
L' ALCOL IN EUROPA
Una prospettiva di salute pubblica

Analisi per la Commissione Europea

Peter Anderson y Ben Baumberg

Institute of Alcohol Studies, Regno Unito

Giugno 2006

Sommario¹

Il contesto del rapporto

Nel periodo in cui la Commissione Europea sta preparando il proprio documento di strategia sull'alcol che comprende tutte le attività in atto a livello europeo, la Commissione stessa ha richiesto un'analisi dell'impatto sanitario, sociale ed economico dell'alcol in Europa. Il risultato è questo rapporto, che rappresenta una sintesi di esperti che hanno considerato studi pubblicati e sistematici, meta-analisi e lavori individuali, ed è anche un'analisi dei dati resi disponibili dalla Commissione Europea e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il rapporto considera le politiche alcoliche *"al servizio degli interessi di salute pubblica e del benessere sociale attraverso il suo impatto sui determinanti di salute e sociali"*. Ciò è radicato in un quadro di salute pubblica, in un processo che ha come finalità quella di *"mobilitare le risorse locali, regionali, nazionali e internazionali per assicurare le condizioni nelle quali i cittadini possano vivere in modo sano"*. In tutto il rapporto viene proposta una terminologia standardizzata, che si basa su quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'agenzia specializzata delle Nazioni Unite sui temi della salute.

L'alcol in Europa

L'alcol viene prodotto e bevuto in Europa da migliaia di anni, solitamente fatto di qualunque materia prima disponibile a livello locale. Le bevande alcoliche sono state spesso usate come farmaci fino all'inizio del ventesimo secolo con l'avvento della medicina moderna. Esisteva una legislazione sull'alcol, ma normalmente riferita ai problemi di ordine pubblico o alle regole del mercato, piuttosto che alla salute pubblica. Tuttavia, questa situazione si è modificata con una serie di eventi verificatisi nell'Europa medievale e all'inizio dell'era moderna, quali l'industrializzazione, il miglioramento delle comunicazioni, e la scoperta delle bevande distillate più forti. I grandi movimenti della temperanza si sono diffusi in gran parte dell'Europa nel diciannovesimo secolo e all'inizio del ventesimo secolo, guidati inizialmente da preoccupazioni nei confronti dei superalcolici prima di spostarsi, in molti casi, su posizioni contrarie a tutte le bevande alcoliche. In molti paesi, anche se non tutti, il movimento della temperanza ha assunto una posizione di scarsa rilevanza intorno alla fine del ventesimo secolo.

Anche l'idea di "alcolismo" come malattia si è sviluppata durante il diciannovesimo secolo, e molti paesi europei hanno creato in quel periodo ricoveri o asili per il trattamento degli "alcolisti". Recentemente, il "nuovo movimento di salute pubblica" è diventato il paradigma dominante di discussione sui problemi alcolcorrelati, che consente un'analisi più ampia rispetto all'attenzione su un piccola percentuale di "alcolisti". L'Europa di oggi comprende una serie di usi e di significati legati all'alcol, che vanno dal consumo in famiglia durante i pasti alla consistente presenza dell'alcol nei riti di passaggio. Il comportamento legato al consumo di alcol viene spesso utilizzato per comunicare la formalità di un evento o la separazione tra lavoro e tempo libero. Le intossicazioni sono egualmente simboliche, con il "comportamento intossicato" – cioè, come le persone agiscono sotto l'influenza dell'alcol – che cambia nei diversi paesi europei.

^{1 1} Traduzione e adattamento a cura di **Tiziana Codenotti**, Eurocare Italia, **Emanuele Scafato** e **Rosaria Russo**, Osservatorio Nazionale Alcol e WHO CC per la Promozione della Salute e la Ricerca sull'Alcol, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma, Italia in collaborazione con **Valentino Patussi**, Società Italiana di Alcolologia, Centro Alcológico Regionale Regione Toscana.

L'alcol ed l'economia in Europa

L'Europa gioca un ruolo fondamentale nel mercato globale dell'alcol, agendo come la fonte di un quarto della produzione mondiale di alcol e di oltre la metà della produzione di vino. Il commercio è ancora più incentrato in Europa, con il 70% delle esportazioni di alcol e poco meno della metà delle importazioni mondiali che coinvolgono l'Unione Europea (UE). Sebbene la maggior parte di questo commercio si svolga tra i paesi dell'UE,, il commercio di alcol contribuisce per circa 9 miliardi di euro al bilancio delle merci dell'intera UE.

E' difficile riferire un valore alla quantità di **traffico illecito** di alcol nell'UE, anche se il Gruppo Europeo sulle Frodi (*European High Level Group on Fraud*) stima che 1.5 miliardi di euro sono stati persi per frode di alcol nel 1996. Le differenze di prezzo giocano un certo ruolo rispetto a legittimi **acquisti di alcol oltre frontiera**, quando gli individui acquistano legittimamente bevande alcoliche in paesi dove il costo è inferiore. Almeno 1 su 6 turisti ritorna da viaggi all'estero con bevande alcoliche, in media più di due litro di alcol puro a persona in alcuni paesi.

Il ruolo economico dei produttori di bevande alcoliche è considerevole in molti paesi europei. Nell'UE a 15 paesi² le tasse sull'alcol ammontavano a 25 miliardi di euro nel 2001, escluse le tasse sulle vendite e altre tasse pagate all'interno della catena dell'offerta – sebbene 1.5 miliardi di euro vengono ritornati alla catena dell'offerta attraverso le Politiche Agricole Comunitarie. A causa della relativa rigidità della domanda sull'alcol, il livello medio di tassazione rappresenta un elemento predittivo molto migliore delle entrate dei governi rispetto al livello di consumo di un paese.

L'alcol è anche associato al **numero di posti di lavoro** con circa 750.000 posti nella produzione (principalmente vino). Altri posti di lavoro sono legati alla catena dell'offerta, ad esempio in locali o negozi. Tuttavia, le dimensioni dell'industria non sono necessariamente una buona guida rispetto all'impatto economico delle politiche alcoliche – ad esempio, le tendenze di consumo non mostrano una cruda correlazione con le tendenze dei posti di lavoro in aree associate quali hotel, bar e ristoranti. Ciò suggerisce che l'effetto dei cambiamenti nei consumi potrebbe essere relativamente debole. La riduzione delle spese di alcol dovrebbe anche liberare risorse dei consumatori per essere spesi in altre aree, con un impatto economico che dipende da quali siano esattamente queste nuove spese. Se da una parte è necessario approfondire la ricerca in questo settore, le evidenze attuali nel campo dell'alcol e degli altri settori suggeriscono che il calo dei consumi non necessariamente porta alla perdita di posti di lavoro nell'economia generale.

