



PIANO D'AZIONE EUROPEO

PER RIDURRE IL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL

2012-2020

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



Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2012 under the title European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020

Publicato in inglese dall'Ufficio Regionale del WHO nel 2012 con il titolo "Action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020 © World Health Organization 2012"

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.

Il traduttore di questa pubblicazione è responsabile per l'accuratezza della traduzione.

© WHO Collaboration Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, National Observatory on Alcohol, 2013

Traduzione e adattamento a cura del:

WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-related Problems

***Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute
Istituto Superiore di Sanità***

Grafica, impaginazione e stampa: De Vittoria srl - Roma

La disponibilità di una rinnovata cornice di riferimento per la prevenzione alcol-correlata a livello di popolazione è un evento di pieno rilievo nel momento in cui l'Europa sta affrontando la valutazione delle strategie in atto per poter calibrare al meglio interventi di contrasto all'uso dannoso o rischioso di alcol e di supporto alla prevenzione dell'alcoldipendenza. L'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha collaborato sin dalle sue prime fasi di definizione degli obiettivi del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (EAAP) 2012-2020 all'identificazione delle priorità basate sull'evidenza.

Una novità rilevante è l'ampio arco temporale in cui si proietta la strategia europea dell'OMS attraverso un articolato piano di azioni specifiche in dieci aree prioritarie coerenti con quelle contenute nella Global Strategy sull'alcol, di più recente adozione da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità.

Storicamente, l'Europa è stata la prima ad entrare in azione ed in prima linea per ridurre i danni causati dall'alcol. È stata la prima Regione dell'OMS ad approvare un piano d'azione sull'alcol nel 1992. Oggi, ogni Paese europeo ha una qualche forma di Piano di azione o strategia sull'alcol. Tuttavia, indipendentemente da quanto ampio o rigoroso sia il piano d'azione adottato a livello nazionale, tutti i Paesi potranno trarre beneficio dalla revisione, regolazione e rafforzamento delle azioni attraverso il Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020.

Gli obiettivi principali del piano delineati da un comitato editoriale e di esperti, che si è avvalso anche delle competenze e dell'expertise del Centro OMS per la Ricerca e la Promozione della Salute su Alcol e problematiche Alcolcorrelate, Osservatorio Nazionale Alcol Cnesps dell'Istituto Superiore di Sanità, si colloca in diretta continuità e integrazione con i precedenti Piani di azione e si allinea con la strategia globale sull'alcol dell'OMS con la finalità di:

- incrementare la consapevolezza sull'impatto e la natura dei costi sanitari sociali e sul peso economico causato dall'alcol;

- rafforzare e diffondere la base delle conoscenze;
- rafforzare la capacità di gestire e trattare i disturbi alcol-correlati;
- aumentare la mobilitazione delle risorse per azioni concordate;
- migliorare il monitoraggio e la tutela.

Le dieci aree di interesse comprendono anche le azioni da favorire e tra queste anche le “best buys”, i migliori acquisti come definiti nell'ambito della Global Framework per la prevenzione ed il controllo delle malattie croniche tra cui, di estremo rilievo, il sistema di monitoraggio di Piano e la checklist per la risposta delle politiche sull'alcol. Tradurre le indicazioni fornite dal Piano in azioni coerenti, con l'esigenza di tutelare in particolare i più deboli dall'impatto alcol-correlato, è la sfida dei prossimi anni che richiede l'attivazione reale e condivisa da parte di tutti coloro che sono chiamati a contribuire sulla base delle proprie competenze e responsabilità.

Emanuele SCAFATO

Direttore

WHO Collaborating Centre for Research & Health Promotion
on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems

Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS

Reparto salute della Popolazione e suoi Determinanti

Istituto Superiore di Sanità

Roma, Italia



PIANO D'AZIONE EUROPEO

**PER RIDURRE IL CONSUMO DANNOSO DI ALCOL
2012-2020**

| | |
|--|----|
| Premessa | 9 |
| Il Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 | 11 |
| La necessità di un'azione rafforzata in Europa | 11 |
| Risposta politica in Europa | 16 |
| Dieci aree di azione | 23 |
| Leadership, consapevolezza e impegno | 23 |
| Risposta dei servizi sanitari | 27 |
| Azione nella comunità e sui luoghi di lavoro | 32 |
| Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza | 37 |
| Disponibilità dell'alcol | 40 |
| Commercializzazione delle bevande alcoliche | 43 |
| Politiche dei prezzi | 48 |
| Ridurre le conseguenze negative dell'uso dell'alcol e dell'ubriachezza | 51 |
| Ridurre l'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcolici | 56 |
| Monitoraggio e sorveglianza | 59 |
| Ruolo dell'Ufficio Regionale per l'Europa della Organizzazione Mondiale della Sanità | 63 |
| Allegati | 67 |

| | |
|---|-----|
| Allegato 1. Risoluzione EUR/RC61/R4 del Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa | 69 |
| Allegato 2. Indicatori | 74 |
| Allegato 3. Checklist per la risposta politica | 111 |

La Regione Europea dell'OMS si trova nella non invidiabile situazione di essere la regione del mondo con i più alti livelli di consumo di alcol e danni alcol-correlati. Questa è una sfida. Un'azione relativamente semplice e poco costosa può, tuttavia, portare benefici rapidi e rilevanti per la salute e il benessere della popolazione, aumentare l'occupazione e la produttività, migliorare la salute e consentire un maggior risparmio, una più grande uguaglianza economica e sanitaria, e una maggiore coesione e inclusione sociale. Una risposta di salute pubblica è, pertanto, possibile ed efficace.

