohol and coronary heart disease: a meta-analysis. *Addiction.* 2000;95:1505–23 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11070527>).
10. WHO Regional Office for Europe. *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf?ua=1).
11. Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K. *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2010.
12. Anderson P, Baumberg B. *Alcohol in Europe. A public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies; 2006 (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf).
13. Loring B. *Alcohol and inequities. Guidance for addressing inequities in alcohol-related harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (http://ec.europa.eu/health/social_determinants/docs/policybrief_alcohol_en.pdf).
14. Blas E, Kurup AS, editors. *Equity, social determinants, and public health programmes*. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf).
15. 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.
16. Shield KD, Rylett M, Gmel G, Gmel G, Kehoe-Chan TA, Rehm J. Global alcohol exposure estimates by country, territory and region for 2005 – a contribution to the comparative risk assessment for the 2010 Global Burden of Disease Study. *Addiction.* 2013;108(5):912–22 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.12112/abstract>).
17. Shield KD, Rylett M, Rehm J. *Public health successes and missed opportunities. Trends in alcohol consumption and attributable mortality in the WHO European Region, 1990–2014*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.drugsandalcohol.ie/26179/1/Public-health-successes-and-missed-opportunities-alcohol-mortality-9902014.pdf>).
18. World Health Organization. *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*. Geneva: World Health Organization; 2010 (http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf).
19. World Health Organization. *Outline of the process that led to the WHO Global strategy to reduce harmful use of alcohol*. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/).
20. Rekke D. A global frame is already in place. *Addiction.* 2013;108(3):460–1 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.04070.x/full>).
21. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2008 (<http://www.oecd.org/std/leading-indicators/42495745.pdf>).

22. Bandura R. *A survey of composite indices measuring country performance: 2008 update*. New York (NY): United Nations Development Programme, Office of Development Studies; 2008 (http://web.undp.org/developmentstudies/docs/indices_2008_bandura.pdf).
23. Human Development Index (HDI). New York (NY): *United Nations Development Programme*; 2013 (<http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>).
24. Schwab K (Editor). *The global competitiveness report: 2012–2013*. Geneva: World Economic Forum; 2012 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GlobalCompetitivenessReport_2012-13.pdf).
25. *Corruption Perceptions Index*. Berlin: Transparency International; 2014 (<http://www.transparency.org/research/cpi/overview>).
26. Murray CJL, Lauer J, Tandon A, Frenk J. *Overall health system achievement for 191 countries. Global Programme on Evidence for Health Policy discussion paper No. 28*. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/healthinfo/paper28.pdf>).
27. Gakidou E, Murray CJL, Frenk J. *Measuring preferences on health system performance assessment. Global Programme on Evidence for Health Policy discussion paper No. 20*. Geneva: World Health Organization; 2000 (<http://www.who.int/healthinfo/paper20.pdf>).
28. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Better Life Index*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014 (<http://www.oecdbetterlifeindex.org/>).
29. Naimi TS, Blanchette J, Nelson TF, Nguyen T, Oussayef N, Heeren TC et al. A new scale of the US alcohol policy environment and its relationship to binge drinking. *Am J Prev Med*. 2014;46(1):10–6.
30. Nelson TF, Xuan Z, Babor TF, Brewer RD, Chaloupka FJ, Gruenewald PJ. Efficacy and the strength of evidence of US alcohol control policies. *Am J Prev Med*. 2013;45(1):19–28.
31. Brand DA, Saisana M, Rynn LA, Pennoni F, Lowenfels AB. Comparative analysis of alcohol control policies in 30 countries. *PLOS Medicine*. 2007;4:e151.
32. Karlsson T, Lindeman M, Osterberg E. Does alcohol policy make any difference? Scales and consumption. In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. *Alcohol policy in Europe: evidence from AMPHORA* [e-book]. The AMPHORA project; 2012 (http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/Chapter%203%20-%20AM_E-BOOK_2nd%20edition%20-%20June%202013.pdf).
33. Carragher N, Byrnes J, Doran CM, Shakeshaft A. Developing an alcohol policy assessment toolkit: application in the western Pacific. *Bull World Health Organ*. 2014;92:726–33.
34. Peterson ED, DeLong ER, Masoudi FA, O'Brien SM, Peterson PN, Rumsfeld JS et al. ACCF/AHA 2010 Position Statement on Composite Measures for Health Care Performance Assessment. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Performance Measures (Writing Committee to Develop a Position on Composite Measures). *Circulation*. 2010;121:1780–91 (<http://circ.ahajournals.org/content/121/15/1780>).
35. Jacobs R, Smith P, Goddard M. *Measuring performance: an examination of composite performance indicators*. York: Centre for Health Economics, University of York; 2004 (CHE Technical Paper Series 29; <http://www.york.ac.uk/che/pdf/tp29.pdf>).
36. GNI per capita, PPP (current international \$) [online database]. Washington (DC): *World Bank*; 2016 (<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.PP.CD>).
37. United Nations Development Programme. *Human Development Reports*. Andorra [web site]. New York (NY): United Nations Development Programme; 2015 (<http://hdr.undp.org/en/countries/profiles/AND>).
38. Esser MB, Jernigan DH. Assessing restrictiveness of national alcohol marketing policies. *Alcohol and Alcohol* 2014;49(5):557–62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25113175>.
39. 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 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19560605>).
40. Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL, Thompson RS, Rajab W. Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2004;27:57–65.
41. WHO Regional Office for Europe. *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf).

42. Whitlock EP, Polen MR, Green CA, Orleans T, Klein J. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004;140:557-68 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15068985>).
43. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder M. Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence. *J Public Health* 2011;33(3):412- 21 (<http://jpubhealth.oxfordjournals.org/content/33/3/412.full>).
44. Blomberg R, Peck R, Moskowitz H, Burns M, Fiorentino D. *Crash risk of alcohol involved driving: a case-control study.* Stamford (CT): Dunlap and Associates, Inc; 2005 (<http://www.dunlapandassociatesinc.com/crashriskofalcoholinvolveddriving.pdf>).
45. Ogden EJD, Moskowitz H. Effects of alcohol and other drugs on driver performance. *Traffic Inj Prev.* 2004;5:185-98 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15276919>).
46. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. *J Stud Alcohol Suppl.* 2002;(14):206-25 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12022726>).
47. Hahn RA, Middleton JC, Elder R, Brewer R, Fielding J, Naimi TS et al. Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: a community guide systematic review. *Am J Prev Med.* 2012;42(4):418-27 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22424256>).
48. Chikritzhs T, Stockwell T. The impact of later trading hours for Australian public houses (hotels) on levels of violence. *J Stud Alcohol* 2002;63:591-9 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12380856>).
49. Hahn RA, Kuzara JL, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J et al. Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. *Am J Prev Med.* 2010;39(6):590- 604 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21084080>).
50. Livingston M. Taxation and price control. In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels AB, Burns H, Brawley O, Zatonski W et al, editors. *Alcohol: science, policy, and public health.* Oxford: Oxford University Press; 2013 (<https://global.oup.com/academic/product/alcohol-9780199655786?cc=dk&lang=en&>).
51. O'Mara RJ, Thombs DL, Wagenaar AC, Rossheim ME, Merves ML, Hou W et al. Alcohol price and intoxication in college bars. *Alcohol Clin Ex Res.* 2009;33(11):1973-80 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19719793>).
52. Bray JW, Loomis BR, Engelen M. You save money when you buy in bulk: does volume-based pricing cause people to buy more birra? *Health Econ.* 2009;18(5):607-18 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18770524>).
53. Jernigan DH. The global alcohol industry: an overview. *Addiction.* 2009;104(Suppl 1):6-12 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19133910>).
54. Wilkinson C, Room R. Warnings on alcohol containers and advertisements: international experience and evidence on effects. *Drug Alcohol Rev.* 2009;28(4):426-35 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19594797>).
55. Martineau F, Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, Lock K. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Prev Med.* 2013;57(4):278-96 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23811528>).
56. Fogarty J. The nature of the demand for alcohol: understanding elasticity. *Br Food J Hyg Rev.* 2006;108(4):316-32 (<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/00070700610657155>).
57. 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 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19149811>).
58. Gallet CA. The demand for alcohol: a meta-analysis of elasticities. *Aust J Agric Resour Econ.* 2007;51(2):121-35 (<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1467-8489.2007.00365.x>).
59. 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://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19335654>).
60. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet.* 2005;365(9458):519-30.
61. Gruenewald PJ, Ponicki WR, Holder HD, Romelsjö A. Alcohol prices, beverage quality, and the demand for alcohol: quality substitutions and price elasticities. *Alcohol Clin Ex Res.* 2006;30(1):96-105.
62. Meier P, Brennan A, Purshouse R, Taylor K, Rafia R, Booth A et al. *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: Part B. Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield Alcohol Policy Model.* Sheffield: University of Sheffield; 2008 (http://www.shef.ac.uk/polopoly_fs/1.95621!/file/PartB.pdf).