Sulla base degli studi esistenti, **il totale dei costi tangibili** nell'UE nel 2003 era stimato in 125 miliardi di euro (da 79 a 220 miliardi di euro) che equivale all'1.3% del PIL e che si avvicina molto al valore recentemente attribuito al tabacco. I **costi non tangibili** mostrano il valore che le persone danno al dolore, alla sofferenza e alla perdita della vita a causa dei danni sociali, sanitari e quelli legati ad atti criminosi dovuti all'alcol. Nel 2003 questi costi sono stati stimati in 270 miliardi di euro, e gli stessi danni sono stati anche valutati in modi diversi con stime che vanno da 150 a 760 miliardi di euro. Sebbene queste stime considerino un certo numero di settori della vita nei quali l'alcol ha un impatto, ci sono ulteriori aree per le quali nessuna stima è stata prodotta in funzione della impossibilità di reperimento di dati.. Allo stesso modo, mentre le stime prendono in considerazione gli effetti benefici dell'alcol nei sistemi sanitari e le vite perse (valutate in modo

² Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Finlandia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Olanda, Portogallo, Spagna, Svezia, and Regno Unito.

intangibile), non esiste alcuna ricerca che permetta di valutare gli altri benefici sociali.

Il consumo di alcol in Europa

L'UE è la **regione con il più alto consumo** del mondo, anche se gli 11 litri di alcol puro per ogni adulto all'anno rappresentano una sostanziale diminuzione rispetto al picco dei 15 litri registrato a metà degli anni 70. Gli ultimi 40 anni hanno visto un'armonizzazione dei livelli di consumo nell'UE a 15, con un aumento in Europa centrale e settentrionale tra il 1960 e il 1980 e una diminuzione consistente in Europa meridionale. Anche il consumo medio nell'Europa a 10³ paesi è simile a quello dell'Europa a 15 come mai si era verificato prima, sebbene permangono delle variazioni sostanziali all'interno dell'Europa a 10. La maggior parte dei cittadini europei consuma alcol, ma ci sono anche 55 milioni di adulti astinenti (15%⁹); considerando questo e il consumo non registrato, il consumo di ogni individuo che beve raggiunge i 15 litri all'anno.

Poco meno della metà di questi 15 litri viene consumata in birra (44 %) , e il resto diviso tra il vino (34 %) e superalcolici (23 %). Nell'UE a 15, i paesi settentrionali e centrali consumano essenzialmente birra, quelli dell'Europa meridionale principalmente vino (sebbene la Spagna potrebbe rappresentare un'eccezione). Una visibile armonizzazione è un fenomeno recente che ha abbracciato un periodo che copre gli ultimi 40 anni. Circa il 40% delle **occasioni di consumo** si verificano nell'UE a 15 durante i pasti del pomeriggio o della sera, anche se nei paesi dell'Europa meridionale è più probabile che si verifichino a pranzo più che nelle altre occasioni. Mentre anche il livello di consumo quotidiano mostra una differenza dal nord al sud dell'Europa, il consumo frequente non quotidiano sembra essere più comune in Europa centrale, e all'interno dell'UE a 15 si registra una recente armonizzazione.

Gli episodi di intossicazione variano in Europa, con meno individui del sud Europa che riportano di ubriacarsi ogni mese rispetto agli europei del nord. Questa tendenza si attenua quando invece ci si riferisce al "*binge drinking*", che indica un consumo di un certo numero di bevande in una singola occasione. Ciò suggerisce che vi sono differenze sistematiche sia nella volontà di riferire episodi di intossicazione che nella durata della "singola occasione", oppure in uno di questi due aspetti. Gli studi sul "*binge drinking*" mostrano anche occasionali eccezioni nel pattern nord-sud, in particolare in Svezia dove si registra uno dei livelli più bassi di episodi di "*binge drinking*" nell'UE a 15. In sintesi, nell'UE a 15 gli adulti riferiscono di ubriacarsi 5 volte all'anno ma riferiscono 17 volte l'anno episodi di "*binge drinking*" (consumo concentrato in un'unica occasione di più di 5 bicchieri o bevande alcoliche). Ciò equivale a 40 milioni di cittadini europei che "bevono troppo" ogni mese, e a 100 milioni (1 su 3) con episodi di *binge drinking* almeno una volta al mese. Per l'UE a 10 esistono meno informazioni, ma quelle esistenti suggeriscono che parte del consumo di vino è stato sostituito dai superalcolici, che la frequenza di consumo è più bassa, e che la frequenza di episodi di "*binge drinking*" è più alta di quella dell'UE a 15.

Se da un lato 266 milioni di adulti bevono alcol ma solo fino a 20 gr (le donne) o 40 gr (gli uomini) al giorno, vi sono più di 58 milioni di adulti (15%) che consumano alcol a livelli superiori, dei quali 20 milioni (6%) bevono più di 40 gr (le donne) o più di 60 gr (gli uomini). Considerando la dipendenza più che i livelli di consumo, possiamo stimare che 23 milioni di Europei (il 5% degli uomini e l'1% delle donne) sono alcolodipendenti in un anno qualsiasi.

³ Cipro, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacchia and Slovenia.

In tutte le culture studiate, **gli uomini hanno più probabilità delle donne** di consumare bevande alcoliche e di bere di più rispetto alle donne, con un divario maggiore per i comportamenti più a rischio. Sebbene molte donne abbandonano l'alcol in gravidanza, un numero significativo (dal 25 al 50%) continua a bere, e alcune continuano a livelli ad alto rischio. I *pattern* di consumo di alcol possono essere considerati anche in riferimento alla condizione socio-economica, in cui si rileva coloro che hanno una condizione socio-economica basso hanno meno probabilità di usare alcol. Nonostante un quadro complesso per alcuni aspetti del bere (con alcuni parametri che indicano tendenze opposte per i maschi e le femmine), sia gli episodi di ubriacatura che l'alcol dipendenza sembrano più probabili tra i bevitori con una bassa condizione socio-economica.

