

## **Dall'Oms una panoramica sull'uso di alcol in Europa e sulle politiche nazionali**

Emanuele Scafato – Direttore del Centro Oms per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problematiche alcol correlate, Osservatorio nazionale alcol, Cnesps

3 maggio 2012 - Il report "[Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches](#)" (pdf 6,7 Mb) si inserisce nel panorama delle risorse disponibili per la prevenzione e la realizzazione di azioni e strategie sull'alcol da implementare attraverso opportune politiche. Si focalizza sul monitoraggio delle politiche nazionali e dei punti di forza e debolezza che queste politiche hanno dimostrato, soprattutto in relazione alle risorse disponibili e alle prove scientifiche che dovrebbero orientare un rinnovamento e un riadattamento virtuoso dell'azione di tutela della salute pubblica.

I dati presenti nel documento, riferiti al 2011, aggiornano i principali indicatori su consumo di alcol, esiti di salute e azioni realizzate in tutta l'Unione Europea. In particolare, nei sedici capitoli che lo compongono è presente una panoramica delle più recenti ricerche sulle politiche efficaci, i dati provenienti da Ue, Norvegia e Svizzera sul consumo di alcol, sui suoi danni e sugli approcci politici realizzati.

I dati sono stati raccolti attraverso un sondaggio svolto nell'ambito di un progetto congiunto tra Commissione europea e Oms Europa (a cui il Centro Oms per la ricerca sull'alcol del Cnesps ha fornito consulenza e supporto attraverso il piano di lavoro consolidato da oltre 12 anni di collaborazione internazionale). Il report aggiorna le evidenze disponibili in merito alle politiche sull'alcol fornendo ai decisori politici, e alle altre parti interessate, gli orientamenti adottati per contribuire alla riduzione dei danni per la salute e la società derivanti dall'abuso di alcol, delineando le strategie e le azioni utili per orientare l'azione futura.

### **Le politiche internazionali**

In Europa l'alcol rappresenta il terzo fattore di rischio di mortalità evitabile, disabilità e malattia cronica ed è tra i primi tre fattori di maggior impatto sociale e sanitario. Per questo motivo, in tutti i Paesi europei, sono state adottate iniziative e azioni di contrasto, delineate dai Piani di azione nazionali ed europei, dalle strategie comunitarie e da quelle globali promosse dagli organismi internazionali di tutela della salute. L'interpretazione di queste politiche è influenzata da culture, società ed economie differenti, di cui il report delinea le luci e le ombre rilevate comparando le misure adottate rispetto alle principali aree di intervento, come quelle relative all'età minima legale, all'alcol alla guida, all'alcol in gravidanza, al marketing, alla regolamentazione delle pubblicità, all'incremento della consapevolezza connessa alle campagne formali di sensibilizzazione, ai ruoli giocati dai differenti interlocutori tra cui le istituzioni, le Organizzazioni non governative, il mondo dell'industria e della commercializzazione delle bevande alcoliche. In particolare, dal report emerge la necessità di ridurre i danni che l'alcol causa alla salute dei cittadini europei. Infatti, complessivamente, in Europa il consumo di alcol pro capite è quasi invariato durante il primo decennio degli anni 2000 e si attesta a 12,5 litri di alcol puro all'anno nella popolazione adulta (oltre i 15 anni) e il consumo medio pro-capite è, mediamente, 27 g di alcol puro (quasi tre bevande) al giorno. Il report evidenzia in maniera dettagliata l'impatto dell'alcol sia sulla salute, sia sulla sicurezza personale.

### **Effetti dell'alcol sulla salute**

L'alcol è una sostanza tossica che ha conseguenze su una vasta gamma di strutture e processi nel sistema nervoso centrale influenzando i comportamenti associati e le aspettative socioculturali. Il report sottolinea la bassa consapevolezza sull'azione dell'alcol come fattore causale per le lesioni volontarie e involontarie e i danni a persone diverse dal bevitore, tra cui violenza interpersonale, suicidio, omicidio, criminalità e morti connessi al contesto alcol e guida. Emerge, inoltre, l'azione dell'alcol come fattore causale per i comportamenti sessuali a rischio, malattie sessualmente trasmesse e infezione da Hiv. È infatti dimostrato che l'alcol è un immunosoppressore, aumentando il rischio di contrarre malattie trasmissibili e incidendo sul loro trattamento efficace, compresa la tubercolosi, la polmonite acquisita in comunità e l'Hiv/Aids. L'alcol è un agente teratogeno incidendo su caratteristiche come il peso alla nascita, deficit cognitivi e disturbi fetali da alcol. L'alcol è inoltre neurotossico e interferisce con lo