63. Anderson P, de Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol Alcohol*. 2009;44(3):229-43.
64. Hollingworth W, Ebel BE, McCarty CA, Garrison MM, Christakis DA, Rivara FP. Prevention of deaths from harmful drinking in the United States: the potential effects of tax increases and advertising bans on young drinkers. *J Stud Alcohol*. 2006;67(2):300-8 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16562413>).
65. McCreanor T, Barnes HM, Kaiwai H, Borell S, Gregory A. Creating intoxicogenic environments: marketing alcohol to young people in Aotearoa New Zealand. *Soc Sci Med*. 2008;67(6):938-46.
66. Room R, Osterberg E, Ramstedt M, Rehm J. Explaining change and stasis in alcohol consumption. *Addict Res Theory* 2009;17(6):562-76 (<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/16066350802626966>).
67. Room R. Healthy is as healthy does: where will a voluntary code get us on international alcohol control? *Addiction* 2013;108(3):456-7 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2012.03980.x/full>).
68. Babor TF. Public health science and the global strategy on alcohol. *Bull World Health Organ*. 2010;88(9):643 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2930373/>).
69. Thomas S, Paschall MJ, Grube JW, Cannon C, Treffers R. Underage alcohol policies across 50 California cities: an assessment of best practices. *Subst Abuse Treat Prev Policy*. 2012;7:26 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22734468>).
70. Treno AJ, Grube JW, Martin SE. Alcohol availability as a predictor of youth drinking and driving: a hierarchical analysis of survey and archival data. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003;27(5):835-40.
71. Andrienko Y, Nemtsov A. *Estimation of individual demand for alcohol*. Moscow: Centre for Economic and Financial Research at New Economic School; 2006 (http://www.cefir.ru/papers/WP89_eng_Andrienko_Nemtsov.pdf).
72. Burns H. Towards a global alcohol policy: current directions. In: Boyle P, Boffetta P, Lowenfels AB, Burns H, Brawley O, Zatonski W et al, editors. *Alcohol: science, policy, and public health*. Oxford: Oxford University Press; 2013 (<https://global.oup.com/academic/product/alcohol-9780199655786?cc=dk&lang=en&>).
73. WHO Regional Office for Europe. *Status report on alcohol and health in 35 European countries 2013*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf?ua=1).
74. WHO Regional Office for Europe. *European status report on alcohol and health 2010*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533.pdf).
75. World Health Organization. *Global status report on alcohol 2004*. Geneva: World Health Organization; 2004 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf).
76. WHO Regional Office for Europe. *Global status report on alcohol and health*. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf).
77. Sands ES. Minimum-age laws and youth drinking: an introduction. In: Wechsler H, editor. *Minimum drinking age laws*. Lanham (MD): Lexington Books; 1980 (<http://trid.trb.org/view.aspx?id=192466>).
78. Andreuccetti G, Carvalho HB, Cherpitel CJ, Yu Y, Ponce JC, Kahn T et al. Reducing the legal blood alcohol concentration limit for driving in developing countries: a time for change? Results and implications derived from a time-series analysis (2001-10) conducted in Brazil. *Addiction*. 2011;106(12):2124-31 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21631625>).
79. Eisenbach-Stangl I. *Comparing European alcohol policies: what to compare?* Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research; 2011 (http://www.euro.centre.org/data/1308130015_25850.pdf).
80. Maimon D, Browning CR. Underage drinking, alcohol sales and collective efficacy: informal control and opportunity in the study of alcohol use. *Soc Sci Res*. 2012;41(4):977-90 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23017864>).
81. Nordlund S. *Policy norms, alcohol policy and drinking behaviour*. In: Anderson P, Braddick F, Reynolds J, Gual A, editors. *Alcohol policy in Europe: evidence from AMPHORA* [e-book]. The AMPHORA project; 2012 (http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/AM_E-BOOK_2nd%20edition%20-%20final%20Sept%202013_c.pdf).
82. Allamani A, Prina F. Why the decrease in consumption of alcoholic beverages in Italy between the 1970s and the 2000s -shedding light on an Italian mystery. *Contemporary Drug Problems*. 2007;34(2):187-98 (<http://www.questia.com/library/journal/1P3-1465586971/why-the-decrease-in-consumption-of-alcoholic-beverages>).
83. Allamani A, Voller F, Decarli A, Casotto V, Pantzer K, Anderson P et al. Contextual determinants of alcohol consumption changes and preventive alcohol policies: a 12-country European study in progress. *Subst Use Misuse*. 2011;46(10):1288-303 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21692604>).

Policy in Action

84. Joossens L, Raw M. *The Tobacco Control Scale 2010 in Europe*. Brussels: Association of the European Cancer Leagues; 2011 (http://www.krebshilfe.de/fileadmin/Inhalte/Downloads/PDFs/Kampagnen/TCS_2010_Europe.pdf).
85. World Health Organization. *Draft action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013–2020. Report by the Secretariat*. Geneva: WHO; 2013 (EB132/7; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB132/B132_7-en.pdf).
86. McKee SA, Weinberger AH. How can we use our knowledge of alcohol-tobacco interactions to reduce alcohol use? *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:649–74 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23157448>).
87. Cornelsen L, Normand C. Impact of the smoking ban on the volume of bar sales in Ireland: evidence from time series analysis. *Health Econ*. 2012;21(5):551–61 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22473645>).
88. Chisholm D, Doran C, Shibuya K, Rehm J. Comparative cost-effectiveness of policy instruments for reducing the global burden of alcohol, tobacco and illicit drug use. *Drug Alcohol Rev*. 2006;25(6):553–65 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17132573>).
89. Kypri K, O'Brien K, Miller P. Time for precautionary action on alcohol industry funding of sporting bodies. *Addiction*. 2009;104(12):1949–50 (<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2009.02711.x/full>).

ALLEGATO 1.

DOMANDE UTILIZZATE PER L'INDAGINE SUGLI INDICATORI COMPOSITI EAAP PREPARATE A PARTIRE DAGLI INDICATORI DI SINTESI

1. Leadership, consapevolezza e impegno

1.1. Politica nazionale sull'alcol

Esiste una politica nazionale scritta specifica sull'alcol nel suo paese?

Per politica nazionale scritta sull'alcol si intende un insieme organizzato di valori, principi ed obiettivi volti alla riduzione dell'onere attribuibile all'alcol in una popolazione e adottati a livello nazionale.

- Sì, Politica Nazionale
- Sì, Regionale/Locale: descrizione delle variazioni della politica.....
- No

La politica nazionale scritta sull'alcol è multisettoriale?

- No
- Sì

Esiste un piano di azione nazionale per l'implementazione della politica nazionale scritta sull'alcol?

- No
- Sì

È attualmente in atto un processo per lo sviluppo di una politica nazionale scritta sull'alcol o per la revisione di quella adottata?

Contrassegnare (✓) una sola risposta.

- No
- Sì, in revisione
- Sì, in corso di sviluppo

1.2. Definizione di bevanda alcolica

Nel suo paese, esiste una definizione standard legale di bevanda alcolica utilizzata dal suo governo?

- No
- Sì

Se **SÌ**, qual è la definizione standard di bevanda alcolica nel suo paese?

Includere cortesemente la percentuale di alcol per volume se applicabile, ad esempio: "tutti i tipi di bevande che superano 0,5% di alcol per volume" _____%

1.3. Definizione di bevanda standard

Nel suo paese, esiste una definizione di bevanda standard utilizzata a livello nazionale?

- No
- Sì

Se **SÌ**, a quanto corrisponde, in grammi di alcol puro, questo consumo standard?

Policy in Action

1.4. Attività sulla consapevolezza

Negli ultimi tre anni, ci sono state attività a livello nazionale per aumentare la consapevolezza?

- No Sì

Contrassegnare (✓) tutte le voci pertinenti.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Consumo nei giovani | <input type="checkbox"/> Alcol prodotto illegalmente/surrogati |
| <input type="checkbox"/> Guida in stato di ebbrezza | <input type="checkbox"/> Alcol e gravidanza |
| <input type="checkbox"/> Popolazioni native | <input type="checkbox"/> Alcol sui luoghi di lavoro |
| <input type="checkbox"/> Impatto dell'alcol sulla salute | <input type="checkbox"/> Altro, Specificare |
| <input type="checkbox"/> Danni sociali a terzi | |

Nel suo paese, quali dei seguenti strumenti /programmi vengono utilizzati per la prevenzione del consumo di sostanze e dei disturbi ad esse correlati? Se esistono strumenti/programmi, risponda facendo riferimento alle stime percentuali.

Contrassegnare (✓) tutte le voci pertinenti.

- Non esistono strumenti/programmi

	Mass media (audiovisivi)	Mass media (carta stampata)	Pubblicità in locali pubblici (poster)
No (0%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poco (1-30%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molto (31-60%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moltissimo (61-100%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Risposta dei servizi sanitari

2.1. Screening e interventi brevi per il consumo rischioso e dannoso di alcol

Nel suo paese, esistono linee guida cliniche per gli interventi brevi che siano state approvate o validate da almeno un organismo professionale di salute?