Quasi tutti **gli studenti nella fascia d'età 15-16 anni** (più del 90%) hanno usato l'alcol in qualche momento della propria vita, mediamente l'età di iniziazione è 12 anni e mezzo, e la prima ubriacatura avviene la prima volta a 14 anni. La quantità media assunta in un'unica occasione dai quindicenni e dai sedicenni è più di 60 gr, e raggiunge quasi i 40 gr anche nel sud Europa che ha un consumo inferiore (per i quindicenni e i sedicenni). Più di 1 su 8 tra i quindicenni e i sedicenni (13%) si è ubriacato più di 20 volte nel corso della vita, e più di 1 su 6 (18%) ha avuto episodi di *"binge drinking"* (5 o più bevande alcoliche in un'unica occasione) tre volte o più nell'ultimo mese. Sebbene due paesi abbiano registrato più ubriacature nelle ragazze che nei ragazzi per la prima volta nel 2003, i ragazzi continuano a bere di più e a ubriacarsi più spesso delle ragazze, con una piccola riduzione del divario tra maschi e femmine. La maggior parte dei paesi mostra un aumento degli episodi di *"binge drinking"* tra i ragazzi dal 1995/9 al 2003, e quasi tutti i paesi registrano questo dato tra le ragazze (esistono risultati simili anche in paesi che non partecipano all'ESPAD e che utilizzano altri dati). Accanto a questa tendenza complessiva si osserva un aumento degli episodi di *"binge drinking"* e delle ubriacature nella maggior parte dei paesi dell'UE 1995-9, seguito da una tendenza molto più ambivalente (1999-2003).

L'impatto del consumo di alcol sugli individui

Sebbene l'uso di alcol porta con sé elementi di piacere, esso aumenta anche il rischio di una serie di **danni sociali**, generalmente in modalità dose-dipendente, che significa che più si consuma, maggiore è il rischio. I danni causati **dal bere degli altri** vanno dai problemi sociali come lo schiamazzo notturno fino a conseguenze più serie quali problemi matrimoniali, abuso di minori, criminalità, violenze e omicidi. In generale, più alto è il consumo di alcol, più grave risulta il crimine o gli incidenti. La quantità di alcol consumato, la frequenza di consumo e la frequenza e la quantità di episodi di consumo eccessivo sono tutti fattori che in modo indipendente aumentano il rischio di violenze, anche se a volte, ma non sempre, gli episodi di consumo eccessivo mediano l'impatto della quantità consumata sul danno.

Oltre che essere una sostanza che provoca dipendenza, l'alcol **è la causa di 60 diversi tipi di malattie e condizioni**, quali incidenti, disordini mentali e comportamentali, problemi gastrointestinali, tumori, malattie cardiovascolari, problemi immunologici, malattie polmonari, malattie dello scheletro e muscolari, problemi dell'apparato riproduttivo e danni prenatali, che comprendono un aumento del rischio di nascite premature e sottopeso. Per alcune condizioni, come per la cardiomiopatia, per la sindrome da stress respiratorio, il danno sembra essere conseguente a livelli persistenti di elevati consumi alcolici sebbene a elevati consumi, l'alcol incrementa il rischio e la severità di queste condizioni in modo dose-dipendente. La frequenza e il volume di episodi di intossicazione (*heavy drinking*) sono di particolare importanza per l'aumento del rischio di incidenti e di alcune malattie cardiovascolari (malattie coronariche e infarti).

Una piccola quantità di alcol riduce il rischio di **malattia cardiocoronarica**, anche se il grado di riduzione del rischio e il livello di consumo di alcol al quale si verificano le riduzioni maggiori sono tuttora in discussione. Gli studi migliori che considerano altri fattori riscontrano riduzioni del rischio minori rispetto agli studi di qualità inferiore e riscontrano che la riduzione del rischio si verifica ai più bassi livelli di consumo. La maggiore riduzione del rischio può essere ottenuta con una media di 10 gr di alcol (corrispondente ad un bicchiere) ogni due giorni. Oltre i 20 gr di alcol (due bicchieri) al giorno – il livello di consumo con il minore rischio – il rischio di malattia vascolare aumenta. In età molto avanzata, la riduzione del rischio scompare. E' l'alcol che principalmente riduce il rischio di malattia cardiaca, non il tipo di bevanda. Esistono evidenze che l'alcol a basse dosi possa ridurre il rischio di demenza di causa vascolare, calcoli biliari e I diabete, sebbene queste evidenze non vengano riscontrate in tutti gli studi.

Il rischio di morte a causa dell'alcol rappresenta il bilancio tra il rischio di malattie e di incidenti che viene aumentato dall'alcol e il rischio di malattie cardiovascolari (che perlopiù si verifica in età avanzata) che viene diminuito dall'alcol, se assunto a basse dosi. Questo bilancio dimostra che, almeno nel Regno Unito, il livello di consumo con il minore rischio di morte si verifica a zero o quasi a zero per le donne di 65 anni o più anziane. Per gli uomini, il livello di consumo con il minore rischio di morte è zero sotto i 35 anni, circa 5 gr al giorno per gli uomini di mezza età, e meno di 10 gr al giorno per quelli di 65 anni o più anziani (per ritornare verso lo zero in età molto avanzata).

Vi sono benefici per la salute nei bevitori problematici se riducono e smettono di usare l'alcol. Anche per le malattie croniche, come la cirrosi epatica e la depressione, la riduzione o l'eliminazione dell'alcol è associata ad un rapido miglioramento della salute.