sviluppo del cervello portando a cambiamenti strutturali e dell'ippocampo durante l'adolescenza, e alla riduzione del volume cerebrale nella mezza età. L'International agency for research on cancer (Iarc), classifica le bevande alcoliche e l'etanolo come cancerogene, responsabili dell'aumento del rischio di tumori a cavità orale, faringe, esofago, stomaco, colon retto e mammella in una relazione lineare dose-risposta. L'alcol, si sottolinea nel report, è causa di ipertensione, ictus emorragico e fibrillazione atriale. L'abuso cronico di alcol aumenta il rischio di ictus ischemico, malattie cardiache e ictus, mentre il bere moderato ne riduce il rischio, diminuzione che tuttavia può essere minacciata dalle occasioni, pur sporadiche, di concentrazione del bere come avviene per il *binge drinking*. Il rischio reale assoluto di morire a causa dell'alcol aumenta in modo lineare con la quantità totale di alcol consumato nel corso della vita.

### **Effetti sociali dell'alcol**

L'alcol diminuisce il nostro capitale umano interferendo con il livello di istruzione, aumentando il rischio di disoccupazione e l'assenteismo o, al contrario, il presenzialismo in condizioni di intossicazione. Le persone socialmente più deboli sono quelle più svantaggiate in termini di istruzione e di reddito. Tra queste persone è più elevata la probabilità di soffrire di danni alcol-correlati e di morire a causa di una condizione alcol-correlata.

### **L'impatto dell'alcol su economia e produttività**

Secondo l'Oms, l'alcol influisce sull'economia e la produttività. La recessione economica che stiamo vivendo ha visto un incremento nel numero di suicidi e patologie legate all'uso rischioso e dannoso di alcol. Un aumento di oltre il 3% della disoccupazione nell'Ue è associato a un aumento del 28% delle morti per disturbi da uso di alcol. Inoltre molti studi hanno stimato l'onere economico che l'alcol comporta per la società, fermandosi a un 2,3% del Pil, oltre 300 euro per cittadino all'anno, di cui una percentuale tra il 50 e il 65% sono costi dovuti a perdita di produttività.

Secondo l'Oms, l'Ue deve intervenire per ridurre il consumo di alcol, non solo per migliorare la salute e il benessere dei suoi cittadini, ma anche per rafforzare la sostenibilità economica e la produttività dell'Unione nel suo insieme. Esistono tuttavia numerosi metodi efficaci, presentati anche in una relazione congiunta del World Economic Forum e dell'Oms che, a settembre 2011, nel corso del United Nations High Level Meeting sulle malattie croniche ha incluso tre azioni chiave sull'alcol: aumenti fiscali, accesso limitato alla vendita di alcol al dettaglio e divieti per le pubblicità di bevande alcoliche (Bloom et al, 2011.; Oms e World Economic Forum, 2011; Who, 2011). Secondo gli autori del report, l'analisi effettuata, prodotta attraverso l'elaborazione dei dati presentati nei diversi capitoli, ha dimostrato che l'aumento del prezzo dell'alcol, rispetto ad altri beni e dei redditi, è la chiave per ridurre i danni alcol-correlati. C'è un enorme patrimonio di elementi atti a dimostrare che questa è una misura altamente efficace e conveniente. Vi è, inoltre, una crescente evidenza che descrive anche misure alternative già adottate da alcuni Paesi europei come opzione politica mirata a impostare un prezzo minimo per ogni grammo di alcol venduto. Questo è stato fatto per molti anni in alcune parti del Canada, contribuendo a ridurre il danno alcol correlato. Gli studi recenti, almeno quelli che propongono stime per il Regno Unito (Inghilterra e Scozia), prevedono vantaggi importanti per la salute e vantaggi economici connessi all'introduzione di un prezzo minimo per grammo di alcol. Il report evidenzia che la disponibilità di alcol e l'esposizione conseguente alle modalità di commercializzazione, anche attraverso i social media e dispositivi di comunicazione, hanno un impatto sui consumi alcolici e sui danni alcol-correlati. Le conclusioni per le *policy* sono evidenti. I benefici alla salute derivano dalla riduzione della disponibilità della vendita dell'alcol e dalla riduzione del volume di esposizione a tutte le forme di comunicazione commerciale relativa all'alcol.