- No Sì

Qual è la proporzione a livello nazionale dei servizi sanitari di base che hanno implementato lo screening e gli interventi brevi per il consumo rischioso e dannoso di alcol?

Rispondere solo per il consumo dell'alcol. Lo screening può consistere semplicemente nel fare domande sul consumo e non necessariamente comportare l'utilizzo di questionari o test.

Contrassegnare (✓) tutte le voci pertinenti.

	Screening routinario Per la maggioranza dei pazienti	Screening selettivo per una minoranza di pazienti
Nessuno (0)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pochi (1-10%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcuni (11-30%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molti (31-60%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La maggioranza (61-100%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Qual è la proporzione di servizi prenatali a livello nazionale che hanno implementato lo screening e gli interventi brevi per il consumo rischioso e dannoso di alcol? *Specificare per il consumo dell'alcol.*

Lo screening può consistere semplicemente nel fare domande sul consumo e non necessariamente comportare l'utilizzo di questionari o test.

Nessuno (0%)	<input type="checkbox"/>
Pochi (1-10%)	<input type="checkbox"/>
Alcuni (11-30%)	<input type="checkbox"/>
Molti (31-60%)	<input type="checkbox"/>
La maggior parte (61-100%)	<input type="checkbox"/>
Non so	<input type="checkbox"/>

2.2. Programmi speciali di trattamento

Nel suo paese esistono programmi speciali di trattamento rivolti a donne, bambini e adolescenti affetti da disturbi da uso di sostanze? *Specificare per i disturbi dovuti al consumo di alcol per area del paese in cui sono rilevati. Contrassegnare (✓) tutte le voci pertinenti.*

	Programmi speciali di trattamento per le donne	Programmi speciali di trattamento per bambini ed adolescenti
No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, nella capitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, nelle città principali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si, in altre aree	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Per città principali si intendono quelle con una popolazione relativamente numerosa e che hanno livelli più alti di assistenza sanitaria, che includano anche strutture altamente specializzate quali ospedali universitari o centri altamente specializzati quali quelli di neurochirurgia o radiologia;

*Per altre aree si intendono le aree rurali o urbane fuori dalla capitale e dalle città principali.

2.3. Trattamento farmacologico

Quali dei seguenti medicinali sono disponibili nel suo paese?

Specificare se il medicinale è registrato, disponibile nelle strutture sanitarie pubbliche e se il dosaggio è supervisionato.

Medicinale	Formato	Per il trattamento di:	Registrato nel paese		Disponibile per utilizzo nelle strutture pubbliche con questa indicazione?		I dosaggi dei pazienti ambulatoriali sono supervisionati? ^a	
			Si	No	Si	No	Si	No
Acamprosato	Compresse	Alcoldipendenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA	
Buprenorfina	Compresse sublinguali	Dipendenza da oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buprenorfina/ naloxone	Compresse sublinguali	Dipendenza da oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buprenorfina/ naloxone	Sublinguale	Dipendenza da oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diazepam (o altre benzodiazepine a lunga durata di azione)	Compresse	Astinenza da alcol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diazepam (o altre benzodiazepine a lunga durata di azione)	Compresse	Astinenza da benzodiazepine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clonidina	Compresse	Astinenza da oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA	
Disulfiram	Compresse	Alcoldipendenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lofexidina	Compresse	Astinenza da oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadone	Liquido	Dipendenza da oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metadone	Compresse	Dipendenza da oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naloxone	Per iniezione	Overdose da oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA	
Naltrexone	Compresse	Alcoldipendenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NA	
Naltrexone	Compresse	Dipendenza da oppiacei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

^a Supervisione del dosaggio di metadone, buprenorfina, diazepam, disulfiram e naltrexone per pazienti ambulatoriali: barrare SI se i dosaggi dei pazienti ambulatoriali sono supervisionati quotidianamente, a meno che una valutazione individuale non abbia determinato che la supervisione quotidiana del dosaggio non sia necessaria. Nel trattamento supervisionato con metadone, per esempio, i pazienti si presentano ogni giorno per ricevere la loro dose all'inizio del trattamento finché non si valuta che siano in grado di ricevere in consegna metadone da portare a casa.

3. Azioni di comunità e sui luoghi di lavoro

3.1. Prevenzione e riduzione dei danni alcol-correlati nelle scuole

Nel suo paese, esistono delle linee guida nazionali per la prevenzione e riduzione del danno alcol-correlato in ambiente scolastico?

- No Sì

Nel suo paese esiste l'obbligo da parte delle scuole di occuparsi di prevenzione sull'alcol (o sul consumo di alcol e di altre sostanze) nel curriculum scolastico oppure come politica sanitaria scolastica?

- No Sì

3.2. Prevenzione dei problemi alcol-correlati sui luoghi di lavoro e counselling

Nel suo paese, esistono delle linee guida nazionali per la prevenzione dei problemi alcol-correlati sui luoghi di lavoro e counselling?

- No Sì

Nel suo paese, esiste una legislazione per la rilevazione dell'alcoemia sul luogo di lavoro?

- No Sì

Nel suo paese, esistono programmi sui luoghi di lavoro utilizzati per la prevenzione del consumo di alcol e di sostanze?

Rispondere per il consumo di alcol e i disturbi dovuti al consumo di alcol. Precisare il livello stimato di copertura (%) della popolazione target.

- Non esistono strumenti/programmi

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| Nessuno (0%) | <input type="checkbox"/> |
| Alcuni (1-30%) | <input type="checkbox"/> |
| Molti (31-60%) | <input type="checkbox"/> |
| Moltissimi (61-100%) | <input type="checkbox"/> |

3.3. Interventi di comunità per ridurre il danno alcol-correlato

Nel suo paese, esistono linee guida nazionali per attuare interventi efficaci di comunità per ridurre il danno alcol-correlato?

- No Sì

Nel suo paese, esistono interventi/progetti di comunità che coinvolgano attori istituzionali (organizzazioni non governative, operatori economici, altri)?

- No Sì *Specificare i settori più importanti coinvolti. Barrare tutte le voci rilevanti*

- Organizzazioni non governative
- Operatori economici
- Enti governativi
- Altro (Specificare.....)

Nel suo paese, esistono programmi di comunità utilizzati per la prevenzione dell'uso di sostanze e dei disturbi dovuti all'uso di sostanze? Rispondere per il consumo di alcol e i disturbi dovuti al consumo di alcol. Specificare il livello stimato di copertura (%) della popolazione target.

Non esistono strumenti/programmi

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| Nessuno (0%) | <input type="checkbox"/> |
| Alcuni (1-30%) | <input type="checkbox"/> |
| Molti (31-60%) | <input type="checkbox"/> |
| Moltissimi (61-100%) | <input type="checkbox"/> |

4. Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza

4.1. Concentrazione massima legale di alcol nel sangue (BAC) per la guida di veicoli

A livello nazionale, qual è il tasso alcolemico massimo legale (BAC) per guidare un veicolo, per ciascuno dei seguenti gruppi? (esempio: 0.05%; di solito, da 0% a 0.10%). Inserire il BAC in % o scrivere "nessuno" se non esiste nessun tasso massimo legale di BAC.

Popolazione generale: 0. _____ %

Giovani e neopatentati: 0. _____ %

4.2. Rinforzo dell'applicazione tramite l'utilizzo di checkpoint per il controllo della sobrietà

Avete checkpoint per il controllo della sobrietà? I checkpoint per il controllo della sobrietà sono posti di controllo o posti di blocco organizzati dalla polizia sulle strade pubbliche per il controllo della guida in stato di ebbrezza.

No Sì

4.3. Rinforzo dell'applicazione tramite l'utilizzo di alcoltest a campione

Fate alcoltest a campione? In questo tipo di controllo a campione, qualunque guidatore può essere fermato dalla polizia in qualunque momento per eseguire un alcoltest per il controllo del consumo di alcol.

No Sì

4.4. Sanzioni

Quali sono le sanzioni per la guida in stato di ebbrezza nel suo paese? Barrare (✓) tutte le voci pertinenti

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Multe | <input type="checkbox"/> Sospensione della patente |
| <input type="checkbox"/> Sottrazione di punti patente | <input type="checkbox"/> Revoca della patente |
| <input type="checkbox"/> Fermo di polizia | <input type="checkbox"/> Pena detentiva |
| <input type="checkbox"/> Sequestro del veicolo | <input type="checkbox"/> Servizi pubblici e di comunità |
| <input type="checkbox"/> Trattamento obbligatorio | <input type="checkbox"/> Blocco automatico dell'accensione del veicolo (Ignition interlock) |
| <input type="checkbox"/> Riabilitazione dopo sospensione con informativa e counselling | <input type="checkbox"/> Nessuna |

5. Disponibilità dell'alcol

5.1. Limite di età per la somministrazione e la vendita di alcol nei locali e fuori di essi

Quali sono i limiti di età previsti dalla legge a livello nazionale per gli alcolici elencati qui di seguito?