L'impatto dell'alcol in Europa

L'alcol pone un onere significativo su molti aspetti della vita degli individui in Europa, che possono essere genericamente descritti come "danni sanitari" e "danni sociali". Sette milioni di adulti dichiarano di essere stati coinvolti *in risse dopo aver bevuto* nell'arco dell'ultimo anno e (sulla base di alcuni studi che analizzano i costi a livello nazionale) i costi economici degli atti criminali attribuibili all'alcol sono stati stimati in 33 miliardi di euro nell'UE nel 2003. Il costo è diviso tra polizia, tribunali e carceri (15 miliardi), spese per la prevenzione del crimine e costi assicurativi (12 miliardi) e danni alla proprietà (6 miliardi). I danni alla proprietà causati dalla guida in stato di ebbrezza sono stati stimati in 10 miliardi di euro, mentre i costi intangibili degli effetti fisici e psicologici dei crimini vengono valutati da 9 a 37 miliardi di euro (52 miliardi per i costi dei crimini alcol-attribuibili).

L'alcol ha anche un impatto sulla **famiglia**, con il 16% degli abusi e dell'incuria nei confronti dei minori attribuiti al consumo di alcol, e tra i 4.7 milioni e i 9.1 milioni di bambini vivono in famiglie con problemi alcolcorrelati. Si stima che ogni anno 23 milioni di persone siano alcol dipendenti, in un anno qualsiasi e le sofferenze causate ai membri delle famiglie rappresentano un costo intangibile di 68 miliardi di euro. Le stime del livello dei danni nei luoghi di lavoro sono più difficili, anche se quasi il 5% dei bevitori maschi e il 2% delle donne nell'UE a 15 paesi riferiscono un impatto negativo dell'alcol sul lavoro o nello studio. Sulla base di alcuni studi sui costi a livello nazionale, la perdita di produttività dovuta ad assenteismo alcol attribuibile e la disoccupazione sono stati stimati rispettivamente da 9 a 19 miliardi e da 6 a 23 miliardi di euro.

Dal punto di vista di salute, l'alcol è responsabile di circa 195.000 morti ogni anno nell'UE, sebbene si possa attribuire all'alcol anche il ritardo di 160.000 morti riferite ad anziani per il suo effetto protettivo sulle malattie cardiovascolari per le donne che muoiono dopo i 70 anni (anche se a causa di problemi metodologici è probabile che si tratti di un dato sovrastimato). Una stima più accurata sembra essere quella che identifica in 115.000 le morti causate nelle persone sino ai 70 anni di età, stima che evita la verosimile sovrastima degli effetti preventivi dell'alcol. Questi dati si riferiscono anche a situazioni di nessun consumo, e l'effetto netto sarebbe molto maggiore considerando il livello di consumo a più basso rischio. Misurare l'impatto dell'alcol attraverso il DALYs (Disability Adjusted Life Years) diminuisce questo problema e dimostra che l'alcol è responsabile del 12% e del 2% di morte prematura e di disabilità rispettivamente negli uomini e nelle donne, dopo aver considerato i benefici sulla salute. Ciò rende l'alcol il terzo fattore di rischio per la salute su 26 fattori di rischio nell'UE, davanti a sovrappeso-obesità e dietro solo al tabacco e all'ipertensione.

Questo impatto sulla salute viene considerato attraverso una serie di condizioni, tra cui 17.000 morti all'anno dovuti a incidenti stradali (1 su tre incidenti stradali mortali, 27.000 morti accidentali, 2.000 omicidi (4 su 10 omicidi), 10.000 suicidi (1 su 6 del numero totale di suicidi), 45.000 morti per cirrosi epatica, 50.000 morti di tumori, di cui 11.000 sono morti di donne per tumore al seno, e 17.000 decessi dovuti a problemi neuro-psichiatrici oltre a 200.000 casi di depressione (che si traducono anche in 2.5 milioni di DALYs). I costi di trattamento sanitario sono stimati in 17 miliardi di euro, insieme a 5 miliardi di euro spesi per il trattamento e la prevenzione del consumo problematico di alcol e l'alcol-dipendenza. Gli anni di vita persi possono essere stimati sia come potenziale perdita di produttività (36 miliardi di euro esclusi i benefici sulla salute), sia in termini di valore incalcolabile della vita stessa (tra 145 e 712 miliardi di euro dopo aver calcolato i benefici sulla salute).

I giovani sopportano un onere importante di tale situazione, con il 10% della mortalità delle giovani donne e circa il 25% della mortalità dei giovani maschi dovuta all'alcol. Vi sono poche informazioni sul livello dei danni sociali nei giovani, sebbene il 6% dei giovani studenti di 15-16 anni nell'Unione Europea riporta episodi di risse e il 4% episodi di rapporti sessuali non protetti a causa del loro consumo di alcol.

A livello transnazionale, l'alcol gioca un ruolo importante nell'abbassamento dell'aspettativa di vita nell'UE a 10 rispetto all'UE a 15, con un divario nel tasso di mortalità grezzo alcol-attribuibile stimato in 100 uomini e 60 donne per 100.000 abitanti. **A livello nazionale**, molte delle condizioni che sottostanno alle disuguaglianze in campo sanitario sono associate all'alcol, sebbene tali condizioni possono variare (ad esempio, la cirrosi in Francia, i decessi per cause violente in Finlandia). Le condizioni sanitarie peggiori in aree deprivate sembrano associate all'alcol, con alcune ricerche che suggeriscono che la mortalità direttamente alcol-attribuibile è più elevata nelle aree deprivate al di là di quanto possa essere spiegato dalle disuguaglianze individuali.

Molti danni causati dall'alcol sono sopportati da **persone diverse dai bevitori**. Questi comprendono 60.000 nascite sottopeso, il 16% di abusi e abbandoni di minori, e da 5 a 9 milioni di bambini che vivono in famiglie con problemi alcol correlati. L'alcol influisce anche su altri adulti, compresi 10.000 morti per incidenti causati dalla guida in stato di ebbrezza di persone diverse dal guidatore, e una quota sostanziale di crimini alcol-attribuibili che probabilmente accadono a terzi. Anche parte dei costi economici vengono sopportati da terzi o da altre istituzioni, compresa la maggior parte dei 33 miliardi di euro che le stime attribuiscono al

crimine, i 17 miliardi di euro per i sistemi sanitari, e tra i 9 e i 19 miliardi di euro per assenteismo.