### **Alcol e guida**

Il report sottolinea come l'evidenza e l'esperienza dei Paesi porta a stabilire che minore è il limite legale di Bac (*blood alcol concentration*, concentrazione ematica dell'alcol) consentita alla guida, maggiore è l'attuazione della norma.

Sia i programmi mirati a fornire consigli brevi alle persone con consumi a rischio, sia i programmi di trattamento specifici, possono determinare un'enorme differenza. Il problema

che rimane, alla luce delle esperienze riportate, è l'implementazione: infatti alla maggioranza (in qualche realtà tra il 90% e 95%) di coloro che potrebbero beneficiare di consiglio breve o di trattamento non viene offerta alcuna opzione. E questa, a parere degli autori, rimane una grande sfida per il settore sanitario.

Numerosi studi dimostrano come i programmi scolastici orientati a educare non riducono materialmente il danno arrecato dall'alcol tra i giovani. Questo significa che l'educazione deve essere una parte a sostegno della realizzazione di una politica efficace e globale. Allo stesso modo i programmi di comunità, rivolti all'intera popolazione funzionano quando, nell'attuazione delle politiche e delle azioni riconosciute efficaci, come bere e non guidare, si adottano anche contromisure mirate all'applicazione rigorosa della normativa sulla vendita e la distribuzione. Per essere efficace, la politica sull'alcol deve essere omnicomprensiva ed esprimere l'intera gamma di azioni disponibili. Questo concetto è illustrato nel report attraverso le analisi costo-efficacia che dimostrano come le politiche combinate risultano più convenienti nel ridurre danni alcol-correlati rispetto alla semplice somma delle politiche separate. È stato inoltre dimostrato dai dati Ecas riportati nel capitolo specifico che, nel tempo, più completa è una politica in un Paese, minore è il consumo di alcol. Il messaggio fondamentale che passa attraverso i dati e le evidenze del report è che se si desidera davvero fare la differenza nella riduzione dei danni causati dall'alcol, è necessario implementare le strategie di provata efficacia.

L'analisi di quanto è stato già fatto e adottato in termini di azione e strategie negli Stati dell'Unione europea sono dirimenti in tal senso.

Per quanto riguarda il prezzo, la maggior parte dei rispondenti al sondaggio Oms (riassunti nel capitolo Oms/Ce indagine su alcol e salute 2011) ha registrato un aumento del prezzo degli spiriti (59%) e birra (62%), ma non del vino (48%) rispetto all'indice di consumo negli anni 2006-2010. Ciò che non è noto è se l'alcol è diventato più o meno accessibile durante il periodo, in funzione delle variazioni del reddito. Per il periodo 1966-2004, è noto che l'alcol è diventato più finanziariamente accessibile in tutti gli Stati membri dell'Ue che il report ha studiato, con l'eccezione riferita dell'Italia che tuttavia registra l'incremento di disponibilità solo per i giovani e non per l'intera popolazione, come desunto dal report del Rand Institute. Per quanto riguarda la disponibilità, in 10 Paesi dell'Unione europea non vi è alcuna necessità di una licenza per la vendita di alcolici e pochi Paesi limitano la densità di punti vendita o dei tempi di vendita. Pur tuttavia, tutti i Paesi hanno dichiarato di avere un limite di età minima per la vendita di alcolici licenza on-premise, pub, ristoranti e luoghi di mescita, e tutti i Paesi tranne l'Italia, hanno fissato un limite di età minima per gli acquisti off-premise, i market. L'età più comune è 18 anni e poche nazioni (tra queste l'Italia) hanno limiti di età più bassi. Restrizioni in materia di marketing, *product placement* e sponsorizzazioni risultano molto eterogenee, non armonizzate, non valutabili in termini di applicazione e rigore. La maggior parte dei Paesi hanno solo parziali restrizioni legali e molti non prevedono restrizioni di sorta per i media.