Inserire il limite di età (in anni) o scrivere "nessuno" se non esiste alcun limite di età. Il limite di età previsto per legge vieta la vendita / somministrazione di alcolici a persone di età inferiore al limite previsto.

	Birra	Vino	Superalcolici
Vendita nei locali (somministrazione) (caffè, pub, bar, ristorante)	_____anni	_____anni	_____anni
Vendita fuori dai locali (vendita) (negozi, supermercati)	_____anni	_____anni	_____anni

5.2. Controllo della vendita al dettaglio

Se il controllo della produzione e della vendita di alcolici è effettuato a livello nazionale, esiste un monopolio di Stato?

Barrare (✓) le risposte pertinenti. Il monopolio di Stato significa controllo completo o quasi completo da parte dello Stato.

	Birra	Vino	Superalcolici
Monopolio sulla produzione	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Monopolio sulla vendita al dettaglio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Se il controllo sulla produzione e vendita di alcol è svolto a livello nazionale, esistono le licenze?

Barrare (✓) le risposte pertinenti. L'ottenimento di una licenza significa un controllo parziale dello Stato quando essa è richiesta.

	Birra	Vino	Superalcolici
Licenza per la produzione	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Licenza per la vendita al dettaglio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

5.3. Restrizioni orarie della disponibilità dell'alcol

Cortesemente fornisca informazioni sulle restrizioni esistenti a livello nazionale per la vendita di birra, vino e superalcolici nei locali.

Barrare (✓) le risposte pertinenti. Per esempio, con il termine vendita nei locali si intende la somministrazione in un caffè, pub, bar o ristorante.

	Birra	Vino	Superalcolici
Ore di vendita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Giorni di vendita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Cortesemente fornisca informazioni sulle restrizioni esistenti a livello nazionale per la vendita di birra, vino e superalcolici fuori dai locali.

Barrare (✓) le risposte pertinenti. Per esempio, con il termine vendita fuori dai locali si intende la vendita in un negozio o supermercato.

	Birra	Vino	Superalcolici
Ore di vendita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Giorni di vendita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

5.4. Restrizioni sulla disponibilità nei luoghi di vendita

Cortesemente fornisca informazioni sulle restrizioni esistenti a livello nazionale per la vendita di birra, vino e superalcolici nei locali. *Barrare (✓) le risposte pertinenti. Con il termine vendita nei locali si intende la somministrazione in un caffè, pub, bar o ristorante.*

	Birra	Vino	Superalcolici
Luogo di vendita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Densità dei punti vendita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Cortesemente fornisca informazioni sulle restrizioni esistenti a livello nazionale per la vendita di birra, vino e superalcolici fuori dai locali. *Barrare (✓) le risposte pertinenti. Con il termine vendita fuori dai locali si intende la vendita in un negozio o supermercato.*

	Birra	Vino	Superalcolici
Luogo di vendita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Densità dei punti vendita	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

5.5. Restrizioni sulle vendite in circostanze specifiche

Cortesemente fornisca informazioni sulle restrizioni esistenti a livello nazionale per la vendita di birra, vino e superalcolici nei locali. *Barrare (✓) le risposte pertinenti. Con il termine vendita nei locali si intende la somministrazione in un caffè, pub, bar o ristorante.*

	Birra	Vino	Superalcolici
Vendita in eventi particolari (ad esempio partite di calcio)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Cortesemente fornisca informazioni sulle restrizioni esistenti a livello nazionale per la vendita di birra, vino e superalcolici fuori dai locali. *Barrare (✓) le risposte pertinenti. Con il termine vendita fuori dai locali si intende la vendita in un negozio o supermercato.*

	Birra	Vino	Superalcolici
Vendita in eventi particolari (ad esempio partite di calcio)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

5.6. Ambienti pubblici "alcohol free"

Cortesemente fornisca informazioni sulla misura in cui nel suo paese gli ambienti pubblici sono luoghi in cui non si consuma alcol. *Barrare (✓) le risposte pertinenti. Restrizioni legali parziali indicano la proibizione di alcune bevande alcoliche o il fatto che in alcuni luoghi /uffici /edifici non si somministrano alcolici. Accordo volontario/autoregolamentazione indicano che i governi locali e i comuni hanno le loro regolamentazioni oppure che l'industria delle bevande alcoliche segue dei regolamenti interni volontari.*

	Divieto	Restrizione legale parziale	Autoregolamentazione/ Volontaria	Nessuna restrizione
Luoghi di istruzione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trasporto pubblico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parchi, strade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventi sportivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Marketing delle bevande alcoliche

6.1. Restrizioni di legge sulla pubblicità degli alcolici

Esistono restrizioni di legge a livello nazionale per quanto riguarda la pubblicità sull'alcol?

- No Sì

Se **SI**, specificare le restrizioni concernenti la pubblicità sull'alcol.

Utilizzare le iniziali per indicare il tipo di bevanda (B=BIRRA), (W=VINO) e (S=SUPERALCOLICI) per cui esistono restrizioni. *Le restrizioni parziali sono quelle che si applicano per determinati orari del giorno o per un determinato luogo, o per il contenuto di eventi, programmi, riviste, film e così via. L'accordo volontario indica che l'industria delle bevande alcoliche segue sue regole volontarie interne.*

	Divieto	Restrizione legale parziale: Orario/luogo	Restrizione legale: Contenuto	Autoregolamentazione/ Volontaria	Nessuna restrizione
Servizio pubblico/					
TV nazionale					
TV commerciale/privata					
Radio nazionale					
Radio locale					
Carta stampata (giornali ecc.)					
Manifesti					
Punti vendita					
Cinema					
Internet					
Social media (Facebook etc.)					

6.2. Restrizioni di legge sulla "product placement" (pubblicità indiretta)

A livello nazionale, esistono restrizioni di legge sul "product placement"? Il "product placement" è la sponsorizzazione di bevande in televisione, in programmi, nelle produzioni cinematografiche

Contrassegnare (✓) una risposta.

- No Sì

Se **SI**, specificare quali restrizioni. Utilizzare le iniziali per indicare il tipo di bevanda (B=BIRRA), (V=VINO) e (S=SUPERALCOLICI) per cui esistono restrizioni. *Le restrizioni parziali sono quelle che si applicano per determinati orari del giorno o per un determinato luogo, o per il contenuto di eventi, programmi, riviste, film e così via. L'accordo volontario indica che l'industria delle bevande alcoliche segue sue regole volontarie interne*

	Divieto	Restrizione legale parziale: Orario/luogo	Restrizione legale: Contenuto	Autoregolamentazione/ Volontaria	Nessuna restrizione
Servizio pubblico/ TV nazionale					
TV commerciale/privata					
Film/ Video					

6.3. Restrizioni di legge sulla sponsorizzazione da parte dell'industria di settore di eventi sportivi ed eventi per giovani

A livello nazionale esistono restrizioni sulla sponsorizzazione di eventi sportivi e per i giovani da parte dell'industria?

Contrassegnare (✓) una risposta.

No Sì

Se **Sì**, specificare le restrizioni concernenti la pubblicità sull'alcol. Utilizzare le iniziali per indicare il tipo di bevanda (B=BIRRA), (V=VINO) e (S=SUPERALCOLICI) per cui esistono restrizioni. *Le restrizioni parziali sono quelle che si applicano per determinati orari del giorno o per un determinato luogo, o per il contenuto di eventi, programmi, riviste, film e così via. L'accordo volontario indica che l'industria delle bevande alcoliche segue sue regole volontarie interne.*

	Divieto	Restrizione legale parziale: Orario/luogo	Restrizione legale: Contenuto	Autoregolamentazione/ Volontaria	Nessuna restrizione
Sponsorizzazione di eventi sportivi da parte dell'industria degli alcolici					
Sponsorizzazione di eventi per giovani, ad esempio concerti, da parte dell'industria degli alcolici					

6.4. Restrizioni di legge sulle promozioni di vendita da parte di produttori, rivenditori e gestori di pub e bar

A livello nazionale, esistono restrizioni di legge sulle promozioni di vendita da parte dei produttori, venditori al dettaglio (inclusi i supermercati) e gestori di pub e bar?

No Sì

Se **Sì**, specificare le restrizioni concernenti la pubblicità sull'alcol. Utilizzare le iniziali per indicare il tipo di bevanda (B=BIRRA), (V=VINO) e (S=SUPERALCOLICI) per cui esistono restrizioni. *Le restrizioni parziali sono quelle che si applicano per determinati orari del giorno o per un determinato luogo, o per il contenuto di eventi, programmi, riviste, film e così via. L'accordo volontario indica che l'industria delle bevande alcoliche segue sue regole volontarie interne.*

	Divieto	Restrizione legale parziale	Autoregolamentazione / Volontaria	Nessuna restrizione
Promozioni di vendita da parte di produttori (per esempio, feste ed eventi)				
Promozioni di vendita sotto costo da parte dei rivenditori (inclusi i supermercati)				
Promozioni con bevande omaggio da parte dei gestori di pub e bar				

7. Politiche dei prezzi

7.1. Adeguamento del livello di tassazione sulla base dell'inflazione

Nel suo paese, il livello di tassazione (accise o tasse speciali sull'alcol al di fuori delle accise) delle bevande alcoliche è adeguato all'inflazione?