Sia le ricerche empiriche e che le analisi di serie temporale dimostrano che il carico sulla salute dovuto all'alcol è correlato ai **cambiamenti nel consumo**. Tali cambiamenti riflettono il comportamento dei bevitori problematici più che dei bevitori moderati (dato che ad esempio il 10% dei bevitori rappresenta da un terzo alla metà del consumo totale in molti paesi), ma attingono anche alla tendenza più ampia della popolazione a cambiare il proprio livello di consumo in modo collettivo. Nella popolazione generale, l'impatto di un cambiamento di consumo pari a un litro sul livello dei danni è maggiore nei paesi a basso consumo nell'UE a 15 (Europa del Nord), ma tuttavia significativo per la cirrosi, gli omicidi (solo per gli uomini), gli incidenti e la mortalità generale (solo per gli uomini) nell'Europa meridionale. Mentre alcuni hanno sostenuto che il cambiamento maggiore nell'Europa settentrionale riflette l'"esplosiva" cultura del bere locale, ciò può anche riflettere la maggiore dimensione proporzionale del cambiamento di un litro nei paesi a basso consumo dell'Europa settentrionale. In generale, si stima che una diminuzione del consumo pari ad un litro diminuirebbe la mortalità generale negli uomini dell'1% in Europa meridionale e centrale, e del 3% in Europa settentrionale.

La valutazione delle politiche alcoliche

Le **politiche sulla guida in stato di ebbrezza** che si sono dimostrate altamente efficaci comprendono i controlli randomizzati, l'abbassamento del tasso di alcolemia consentito per la guida, la sospensione della patente e tassi di alcolemia inferiori per neopatentati. Le evidenze limitate non riscontrano un effetto derivante da programmi del "guidatore designato" e di "guida sicura". I dispositivi bloccanti (*alcohol locks*) possono essere efficaci come misura preventiva, ma con coloro che guidano in stato di ebbrezza funziona solo se i dispositivi sono in dotazione al veicolo. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha costruito un modello per misurare l'impatto e i costi di controlli randomizzati rispetto all'assenza degli stessi; applicandolo all'UE si calcola che 111.000 anni di disabilità e morte prematura vengono evitati ad un costo stimato di 233 milioni di euro ogni anno.

L'impatto delle politiche che sostengono **l'educazione, la comunicazione, la formazione e la consapevolezza dell'opinione pubblica** è basso. Sebbene la portata dei programmi educativi rivolti alle scuole possa essere maggiore per la disponibilità di un pubblico "involontario" nelle scuole, l'impatto di questi programmi sulla popolazione è basso a causa della loro limitata, o addirittura assente, efficacia. Esistono delle raccomandazioni che riguardano il modo in cui l'efficacia dei programmi rivolti alle scuole potrebbe essere migliorata. D'altra parte, i programmi dei mass media possono giocare un ruolo importante per rafforzare la consapevolezza della comunità nei confronti dei problemi creati dal consumo di alcol e per preparare il terreno per specifici interventi.

Esistono forti evidenze scientifiche riguardo l'efficacia di politiche che **regolano il mercato dell'alcol** nella riduzione dei danni causati dall'alcol. Le tasse sui prodotti alcolici sono particolarmente importanti nei riguardi dei giovani e dei danni causati dall'alcol in tutti i paesi. Se le tasse sugli alcolici fossero usate per aumentare il prezzo dell'alcol del 10% nei paesi dell'Europa a 15, oltre 9.000 morti verrebbero evitati nell'anno successivo, e una stima suggerisce che circa 13 miliardi di euro di entrate fiscali aggiuntive verrebbero guadagnate. Le evidenze mostrano che se gli orari di apertura dei locali che vendono alcol sono estesi, il risultato è un aumento degli episodi di violenza. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha costruito un modello sull'impatto della minore disponibilità di alcol nei locali di distribuzione per un periodo di 24 ore ogni settimana: applicandolo all'UE si stimano 123.000 anni di

disabilità e morte prematura evitati ad un costo stimato di implementazione di 98 milioni di euro ogni anno.

Le restrizioni della quantità e del contenuto delle **comunicazioni commerciali** riferite alle bevande alcoliche probabilmente riducono i danni alcol correlati. I messaggi pubblicitari hanno un particolare impatto nel promuovere tra i giovani un atteggiamento maggiormente positivo nei confronti del bere. I codici di autoregolamentazione dei produttori di bevande alcoliche sulle comunicazioni commerciali non hanno dato prova di efficacia. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha costruito un modello sull'impatto di un bando della pubblicità di alcol: applicandolo all'Unione Europea si stimano 202.000 anni di disabilità e morte prematura evitati ad un costo stimato di implementazione di 95 milioni di euro ogni anno.

Esistono evidenze sempre maggiori sull'impatto delle strategie che cambiano i **contesti in cui si consuma l'alcol** nella riduzione dei danni causati dall'alcol. Tuttavia, è possibile applicare queste strategie principalmente al consumo di alcol in bar e respiranti, e la loro efficacia si basa su adeguati controlli. Approvare una legge sull'età legale, ad esempio, avrà scarso effetto se non verrà supportata da una credibile minaccia di veder ritirata la licenza a coloro che ripetutamente vendono alcol ai giovani al di sotto dell'età legale. Tali strategie sono inoltre più efficaci e vengono supportate da programmi preventivi di comunità.

Vi sono numerose evidenze sull'impatto **dell'intervento breve**, in particolare nei contesti di assistenza primaria, nella riduzione del consumo a rischio di alcol. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha costruito un modello sull'impatto e i costi dell'intervento breve in area di assistenza primaria sul 25% della popolazione a rischio: applicandolo all'UE si stimano 408.000 anni di disabilità e morte prematura evitati ad un costo stimato di implementazione di 740 milioni di euro ogni anno.

Utilizzando i modelli dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, e facendo un paragone con assenza totale di politiche, **un insieme completo di politiche e programmi efficaci a livello di Unione Europea** che comprenda controlli alcolimetrici randomizzati, tassazione, restrizioni nell'accesso all'alcol, il bando sulla pubblicità e l'intervento breve in ambito sanitario, ha un costo stimato di realizzazione per i governi europei di 1.3 miliardi di euro. Ciò rappresenta circa l'1% dei costi tangibili totali dell'alcol per la società, e solo il 10% circa delle entrate assicurate dal 10% di aumento del prezzo dell'alcol sotto forma di tassazione nell'UE a 15. Si stima che tali misure potrebbero evitare 1.4 milioni di anni di disabilità e morte prematura all'anno, circa il 2% di tutte le disabilità e le morti premature nell'Unione Europea.