Non risulta disponibile allo stato attuale l'informazione sul volume di esposizione al marketing o sull'uso dei social network che è oggi considerato come il tipo di media più influente e impattante sul comportamento dei giovani.

Meno di due terzi dei Paesi Ue (62%) ha dichiarato l'esistenza di programmi di prevenzione o consulenza nei luoghi di lavoro. Purtroppo non sono disponibili informazioni sulla misura in cui questi programmi sono implementati attraverso la forza lavoro. Tutti i Paesi tranne due (Malta e Regno Unito) hanno segnalato un livello legale di alcolemia per la guida di 0,5 g/L o meno. Dodici Paesi (41%) hanno ancora un livello legale di 0,5 g/L o più per conducenti professionali, molti lo hanno ridotto a zero, come l'Italia. Venti Paesi (69%) hanno riportato l'attuazione del *breath testing* casuale da unità speciali di pattuglia della polizia, anche se le misure oggettive di esecuzione non sono state rese note. Nel settore sanitario, 21 Paesi (72%) hanno segnalato la disponibilità di interventi brevi per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie e la stessa proporzione per la disponibilità di programmi o servizi di consulenza alle donne in gravidanza con disturbi da uso di alcol o problemi alcol correlati.

Punto dolente è la proporzione di persone bisognose che ricevono consigli o consulenza, e che si attesta a un minimo del 5% o 10%.

Venti Paesi (69%) hanno riportato la disponibilità a livello nazionale di programmi scolastici e

tutti i Paesi hanno riportato qualche tipo di attività di sensibilizzazione negli ultimi tre anni. Nonostante la cancerogenicità dell'alcol, solo due Paesi Ue hanno un quadro giuridico che obbliga a posizionare le etichette di avvertimento sui contenitori delle bevande alcoliche.

Tutti, tranne due Paesi, hanno segnalato la presenza di progetti di intervento basati sulla comunità che coinvolgono una vasta gamma di parti interessate.

La maggior parte dei Paesi ha ritenuto che gli elementi delle politiche sull'alcol si sono rafforzati durante i cinque anni a partire dal 2006. Oltre all'area alcol e guida, per la quale 23 Paesi hanno segnalato più forti sviluppi, le due aree principali con il maggior rafforzamento di azioni specifiche sono risultate l'area della sensibilizzazione (22 Paesi) e degli interventi di comunità (21 Paesi).

### **Alcol e marketing**

Le due principali eccezioni a forti politiche sull'alcol sono risultate quelle della regolamentazione del marketing, in cui 17 Paesi hanno comunicato di non aver registrato nessun cambiamento e 3 di aver registrato politiche più deboli. Altra area in cui non si sono registrati rafforzamenti è quella relativa alla disponibilità di alcol, in cui 13 Paesi hanno dichiarato di non aver registrato alcun cambiamento e 3 di aver conseguito politiche più deboli.

In sintesi, negli ultimi cinque anni le politiche che hanno ottenuto più rafforzamento, come la sensibilizzazione e gli interventi comunitari, non sono tra quelle che sono considerate come le "best buy", i migliori acquisti riportati dall'Oms, al contrario per le aree considerate tra le più efficaci come l'accessibilità e la regolamentazione del marketing, non si è rilevato alcun rafforzamento.

Il report conclude che vi è una grande opportunità per ridurre il consumo di alcol sull'individuo e sulla società intervenendo con convinzione e costanza in tutte le aree della prevenzione e mirando a un approccio complessivo in grado di considerare adeguatamente il rispetto del diritto a una vita, una famiglia, una società e un luogo di lavoro protetti dagli effetti negativi dell'uso rischioso e dannoso di alcol come la Charter Europea sull'Alcol ha ribadito sin dal 1994.

### **Risorse utili**

- il report Oms "[Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches](#)" (pdf 6,7 Mb).