Specificare la frequenza con cui il livello di tassazione è adeguato sulla base dell'inflazione (es.: ogni tre mesi /ogni anno):

Birra	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	→	ogni mesi/	ogni anni
Vino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	→	ogni mesi/	ogni anni
Superalcolici	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	→	ogni mesi/	ogni anni
Altro: bevanda alcolica più popolare nel paese					
Specificare: nome: _____ alcol per volume: ____%	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	→	ogni mesi/	ogni anni

7.2. Accessibilità delle bevande alcoliche

Cortesemente specificare il prezzo medio al dettaglio delle bevande alcoliche.

	Quantità in cL	Marca di riferimento	Prezzo medio al dettaglio (in valuta locale)
Birra: la marca più popolare			
Vino: vino da tavola/ vino normale			
Superalcolici: la marca locale più popolare			
Superalcolici: la marca di importazione più popolare			
Altro: bevanda alcolica più popolare nel paese.			
Specificare % alcol per volume: __ % e nome:			

7.3. Altre misure sui prezzi

Nel suo paese esistono altre misure sui prezzi diverse dalla tassazione? Per misure di prezzo diverse dalla tassazione si intendono regolamentazioni dei prezzi delle bevande alcoliche e analcoliche, quali ad esempio i prezzi più bassi per le bevande non alcoliche rispetto a quelle alcoliche.

No Sì

Specificare: barrare (✓) tutte le risposte pertinenti

- Politiche sul prezzo minimo
- Richiesta di offrire bevande analcoliche ad un prezzo più basso
- Imposte addizionali su prodotti specifici (per esempio, alcopops), specificare: _____
- Misure di prezzo per scoraggiare il consumo d'alcol prima dell'età legale o il consumo di grandi quantitativi, specificare: _____
- Divieto di vendita sotto costo
- Divieto di sconti rispetto alle quantità vendute
- Altro, specificare

8. Riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol

8.1. Formazione del personale addetto alla somministrazione di bevande

Nel suo paese, esistono programmi di formazione rivolti al personale addetto alla somministrazione (camerieri di pub, bar, ristoranti) svolti regolarmente?

Barrare (✓) tutte le risposte pertinenti. Per formazione del personale si intende una forma di formazione professionale fornita a coloro che somministrano bevande alcoliche, ad esempio il personale di bar o ristoranti, i camerieri o le persone che servono in un catering. Questo tipo di formazione promuove una somministrazione sicura delle bevande alcoliche ai clienti (ad esempio, non servire alcolici a soggetti in stato di ebbrezza o ai minori). La formazione del personale di somministrazione può essere regolamentata e ordinata dallo Stato o da leggi locali.

- No
- Sì, organizzata dalla autorità di contrasto
- Sì, organizzata dal settore privato
- Sì, organizzata da altri, specificare:

8.2. Etichette con avvertenze (*warning*) per la salute

Nel suo paese, la legge prevede la presenza di etichette con avvertenze per la salute sulla pubblicità degli alcolici?

- No Sì

Nel suo paese, la legge prescrive la presenza di etichette con avvertenze per la salute sui contenitori /bottiglie delle bevande alcoliche?

- No Sì

9. Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in modo informale o illegale

9.1. Utilizzo del timbro d'imposta di bollo o di accisa sui contenitori delle bevande alcoliche

Nel suo paese, si utilizza il timbro di imposta di bollo o di accisa sui contenitori /bottiglie delle bevande alcoliche?

- | | | |
|---------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Birra | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| Vino | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |
| Superalcolici | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sì |

9.2. Stime dei consumi di alcol non registrati

Quali sono i componenti principali del sistema nazionale di monitoraggio del consumo dell'alcol? *Barrare (✓) tutte le risposte pertinenti.*

- Stima regolare del consumo di alcol non registrato (prodotto in modo informale/illegale) basata sul parere di esperti
- Stima regolare del consumo di alcol non registrato basata sulla ricerca focalizzata sul consumo di alcol non registrato
- Stima regolare del consumo di alcol non registrato basata su stime indirette attraverso l'utilizzo di dati sull'alcol confiscato/sequestrato
- Stima regolare del consumo di alcol non registrato basata su stime indirette attraverso l'utilizzo di dati di sondaggi
- Stima regolare del consumo di alcol non registrato basata su stime indirette attraverso l'utilizzo di altri dati.
Specificare quali altri dati:.....

9.3. Leggi per la prevenzione della produzione e vendita illegale di bevande alcoliche

Nel suo paese, esiste una legislazione nazionale per prevenire la produzione e/o vendita illegale di bevande alcoliche prodotte in casa o in maniera informale?

Contrassegnare (✓) una risposta.

- No
- Sì, per prevenire la produzione illegale
- Sì, per prevenire la vendita illegale

10. Monitoraggio e sorveglianza

10.1. Sistema di monitoraggio nazionale

Nel suo paese, esiste un sistema nazionale per il monitoraggio del consumo dell'alcol, e delle sue conseguenze sociali e sanitarie?

Barrare (✓) tutte le risposte pertinenti. Per sistema di monitoraggio del consumo dell'alcol, le sue conseguenze sociali e sanitarie si intende una raccolta dati sulla popolazione e sulle strutture sanitarie. Le fonti principali di informazioni sanitarie sono i censimenti, le indagini sulle famiglie e i sistemi (a campione) dei dati anagrafici. Le principali fonti di dati relative alle strutture sanitarie sono il sistema di sorveglianza della salute pubblica, i dati dei servizi sanitari e i dati del sistema di monitoraggio della salute.

- Sì, con una raccolta di dati sul consumo di alcol
- Sì, con una raccolta di dati sulle conseguenze sanitarie del consumo di alcol
- Sì, con una raccolta di dati sulle conseguenze sociali del consumo di alcol
- Sì, con una raccolta di dati sulle risposte delle politiche sull'alcol
- No

Quali sono i componenti principali del sistema nazionale di monitoraggio sul consumo di alcol? *Barrare (✓) tutte le risposte pertinenti*

- Dati sulle vendite delle bevande alcoliche
- Sondaggi nazionali di popolazione che includano domande sul consumo di alcol. Specificare:
i) quanto spesso vengono eseguiti questi tipi di indagine (es.: ogni 3 anni): ogni _____ anni; e
ii) l'ultimo anno in cui è stata attuata questa indagine (es.: 2011): _____

Sono disponibili rapporti regolari?

- Sì, Specificare /indicare l'anno dell'ultima pubblicazione e collegamento Web o riferimento.
anno: _____
collegamento Web o riferimento _____
- No

Quali risorse sono assicurate per il sistema di monitoraggio nazionale?

- Istituzione/organizzazione/Dipartimento con funzione derogata di centro di monitoraggio nazionale.

Fornire il nome e il luogo della istituzione /organizzazione/Dipartimento con tale funzione di monitoraggio: _____

- Una persona con la funzione derogata di monitorare la situazione su alcol e salute

10.2. Indagini nazionali

Quali sono le componenti principali del sistema nazionale di monitoraggio sul consumo dell'alcol?

- Indagini nazionali rivolte ai giovani (incluse le indagini nelle scuole) che includano domande sul consumo di alcol.
Specificare:
(i) quanto spesso vengono eseguite questo tipo di indagini (ogni __ anni);
ii) l'ultimo anno in cui è stata attuata l'indagine (____):

Esistono indagini nazionali sui tassi del consumo episodico eccessivo (binge drinking)*tra gli adulti (15+ anni)? Per consumo episodico eccessivo /binge drinking in questo caso si intende un consumo di più di 60 g di alcol puro almeno una volta alla settimana durante gli ultimi 12 mesi.

- No Sì

ALLEGATO 2.

VOCI DETTAGLIATE DEI PUNTEGGI PER GLI INDICATORI COMPOSITI EAAP

1. Leadership, consapevolezza e impegno (massimo 23 punti) (p.)

1.1. Politica nazionale sull'alcol

Si definisce 'politica nazionale sull'alcol' un insieme di valori, principi ed obiettivi organizzati e messi per iscritto volti alla riduzione del carico di malattia dovuta all'alcol nella popolazione

Politiche nazionali scritte sull'alcol	<input type="checkbox"/> Adottate (2 p.)	<input type="checkbox"/> In sviluppo (1 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
Le politiche nazionali scritte sull'alcol sono multisettoriali	<input type="checkbox"/> Sì (1 p.)	<input type="checkbox"/> N/A (0 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
Le politiche nazionali scritte sono accompagnate da un piano nazionale d'implementazione	<input type="checkbox"/> Sì (1 p.)	<input type="checkbox"/> N/A (0 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)

Moltiplicatore x 3

1.2. Definizione di bevanda alcolica

Una bevanda contenente una quantità di alcol per volume superiore ad una determinata percentuale è definita bevanda

Una bevanda è definita per legge bevanda alcolica quando contiene più di 0.1-2.8% alcol per volume	<input type="checkbox"/> Sì (1 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
--	------------------------------------	------------------------------------

Moltiplicatore x 2

1.3. Definizione di bevanda standard

A livello nazionale si utilizza una definizione di bevanda standard (in grammi di alcol puro).