Le politiche alcolologiche europee e globali

Gli obblighi legali internazionali più importanti che hanno un effetto sulle politiche alcolologiche sono l'Accordo Generale sulle Tariffe e il Commercio (GATT) che riguarda le merci, e l'Accordo Generale sul Commercio nei Servizi (GATS). I casi discussi nel passato hanno dimostrato che l'Organizzazione Mondiale del Commercio (WTO) dà priorità alla salute rispetto al commercio in alcune circostanze (ad esempio, il bando sulle importazioni di asbesto), sebbene le politiche devono superare una serie di prove difficili per essere mantenute.

Tuttavia, l'effetto maggiore sulle politiche alcolologiche in termini pratici deriva dalla **legislazione dell'Unione Europea sul commercio**. La maggior parte dei casi riferiti all'alcol deriva dalle regole sulla tassazione "a trattamento nazionale", che significa che agli stati non è permesso discriminare – direttamente o indirettamente- in favore di merci nazionali contro quelle che provengono da qualsiasi parte dell'UE. Non è possibile fare alcuna eccezione per motivi di salute, con il risultato che alcuni

paesi si trovano a dover affrontare alcune restrizioni nella predisposizione delle loro politiche sulla tassazione. Al contrario, [la Corte Europea di Giustizia](#), che sta diventando sempre più influente, ha sostenuto in modo chiarissimo il bando della pubblicità in Catalogna e in Francia, accettando che “è infatti innegabile che la pubblicità agisca come incoraggiamento al consumo”.

La standardizzazione della tassazione è un obiettivo presente da tempo nell’agenda dell’Unione Europea,, per ridurre le distorsioni del mercato dove le differenze nel livello della tassazione tra paesi confinanti comporta una grande quantità di acquisti all’estero. Ciò implica una perdita di entrate per i governi ad alta tassazione, oltre che creare una certa pressione verso un livello di tassazione inferiore, come è accaduto in alcuni paesi nordici. La produzione di bevande alcoliche nella forma di vino riceve un sostegno pari a 1.5 miliardi di euro ogni anno [dalle Politiche Agricole Comunitarie](#) (CAP), compreso il co-finanziamento delle campagne promozionali sui “benefici alla salute derivanti dal consumo moderato di alcol”. L’importanza economica e politica di questo sostegno, e in particolare i problemi dei produttori di vino, rende difficile agire in una prospettiva di salute pubblica.

L’organizzazione internazionale più attiva sui temi dell’alcol è stata [l’Organizzazione Mondiale della Sanità](#) (OMS), il cui Ufficio per l’Europa ha intrapreso numerose attività per ridurre i danni alcol correlati nei 52 Stati Membri. Tra queste la *Framework* per le Politiche Alcolologiche nella Regione Europea, la Carta Europea sull’Alcol e due conferenze ministeriali, che confermano la necessità di sviluppare politiche alcolologiche (e la salute pubblica in senso più ampio) senza interferenze da parte di interessi commerciali o economici.

Sebbene l’Unione Europea stessa non possa approvare leggi semplicemente per proteggere la salute (gli Stati Membri non hanno conferito questo potere alle istituzioni europee), alcune politiche riferite al mercato interno possono contenere preoccupazioni importanti riguardo la salute, come la clausola della pubblicità di bevande alcoliche all’interno della [Direttiva Televisione senza Frontiere](#). Diversamente, l’azione dell’Unione Europea sull’alcol si è concretizzata nella forma di “leggi soft”, cioè risoluzioni e raccomandazioni non vincolanti che chiedono agli Stati Membri di agire in un certo modo.

Le politiche alcolologiche negli Stati Membri

Ogni paese dell’UE ha una serie di leggi e di altre politiche che considerano l’alcol in modo separato da altre merci scambiate nel proprio territorio, spesso per ragioni di salute pubblica. Nonostante la presenza di politiche alcolologiche in ogni paese, meno della metà dei paesi dell’UE non ha ancora un [piano d’azione o un’istituzione di coordinamento per l’alcol](#). Tuttavia, la maggior parte dei paesi ha programmi che riguardano un aspetto delle politiche alcolologiche, di cui i programmi di educazione in ambito scolastico sono i più comuni in Europa. Tutti i paesi hanno anche qualche forma di [restrizione su alcol e guida](#), e tranne nel Regno Unito, in Irlanda e in Lussemburgo esiste il limite legale per la guida raccomandato dalla Commissione Europea (0.5 g/l). Tuttavia, molti guidatori europei ritengono di avere solo una vaga possibilità di essere controllati – un terzo pensa che non verrà mai sottoposto al test alcolemico, anche se questa percentuale è inferiore in paesi che applicano i test alcolemici randomizzati.

[La vendita di alcol](#) è generalmente regolata nella maggior parte dei paesi dell’UE, in alcuni casi attraverso monopoli, ma più frequentemente attraverso un sistema di licenze, mentre i luoghi dove l’alcol può essere venduto sono spesso limitati. Più di un terzo dei paesi (e alcune regioni) limitano anche [gli orari di vendita](#), mentre le limitazioni sui giorni di vendita o sulla densità delle licenze esistono in pochi paesi. Tutti proibiscono la vendita di alcol ai giovani sotto una certa età nei bar e nei

locali, sebbene quattro paesi non abbiano alcuna politica sulla vendita di alcol nei negozi. Il punto di *cut-off* di permesso di vendita ai giovani è diverso in Europa e tende verso i 18 anni in Europa settentrionale e i 16 anni in Europa meridionale.

Le azioni di marketing dell'alcol sono controllate in vari modi a seconda del tipo di attività promozionale. Le promozioni televisive di birra sono soggette a restrizioni legali (oltre a restrizioni sul contenuto) in oltre la metà dell'Europa, compreso un bando totale in cinque paesi; questo dato sale a 14 paesi in riferimento al bando sulla pubblicità di superalcolici. Tuttavia i mezzi di stampa e la cartellonistica sono soggetti a minori restrizioni, un paese ogni tre (soprattutto nell'Europa a 10) non ha alcun controllo. Le sponsorizzazioni di eventi sportivi sono soggette alle restrizioni più deboli, con soli sette paesi che hanno una qualche forma di limitazione.