Si definisce bevanda standard un consumo di 8-12 g di alcol puro	<input type="checkbox"/> Sì (1 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
--	------------------------------------	------------------------------------

Moltiplicatore x 1

1.4. Attività sulla consapevolezza

Attività per aumentare la consapevolezza sono fornite per i seguenti argomenti: consumo di alcol nei giovani, alcol e guida, popolazioni indigene, impatto sulla salute, danni sociali, alcol illegale /surrogati, alcol e lavoro, alcol e gravidanza.

Attività di aumento della consapevolezza attuate negli ultimi tre anni	<input type="checkbox"/> 6 o più argomenti (3 p.)	<input type="checkbox"/> 4-5 argomenti (2 p.)	<input type="checkbox"/> 1-3 argomenti (1 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuno (0 p.)
--	---	---	---	---

Strumenti/programmi utilizzati per la prevenzione del consumo di alcol e dei disordini alcol-correlati (mass media audiovisivi, carta stampata che coprano almeno il 31% della popolazione target)	<input type="checkbox"/> Sì (1 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
--	------------------------------------	------------------------------------

Moltiplicatore x 2

2. Risposta dei servizi sanitari

2.1. Screening e interventi brevi per il consumo rischioso e dannoso di alcol

Screening ed interventi brevi sono implementati per il consumo rischioso e dannoso di alcol. Lo screening può consistere semplicemente nel fare domande circa l'uso di sostanze, e non necessariamente comportare l'utilizzo di questionari o test.

Linee guida cliniche per gli interventi brevi sull'alcol Sì (2 p.) No (0 p.)

Proporzione dei servizi sanitari di base che hanno attuato screening ed interventi brevi in modo routinario (per la maggior parte dei pazienti) e/o selettivo (per una minoranza di pazienti)

<input type="checkbox"/> La maggior parte (61-100%) (4 p.)	<input type="checkbox"/> Molti (31-60%) (3 p.)	<input type="checkbox"/> Alcuni (11-30%) (2 p.)	<input type="checkbox"/> Pochi (1-10%) (1 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
--	--	---	---	------------------------------------

Proporzione dei servizi prenatali che hanno attuato a livello nazionale lo screening e gli interventi brevi per il consumo rischioso e dannoso

<input type="checkbox"/> La maggior parte (61-100%) (4 p.)	<input type="checkbox"/> Molti (31-60%) (3 p.)	<input type="checkbox"/> Alcuni (11-30%) (2 p.)	<input type="checkbox"/> Pochi (1-10%) (1 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
--	--	---	---	------------------------------------

Moltiplicatore x 3

2.2. Programmi speciali di trattamento

Disponibilità di programmi speciali di trattamento per le donne affette da disturbi dovuti al consumo di alcol nelle principali città o altre aree Sì (2 p.) No (0 p.)

Disponibilità di programmi speciali di trattamento per i bambini e gli adolescenti che soffrono di disturbi dovuti al consumo di alcol nelle principali città o altre aree Sì (2 p.) No (0 p.)

Moltiplicatore x 2

2.3. Trattamento farmacologico

Disponibilità di farmaci per il trattamento della dipendenza da alcol o per l'astinenza da alcol
seguenti farmaci sono disponibili:

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acamprosato (1 p.) | <input type="checkbox"/> No (0 p.) |
| <input type="checkbox"/> Diazepam (o altre benzodiazepine ad azione prolungata) (1 p.) | |
| <input type="checkbox"/> Disulfiram (1 p.) | |
| <input type="checkbox"/> Naltrexone (1 p.) | |

Moltiplicatore x 3

3. Azioni di comunità (massimo 34 p.)

3.1. Prevenzione e riduzione dei danni alcol-correlati nelle scuole

Disponibilità di linee guida nazionali per la prevenzione e riduzione del danno alcol-correlato in ambiente scolastico Sì (2 p.) No (0 p.)

Le scuole sono legalmente obbligate ad attuare una prevenzione sull'alcol (o prevenzione più ampia sull'alcol e altre sostanze) come parte del curriculum scolastico o delle politiche sanitarie scolastiche Sì (2 p.) No (0 p.)

Moltiplicatore x 2

3.2. Prevenzione dei problemi alcol-correlati sui luoghi di lavoro e counselling

Disponibilità di linee guida nazionali per la prevenzione e il counselling sui problemi dell'alcol sul luogo di lavoro Sì (2 p.) No (0 p.)

La legge prevede l'alcol test nei luoghi di lavoro Sì (1 p.) No (0 p.)

I programmi sui luoghi di lavoro per la prevenzione e i disturbi dovuti al consumo di alcol coprono almeno il 31% della popolazione target Sì (3 p.) No (0 p.)

Moltiplicatore x 2

3.3. Interventi di comunità per ridurre il danno alcol-correlato

Disponibilità di linee guida nazionali per l'attuazione di interventi comunitari efficaci per la riduzione del danno alcol correlato Sì (2 p.) No (0 p.)

Sono coinvolti stakeholder esterni negli interventi e nei progetti di comunità Sì (2 p.) No (0 p.)

I programmi di comunità per la prevenzione e i disturbi dovuti al consumo di alcol coprono almeno il 31% della popolazione target Sì (3 p.) No (0 p.)

Moltiplicatore x 2

4. Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza (massimo 66 p.)

4.1. Concentrazione massima legale di alcol nel sangue (BAC) per la guida di veicoli

La massima concentrazione alcolemica BAC (misurata come massa per volume) consentita per guidare un veicolo in un dato paese.

Limite BAC generale $\leq 0.02\%$ (3 p.) $> 0.02\%$ but $\leq 0.05\%$ (2 p.) $> 0.05\%$ (0 p.)

Limite BAC per i giovani /neopatentati $\leq 0.02\%$ (2 p.) $> 0.02\%$ but $\leq 0.05\%$ (1 p.) $> 0.05\%$ (0 p.)

Moltiplicatore x 5

4.2. Rinforzo dell'applicazione attraverso checkpoint per il controllo della sobrietà

Postazioni di controllo operate dalla polizia sono utilizzati per applicare le leggi sull'alcol. Questi checkpoint per il controllo della sobrietà sono postazioni o blocchi stradali operati dalla polizia sulle strade pubbliche per controllare la guida in stato di ebbrezza

Sono utilizzati checkpoint per il controllo della sobrietà Sì (3 p.) No (0 p.)

Moltiplicatore x 3

4.3. Rinforzo dell'applicazione mediante alcoltest a campione

L'alcoltest a campione è utilizzato per applicare le leggi sull'alcol. Si definisce alcoltest a campione un test somministrato dalla polizia a conducenti scelti a caso. Questo significa che qualunque guidatore può essere fermato dalla polizia in qualunque momento per essere sottoposto ad alcoltest

L'alcoltest a campione è utilizzato Sì (4 p.) No (0 p.)

Moltiplicatore x 4

4.4. Sanzioni

Le sanzioni includono: servizi pubblici/di comunità, fermo di polizia, multe, sottrazione punti della patente, sospensione della patente, revoca della patente, pena detentiva, sequestro del veicolo, posizionamento di un dispositivo che blocca l'accensione del veicolo (alcolock), trattamento obbligatorio, formazione e counselling imposta obbligatoriamente ai guidatori per la mancata osservanza delle leggi sulla guida in stato di ebbrezza.

Sanzioni vengono attuati almeno quattro tipi diversi di sanzioni (4 p.) 1-3 tipi diversi di sanzioni (2 p.) No (0 p.)

Moltiplicatore x 4

5. Disponibilità dell'alcol (massimo 4 p.)

5.1. Limite di età per la somministrazione e vendita di alcol nei locali e fuori di essi

Ci si riferisce ai limiti minimi di età per poter consumare alcolici nei locali in un dato paese (le bevande alcoliche non possono essere servite a persone al di sotto di una certa età) e per la vendita di bevande alcoliche da consumare fuori dai locali (le bevande alcoliche non possono essere vendute a persone al di sotto di una certa età).

≥20 anni (4 p.) 18-19 anni (3 p.) <18 anni (0 p.)

Moltiplicatore x 4

5.2. Controllo della vendita al dettaglio

La licenza indica il parziale controllo dello Stato sulla vendita delle bevande alcoliche. Il monopolio di indica il monopolio dello Stato (pieno controllo) sulla vendita delle bevande alcoliche

Monopolio totale (Birra, vino e superalcolici) (4 p.) Monopolio parziale (Birra, vino e superalcolici) (3 p.) Licenza completa (Birra, vino e superalcolici) (2 p.) Licenza parziale (Birra, vino e superalcolici) (1 p.) Nessuno (0 p.)

Moltiplicatore x 3

5.3. Restrizioni orarie della disponibilità dell'alcol

Limiti orari regolamentati (ore/giorni) per la vendita delle bevande alcoliche.

Restrizione totale di vendita in giorni o orari (birra o vino o superalcolici) per le vendite **sia nei locali che fuori di essi** (4 p.) Restrizione totale di vendita in giorni o orari (birra o vino o superalcolici) per le vendite **o nei locali o fuori di essi** (3 p.) Restrizione parziale di vendita in giorni o orari (birra o vino o superalcolici) per le vendite **sia nei locali che fuori di essi** (2 p.) Restrizione parziale di vendita in giorni o orari (birra o vino o superalcolici) per le vendite **o nei locali o fuori di essi** (1 p.) Nessuno (0 p.)

Moltiplicatore x 3

5.4. Restrizioni sulla disponibilità dei luoghi di vendita

Esistono limiti regolamentati per i luoghi (posti/densità) di vendita delle bevande alcoliche.

<input type="checkbox"/> Restrizione totale di luoghi e densità di punti vendita (birra o vino o superalcolici) sia nei locali che fuori di essi (4 p.)	<input type="checkbox"/> Restrizione totale di luoghi e densità di punti vendita (birra o vino o superalcolici) o nei locali o fuori di essi (3 p.)	<input type="checkbox"/> Restrizione parziale di luoghi e densità di punti vendita (birra o vino o superalcolici) sia nei locali che fuori di essi (2 p.)	<input type="checkbox"/> Restrizione parziale di luoghi e densità di punti vendita (birra o vino o superalcolici) o nei locali o fuori di essi (1 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuno (0 p.)
--	--	--	--	---

Moltiplicatore x 3

5.5. Restrizioni sulle vendite in circostanze specifiche

Esistono limiti regolamentati alla vendita di alcolici durante eventi specifici (ad esempio partite di calcio).

<input type="checkbox"/> Restrizioni totale (birra, vino e superalcolici) (3 p.)	<input type="checkbox"/> Restrizioni parziali (birra, vino e superalcolici) (2 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuna (0 p.)
--	--	---

Moltiplicatore x 3

5.6. Ambienti pubblici "alcohol free"

Il consumo di alcol è vietato nei luoghi pubblici quali il trasporto pubblico, parchi e strade, strutture educative ed eventi sportivi

Divieto di consumo di alcol sui mezzi di trasporto pubblico	<input type="checkbox"/> Restrizione o divieto parziale (2 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuna restrizione o accordo volontario/ autoregolamentazione (0 p.)
Divieto di consumo di alcol nei luoghi pubblici (es.: parchi o strade)	<input type="checkbox"/> Restrizione o divieto parziale (3 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuna restrizione o accordo volontario/ autoregolamentazione (0 p.)
Divieto di consumo di alcol nelle strutture educative	<input type="checkbox"/> Restrizione o divieto parziale (3 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuna restrizione o accordo volontario/ autoregolamentazione (0 p.)
Divieto di consumo di alcol negli eventi sportivi	<input type="checkbox"/> Restrizione o divieto parzaiale (3 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuna restrizione o accordo volontario/ autoregolamentazione. (0 p.)

Moltiplicatore x 3

6. Marketing delle bevande alcoliche (vedi anche 6a) (massimo 48 p.)

6.1. Restrizioni di legge sulla pubblicità degli alcolici

Si definisce marketing sugli alcolici la promozione di bevande alcoliche da parte dell'industria di settore attraverso una serie di mezzi: televisione nazionale, televisione via cavo, radio nazionale, radio locale, carta stampata, cinema, manifesti, punti vendita, Internet e social media. Il livello di restrizione può essere un divieto totale, una restrizione parziale oppure un accordo volontario /autoregolamentazione. (Per restrizione parziale si intende una restrizione che si applica durante un certo orario del giorno o per certi eventi, programmi, riviste, film o simili. Per accordo volontario/autoregolamentazione si intende che l'industria delle bevande alcoliche applica regole sue volontarie interne).

<input type="checkbox"/> Divieto totale (3 p.)	<input type="checkbox"/> Restrizione parziale (2 p.)	<input type="checkbox"/> Accordo volontario/ Autoregolamentazione (1 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuno (0 p.)
--	--	--	---

Moltiplicatore vedi 6a

6.2. Restrizioni di legge sulla "product placement" (pubblicità indiretta)

Per product placement si intende, ad esempio, la sponsorizzazione da parte degli operatori economici di produzioni televisive se le loro bevande alcoliche compaiono in queste produzioni. I media includono: servizio pubblico /televisione nazionale, televisione commerciale /privata e film. La restrizione può essere un divieto totale, una restrizione parziale oppure un accordo volontario/autoregolamentazione.

<input type="checkbox"/> Divieto totale (3 p.)	<input type="checkbox"/> Restrizione parziale (2 p.)	<input type="checkbox"/> Accordo volontario/ Autoregolamentazione (1 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuno (0 p.)
---	---	--	--

Moltiplicatore vedi 6a

6.3. Restrizioni di legge sulla sponsorizzazione da parte dell'industria di settore di eventi sportivi e eventi per giovani

La sponsorizzazione si riferisce a sostegno di un evento con mezzi finanziari o attraverso la fornitura di prodotti o servizi in quanto parte di identificazione e commercializzazione della marca.

<input type="checkbox"/> Divieto totale (3 p.)	<input type="checkbox"/> Restrizione parziale (2 p.)	<input type="checkbox"/> Accordo volontario/ Autoregolamentazione (1 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuno (0 p.)
---	---	--	--

Moltiplicatore vedi 6a

6.4 Restrizioni di legge sulle promozioni di vendita da parte di produttori, rivenditori e gestori di pub e bar

Si applicano per legge delle restrizioni sulla promozione di vendite di alcolici da parte di produttori (feste ed eventi), rivenditori (inclusi i supermercati) sotto forma di vendite sottocosto (per esempio, due al prezzo di uno, happy hours), o gestori di pub e bar (servire prodotti analcolici). La promozione delle vendite si riferisce a delle pratiche di mercato individuate per facilitare l'acquisto di un prodotto.

<input type="checkbox"/> Divieto totale (3 p.)	<input type="checkbox"/> Restrizione parziale (2 p.)	<input type="checkbox"/> Accordo volontario/ Autoregolamentazione (1 p.)	<input type="checkbox"/> Nessuno (0 p.)
---	---	--	--

Moltiplicatore vedi 6a

6a. Marketing delle bevande alcoliche

Si utilizza un approccio di raggruppamento nidificato. I punti vengono assegnati per voce multiple (ad esempio le varie piattaforme pubblicitarie) sulla base del livello di restrizione applicata a ciascun singolo tipo di bevanda. La somma dei punti di tutte le voci corrisponde ad un raggruppamento, che a sua volta determina il punteggio finale dell'indicatore. Utilizzando una scala 3-2-1 per, rispettivamente, il divieto totale, la restrizione parziale e accordo volontario/autoregolamentazione, si può avere un punteggio massimo di 30 punti per ciascun tipo di bevanda (3 punti x 10 piattaforme pubblicitarie), oppure un totale di 90 punti per birra, vino e superalcolici messi insieme. Si creano dunque i raggruppamenti (ad esempio, raggruppamento 0: 0 punti, raggruppamento 1: 1-22 punti, raggruppamento 2: 23-44 punti, raggruppamento 3: 45-67 punti, raggruppamento 4: 68-90 punti) e a ciascun raggruppamento vengono assegnati dei punti.

6a.1 Restrizioni di legge sulla pubblicità degli alcolici

<input type="checkbox"/> Raggruppamento 4 (68-90 punti) (4 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 3 (45-67 punti) (3 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 2 (23-44 punti) (2 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 1 (1-22 punti) (1 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 0 (0 punti) (0 p.)
--	--	--	---	--

Moltiplicatore x 3

6a.2 Restrizioni di legge sulla "product placement" pubblicità indiretta

<input type="checkbox"/> Raggruppamento 4 (21-27 punti) (4 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 3 (14-20 punti) (3 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 2 (7-13 punti) (2 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 1 (1-6 punti) (1 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 0 (0 punti) (0 p.)
--	--	---	--	--

Moltiplicatore x 3**6a.3 Restrizioni di legge sulla sponsorizzazione di eventi sportivi e per giovani da parte dell'industria di settore**

<input type="checkbox"/> Raggruppamento 4 (14-18 punti) (4 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 3 (9-13 punti) (3 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 2 (5-8 punti) (2 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 1 (1-4 punti) (1 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 0 (0 punti) (0 p.)
--	---	--	--	--

Moltiplicatore x 3**6a.4 Restrizioni di legge sulle promozioni di vendita da parte di produttori, rivenditori e gestori di pub e bar**

<input type="checkbox"/> Raggruppamento 4 (21-27 punti) (4 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 3 (14-20 punti) (3 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 2 (7-13 punti) (2 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 1 (1-6 punti) (1 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 0 (0 punti) (0 p.)
--	--	---	--	--

Moltiplicatore x 3**7. Politiche dei prezzi (vedi anche 7a) (massimo 70 p.)****7.1. Adeguamento del livello di tassazione sulla base dell'inflazione**

Indica se il livello di tassazione (accise o tasse speciali diverse dalle accise) delle bevande alcoliche è adeguato sulla base dell'inflazione.