La tassazione di bevande alcoliche è un'altra caratteristica costante dei paesi europei, sebbene sia molto diversa tra i paesi. Ciò è molto evidente per il vino, dove quasi la metà dei paesi non ha alcuna tassa, ma uno su cinque ha una tassazione superiore a 1.000 euro standardizzati per potere di acquisto⁴. In generale, il livello medio di tassazione è il più alto nell'Europa settentrionale, e il più basso nell'Europa meridionale e in parte dell'Europa centrale e orientale. Quattro paesi hanno anche introdotto dal 2004 una tassa specifica sugli alcopops che sembra averne ridotto il consumo da allora.

Quando le politiche riferite alle diverse aree vengono combinate in un'unica scala, il tasso di severità generale delle politiche alcoliche va da 5.5 (Grecia) a 17.5 (Norvegia) su una scala massima di 20, con una media di 10.8. Le politiche meno severe si trovano nella parte meridionale e in quella orientale dell'Europa, e quelle più severe nell'Europa del Nord – ma i punteggi non diminuiscono tutti da nord a sud, come dimostrato dall'alto punteggio della Francia. Questo quadro di politiche alcoliche è molto diverso da quello di 50 anni fa, con un livello generale di politiche più omogeneo che è principalmente dovuto all'aumento delle politiche in molti paesi, in particolare nell'area di alcol e guida rispetto alla quale tutti i paesi hanno adottato un limite legale di alcolemia. I controlli sulle strategie di marketing, il rispetto dell'età legale per poter acquistare bevande alcoliche e le istituzioni che provvedano a implementare le politiche alcoliche sono molto più diffuse nel 2005 rispetto al 1950.

CONCLUSIONI

L'alcol e l'economia europea

Conclusione 1

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

⁴ La parità di potere di acquisto (PPP) consente di adattare i costi ai prezzi relativi di ciascun paese, in modo tale che le cifre possano essere riferite alla stessa quantità di beni in ogni paese. Perciò i valori sono espressi in euro adattati al potere d'acquisto (Euro PPP).

Conclusione 2

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

Conclusione 3

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

I costi sociali dell'alcol

Conclusione 4

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

Conclusione 5

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

II consumo di alcol in Europa

Conclusione 6

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

Conclusione 7

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

Conclusione 8

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

Alcol e salute

Conclusione 9

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

Conclusione 10

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

Conclusione 11

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

Alcol e politiche governative

Conclusione 12

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

Conclusione 13

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

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

Alcol e politiche europee

Conclusione 14

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

Conclusione 15

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

RACCOMANDAZIONI

I. Definire una bevanda alcolica

II.8. Una banca dati europea di leggi e regolamenti, di politiche e programmi efficaci a livello europeo, nazionale e municipale dovrebbe essere creata e mantenuta.

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

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

Raccomandazioni per le strategie e i piani di azione	Attori principali
III.1 Un meccanismo europeo e un <i>focal point</i> sulle politiche alcolologiche andrebbero rafforzati all'interno della Commissione Europea, con risorse finanziarie e professionali adeguate per sovrintendere allo sviluppo delle politiche sull'alcol a livello europeo e per l'implementazione della Strategia Comunitaria sull'alcol.	(I) Istituz. Europee
III.2 I meccanismi di coordinamento e i <i>focal point</i> per le politiche alcolologiche dovrebbero essere creati o rinforzati a tutti i livelli di azione, oltre che adeguatamente finanziati.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
III.3 I piani d'azione sull'alcol con obiettivi, strategie e target chiari dovrebbero essere formulati e implementati.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
III.4 Sarebbe necessario mettere in atto un sistema di finanziamento pianificato per le organizzazioni, i programmi e le risorse umane che lavorano per ridurre i danni provocati dall'alcol. Bisognerebbe inoltre analizzare la praticabilità e l'opportunità di fissare una percentuale di tasse sull'alcol (tasse ipotecate) dedicata a tali finanziamenti.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
III.5. Il sostegno a favore delle politiche alcolologiche nella società civile e politica dovrebbe essere promosso attraverso campagne e iniziative di sensibilizzazione.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
III.6. Rapporti regolari sull'alcol andrebbero preparati e resi accessibili ad un vasto pubblico.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
Un elenco riguardante il consumo, i danni e i programmi all'interno degli Indicatori di Salute della Comunità Europea dovrebbe essere sottolineata nel Gruppo di Lavoro europeo su Salute e Indicatori.	
II.7. Programmi di sorveglianza sull'alcol dovrebbero essere implementati in modo che i dati possano essere paragonabili e analizzabili in tutti i paesi europei	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni

IV. Altre politiche e azioni e sostegno transnazionale

Raccomandazioni per la valutazione dell'impatto e delle azioni collettive	Attore principale
VIII.1. I decisori politici della salute dovrebbero monitorare i rischi inerenti al processo di liberalizzazione del commercio, e assicurare che i temi della salute siano presi in considerazione all'interno delle negoziazioni commerciali a livello europeo e globale.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
IV.2. Gli studi di tipo analitico e di fattibilità devono essere intrapresi per determinare quando le azioni comuni a livello di politiche sull'alcol sia a livello europeo che globale siano più appropriate e come, in relazione a tali politiche, il rispetto reciproco delle leggi nazionali possa essere rafforzato.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
IV.3. Sarebbe necessario aumentare le risorse per valutare l'impatto delle politiche e delle attività comunitarie europee (compresa la politica agricola) sui danni e i costi associati all'alcol.	(I) Istituz. Europee

V. Riduzione della guida in stato di ebbrezza

Raccomandazione per alcol e guida	Attore principale
V.1. Il limite massimo di alcolemia pari a 0.5g/l dovrebbe essere introdotto in tutta Europa; i paesi con un livello inferiore non dovrebbero incrementarlo.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
V.2. Un livello inferiore di alcolemia a 0.2g/l dovrebbe essere introdotto per i neopatentati e per i guidatori di mezzi pubblici e di autotrasporto, i paesi con un livello inferiore non dovrebbero incrementarlo.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
V.3 La possibilità di controllo con etilometro utilizzando apparecchi equivalenti e standardizzati, dovrebbe essere implementata in tutta Europa.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
V.4. Sanzioni comuni con il criterio della chiarezza e della rapidità della sanzione, che dovrebbe dipendere almeno dal livello di alcolemia rilevato, devono essere implementate in tutta Europa.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
V.5 I programmi educativi, riabilitativi e di trattamento per i guidatori, correlati alla sanzione e basati su linee guida e protocolli concordati, dovrebbero essere implementati in tutta Europa.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni

V.6. Le azioni rivolte alla riduzione dei problemi derivanti dalla guida in stato di ebbrezza dovrebbero essere sostenute e da una forte campagna europea.	(I) Istituz. Europee
V.7. Le campagne del "guidatore designato" dovrebbero valutate per l'impatto nel ridurre i rischi di incidente alcolcorrelato prima di esser ri-finanziati e prima di costruire nuove campagne.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
V.8. Dovrebbero essere implementati corsi di formazione specifici e appropriate rivolti al settore della vendita e della distribuzione per ridurre il rischio della guida sotto gli effetti dell'alcol.	(III) Municipalità
V.9. Dovrebbero essere realizzati dei programmi educativi di comunità e di mobilitazione civile, con iniziative nel campo della pianificazione urbana e del trasporto pubblico, per ridurre il rischio della guida sotto gli effetti dell'alcol.	(III) Municipalità

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

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

VII. Avvertenze per i consumatori

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

VIII. Le politiche che regolano il mercato dell'alcol

Raccomandazioni per la tassazione, gli acquisti oltre confine il e contrabbando	Attore principale
VIII.1. La tassazione minima sui prodotti alcolici dovrebbe essere aumentata in linea con l'inflazione; dovrebbero essere almeno proporzionale al contenuto alcolico di tutte le bevande che contengono alcol; e dovrebbe almeno coprire costi esterni dell'alcol determinati con una metodologia comune standardizzata.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
VIII.2. Gli Stati membri dovrebbero mantenere la flessibilità di usare la tassazione per affrontare problemi specifici che potrebbero presentarsi per alcune particolari tipologie di bevande alcoliche, come ad esempio quelle che sembrano essere più attraenti per i giovani.	(II) Stati Membri / Regioni
VIII.3. I prodotti alcolici dovrebbero essere etichettati per determinare la loro origine e i loro movimenti commerciali, in modo da stimare il valore e la quantità del contrabbando di alcol nell'UE.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
VIII.4. Gli Stati Membri dovrebbero avere la flessibilità di limitare gli acquisti oltre confine in modo tale che ciò non diminuisca l'impatto delle proprie politiche sulla tassazione.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni

Raccomandazioni per l'età minima di acquisto e la disponibilità	Attore principale
VIII.5. Un sistema minimo di licenza per la vendita di prodotti alcolici dovrebbe essere implementato in tutta Europa, rispettando il sistema delle licenze esistente	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità

quando questo è più forte.	
VIII.6. La vendita di prodotti alcolici a persone al di sotto dell'età legale stabilita dalla legge locale, nazionale o all'età di 18 anni, qualunque sia la più alta, dovrebbe essere proibita e controllata efficacemente.	(II) Stati Membri / Regioni
VIII.7. Le giurisdizioni che regolano le licenze di bevande alcoliche attraverso il numero e la densità delle rivendite, gli orari e i giorni di vendita non dovrebbero allentare i loro regolamenti; le giurisdizioni che invece non hanno alcun tipo di regolamentazione o molto limitate dovrebbero analizzare l'impatto conseguente all'introduzione e al rafforzamento di tali regolamenti.	(II) Stati Membri / Regioni (III) Municipalità
VIII.8. Sanzioni sempre più severe per i rivenditori e i distributori, come ad esempio la revoca della licenza o la possibilità di chiusura temporanea o permanente, dovrebbero essere implementate per assicurare una maggiore adesione alle norme.	(III) Municipalità
Raccomandazioni per le comunicazioni commerciali	Attore principale
VIII.9. Un'area comune di intervento per le comunicazioni commerciali dovrebbe essere implementata in tutta Europa, sulla base delle regolamentazioni già presenti negli Stati membri, con l'obiettivo a lungo termine dell'eliminazione di pubblicità in TV e al cinema, delle sponsorizzazioni e la limitazione dei messaggi e delle immagini solo per quelle che si riferiscono alla qualità del prodotto.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
VIII.10. L'articolo 15 della Direttiva di "Televisione senza Frontiere" dovrebbe essere rinforzato in termini sia di contenuti che di volume, e dovrebbe inoltre essere commissionata un'analisi della reale adesione alla Direttiva in tutti gli Stati Membri.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni
VIII.11. Nei casi in cui l'autoregolamentazione è stata adottata dai produttori di bevande alcoliche o dall'industria di marketing, essa dovrebbe essere monitorata e giudicata da un organismo indipendente dai produttori o dai pubblicitari.	(I) Istituz. Europee (II) Stati Membri / Regioni

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

Raccomandazioni per i contesti di consumo e gli ambienti circostanti	Attore principale
IX3. La pianificazione urbana, le strategie comunitarie, la regolamentazione delle licenze e le relative restrizioni, le politiche di trasporto e la gestione dei contesti di consumo e gli ambienti circostanti, dovrebbero agire per minimizzare gli effetti negativi che	(III) Municipalità

<p>risultano da intossicazioni alcoliche, in particolare per le persone residenti.</p>	
<p>IX.2. Dovrebbe essere implementata un'effettiva e appropriata formazione per il settore della distribuzione e della vendita di alcol per ridurre le conseguenze negative derivanti da intossicazioni e modalità di consumo dannose.</p>	(IV) Produttori di bevande alcoliche
<p>IX.3. Sarebbe importante implementare adeguate politiche di controllo rispetto alla vendita di alcol e al sistema delle licenze, rivolte in particolare ai luoghi associati ad un alto livello di danni.</p>	(III) Municipalità
<p>IX.4. I progetti di intervento e di mobilitazione comunitari con adeguato sostegno finanziario, che coinvolgono diversi settori e partner dovrebbero essere realizzati per creare contesti di consumo sicuro e per ridurre i danni causati dall'alcol.</p>	(III) Municipalità

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

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