<input type="checkbox"/> Almeno due tipi di bevande (4 p.)	<input type="checkbox"/> Un tipo di bevanda (birra, vino o superalcolici) (2 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
---	---	---------------------------------------

Moltiplicatore x 3**7.2. Accessibilità delle bevande alcoliche, vedi 7a****Moltiplicatore vedi 7a**

7.3. Altre misure sui prezzi

La voce indica se in un dato paese esistono altre misure di prezzo diverse dalla tassazione. Per misure di prezzo diverse dalla tassazione si intende, per esempio, la regolamentazione del prezzo delle bevande alcoliche ed analcoliche, così da rendere le bevande analcoliche meno costosi di quelli alcoliche. Queste misure includono: la politica del prezzo minimo, una imposta addizionale su prodotti specifici (ad esempio alcopops), il requisito di offrire bevande analcoliche ad un prezzo più basso, il divieto di vendita sotto costo, o il divieto di sconti sulla quantità.

Politica del prezzo minimo	<input type="checkbox"/> Sì (3 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
Imposta addizionale su specifici prodotti	<input type="checkbox"/> Sì (3 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
Requisito di offerta delle bevande analcoliche ad un prezzo più basso di quelli alcoliche nei locali	<input type="checkbox"/> Sì (2 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
Divieto di vendita sotto costo	<input type="checkbox"/> Sì (3 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
Divieto di sconti sulle quantità	<input type="checkbox"/> Sì (3 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)

Moltiplicatore x 3

7a. Politiche sui prezzi

7a.1 Accessibilità delle bevande alcoliche

Un raggruppamento viene valutato secondo gli indici di prezzo dei diversi tipi di bevande.

L'indice dei prezzi e una modifica della misura di accessibilità introdotta da Brand et al. (2007), ed è definito come segue:

$$\text{indice del prezzo} = 10\,000 \times (\text{prezzo (calcolato sulla base di contenitori standard di 50 cl birra, 75 cl vino e 70 cl superalcolici)} / (\text{reddito nazionale lordo pro-capite al PPP (\$ internazionali attuali)}))$$

L'indice di prezzo viene calcolato separatamente per birra, vino e superalcolici, e il punteggio generale dell'indicatore dell'accessibilità si determina utilizzando l'approccio nidificato.

<input type="checkbox"/> Raggruppamento 4 (13-16 punti) (4 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 3 (10-12 punti) (3 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 2 (7-9 punti) (2 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 1 (4-6 punti) (1 p.)	<input type="checkbox"/> Raggruppamento 0 (≤3 punti) (0 p.)
--	--	--	--	---

Moltiplicatore x 3

8. Riduzione delle conseguenze negative del consumo e dell'intossicazione da alcol (massimo 16 p.)

8.1. Formazione del personale addetto alla somministrazione di bevande

La formazione del personale di somministrazione è svolta su base regolare per il personale dei bar e il personale che serve a eventi speciali, per la loro capacità e conoscenza riguardo ai danni causati dall'alcol e a pratiche di somministrazione sicura.

Sì (3 p.) No (0 p.)

Moltiplicatore x 2

8.2. Etichette con avvertenze (warning) per la salute

Le etichette con avvertenze per la salute sono presenti e forniscono informazioni sui pericoli associati all'uso del prodotto.

Le etichette con avvertenze per la salute sono richieste per legge per la pubblicità Sì (2 p.) No (0 p.)

Le etichette con avvertenze per la salute sono richieste per legge sui contenitori/ bottiglie delle bevande alcoliche Sì (3 p.) No (0 p.)

Moltiplicatore x 2

9. Riduzione dell'impatto sulla salute pubblica dell'alcol prodotto in modo informale o illegale (massimo 30 p.)

9.1. Utilizzo del timbro d'imposta di bollo e di accisa sui contenitori delle bevande alcoliche

I bolli per imposta assoluta sui contenitori di bevande alcoliche sono utilizzati dalle dogane nazionali per indicare il pagamento dell'accisa.

Sì (3 p.)

No (0 p.)

Moltiplicatore x 3

9.2. Stime dei consumi di alcol non registrati

L'alcol non registrato è quello che non è tassato e che è al di fuori del sistema di controlli governativi, ad esempio quello prodotto in casa o prodotto in modo informale (legale o illegale), l'alcol contrabbandato, l'alcol surrogato (alcol non inteso per il consumo umano), o l'alcol ottenuto attraverso acquisti transfrontalieri e dunque registrato in una giurisdizione differente.

In un paese, ci possono essere stime regolari del consumo di alcol non registrato basate sul parere di esperti, sulle ricerche focalizzate al consumo di alcol non registrato, oppure stime indirette che utilizzano dati governativi sull'alcol confiscato/sequestrato, o stime indirette che utilizzano dati provenienti da indagini, oppure altri dati

Sì (3 p.)

No (0 p.)

Moltiplicatore x 3

9.3. Leggi per la prevenzione della produzione e vendita illegale di bevande alcoliche

Esiste una legislazione nazionale per la prevenzione della produzione illegale e/o vendita di bevande alcoliche prodotte in casa o in modo informale

Esiste una legislazione nazionale per impedire la produzione illegale di bevande alcoliche

Sì (3 p.)

No (0 p.)

Esiste una legislazione per impedire la vendita illegale di bevande alcoliche

Sì (3 p.)

No (0 p.)

Moltiplicatore x 2

10. Monitoraggio e sorveglianza (massimo 90 p.)

10.1. Sistema di monitoraggio nazionale

Indica la presenza o meno di un sistema nazionale per il monitoraggio del danno alcol-correlato.

Il sistema nazionale dimora il monitoraggio include dati su:	<input type="checkbox"/> Consumo di alcol (incluso Indagini nazionali regolari di bevitori e astemi nella Popolazione generale) (3 p.) <input type="checkbox"/> Conseguenze sulla salute (3 p.) <input type="checkbox"/> Conseguenze sociali (3 p.) <input type="checkbox"/> Risposta delle politiche sull'alcol (3 p.) <input type="checkbox"/> Dati sulle vendite (3 p.)	<input type="checkbox"/> Nessun sistema naz. di monitoraggio (0 p.)
Vengono pubblicati rapporti regolari utilizzando dati ottenuti dal sistema nazionale di monitoraggio	<input type="checkbox"/> Sì (4 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
Una Istituzione/organizzazione/Dipartimento oppure una persona ha la funzione derogata di centro di monitoraggio sull'alcol e la salute.	<input type="checkbox"/> Sì (4 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)

Moltiplicatore x 3

10.2. Indagini nazionali

Indica se esistono indagini nazionali dei tassi relativi al consumo episodico eccessivo (binge drinking) tra gli adulti e relativi al consumo di alcol tra i giovani (incluse indagini nelle scuole).

Vengono svolte indagini sul consumo episodico eccessivo	<input type="checkbox"/> Sì (4 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)
Vengono svolte indagini sul consumo tra i giovani adulti e i minorenni	<input type="checkbox"/> Sì (3 p.)	<input type="checkbox"/> No (0 p.)

Moltiplicatore x 3

UFFICIO REGIONALE DELL'OMS PER L'EUROPA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è una agenzia specializzata delle Nazioni Unite creata nel 1948, la cui primaria responsabilità è la salute e la sanità pubblica.

L'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa è uno dei sei uffici regionali presenti in tutto il mondo, ciascuno con un proprio programma pensato per rispondere alle specifiche condizioni di salute dei paesi che esso serve.

Stati Membri

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Bielorussia
Belgio
Bosnia Erzegovina
Bulgaria
Croazia
Cipro
Repubblica Ceca
Danimarca
Estonia
Finlandia
Francia
Georgia
Germania
Grecia
Ungheria
Islanda
Irlanda
Israele
Italia
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Lettonia
Lituania
Lussemburgo
Malta
Monaco
Montenegro
Paesi Bassi
Norvegia
Polonia
Portogallo
Repubblica della Moldavia
Romania
Federazione Russa
San Marino
Serbia
Slovacchia
Slovenia Spagna
Svezia
Svizzera
Tajikistan
Ex Repubblica Jugoslava di Macedonia
Turchia
Turkmenistan
Ucraina
Regno Unito
Uzbekistan



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
E-mail: euwhocontact@who.int Website: www.euro.who.int