Con il suo primo piano d'azione europeo sull'alcol del 1992, la Regione europea è stata in prima linea nel fornire una guida per la riduzione dei danni causati dall'alcol. Spronata dallo slancio delle azioni proposte dalla strategia globale 2010 per ridurre il consumo dannoso di alcol, la Regione può mantenere questo ruolo di leadership mondiale attraverso il lancio di un rinnovato Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020.

L'importanza del consumo dannoso di alcol come priorità per la salute pubblica, con un'azione integrale e di successo per la promozione di del benessere e di stili di vita sani e la riduzione del carico di malattie non trasmissibili, come pure di alcune malattie trasmissibili, non dovrebbe mai essere sottovalutata. Anche se solo la metà della popolazione mondiale consuma bevande alcoliche, l'alcol è la terza causa di malattia e morte prematura a livello mondiale, dopo il basso peso alla nascita e il sesso non sicuro, e prima del tabacco. L'alcol è teratogeno, colpisce il feto durante il suo sviluppo; è neurotossico, turba lo sviluppo del cervello; è una sostanza inebriante, e provoca una vasta gamma di lesioni volontarie e involontarie; è cancerogeno, e causa una vasta gamma di cancro; è un immunosoppressore, aumenta il rischio di malattie trasmissibili, ed è causa di una serie di malattie cardiovascolari. L'alcol danneggia altre persone oltre al bevitore,

sia attraverso la violenza, che attraverso gli incidenti stradali, la violenza domestica in famiglia, o semplicemente attraverso il consumo di risorse del governo. Maggiore è l'esposizione ad eccessi nel bere, maggiore è l'impatto sulla qualità della vita. L'efficienza economica è compromessa a causa di una diminuita produttività dovuta all'alcol. Il rischio reale di morte per una patologia alcol-correlata aumenta con la quantità di alcol consumata nel corso della vita, con un occasionale consumo eccessivo di alcol (quando si consuma la maggior parte dell'alcol) che costituiscono fonti di particolare rischio.

Il Piano d'Azione è stato approvato da 53 Stati Membri del Comitato regionale per l'Europa nel settembre 2011 a Baku, Azerbaijan. Esso comprende una vasta gamma di politiche e programmi relativamente facili ed economici da realizzare, e che possono ridurre il consumo dannoso di alcol, promuovere la salute e il benessere, migliorare la produttività e migliorare la salute e le risorse umane e sociali durante tutto il corso della vita, dalla nascita alla vecchiaia. Questo Piano d'Azione propone una vasta gamma di opzioni per le 10 aree di azione della strategia globale volta a ridurre il consumo dannoso di alcol nelle quali tutti gli Stati Membri Europei possono impegnarsi.

Con la leadership e l'impegno, tutti gli Stati Membri possono rafforzare le loro azioni sull'alcol e di conseguenza ottenere i relativi benefici economici e sanitari.

Zsuzsanna Jakab
Direttore Regionale OMS per l'Europa

La necessità di un'azione rafforzata in Europa

Le nazioni che intraprenderanno un'azione più energica sull'alcol raccoglieranno vantaggi considerevoli in termini di una migliore salute e benessere della popolazione, migliore occupazione e produttività, maggiore salute e risparmio sociale, maggiore salute e uguaglianza economica, e una maggiore coesione e inclusione sociale.

Impatto del consumo dannoso di alcol sulla salute e il benessere

L'alcol è una delle prime tre aree prioritarie di salute pubblica a livello mondiale. I dati disponibili a sostegno di questa affermazione sono molteplici, vari e convincenti. Sebbene solo la metà della popolazione mondiale consumi bevande alcoliche, l'alcol è la terza causa mondiale di malattia e morte prematura, dopo il peso ridotto alla nascita e il sesso non sicuro (per cui l'alcol è un fattore di rischio), e prima del tabacco. L'alcol ha un impatto sia sulle malattie non trasmissibili che su quelle trasmissibili. Un piano d'azione europeo rinvigorito è tanto più importante se si considera che la Regione Europea dell'OMS rimane l'area del mondo con i più alti livelli di consumo di alcol e danni alcol-correlati. Nella Regione, il 40% delle cattive condizioni di salute e di morti premature sono causate da tre fattori di rischio evitabili: il fumo, l'alcol e gli incidenti stradali (che spesso sono a loro volta causati dall'alcol). Mortalità cardiovascolare e lesioni alcol-correlate sono tra le cause principali delle disuguaglianze di salute tra gli Stati Membri.

La maggior parte dell'alcol viene consumato in occasioni in cui si beve molto, il che peggiora tutti i rischi. In particolare, le occasioni in cui si consuma molto alcol sono la causa di tutti i tipi di lesioni volontarie e involontarie, e di cardiopatia ischemica e morte improvvisa. L'alcol danneggia altre persone oltre il bevitore, sia attraverso la violenza in strada, la violenza do-

mestica in famiglia, o semplicemente attraverso l'uso delle risorse del governo, in particolare attraverso i costi di fornitura di assistenza sanitaria e per far fronte alla criminalità e problemi di ordine pubblico. Fino a tre persone su dieci nella loro vita possono avere relazioni con un consumatore che eccede nel bere.

Se si includono i danni causati dall'alcol e derivanti dal consumo di alcol fatto da terzi, il bere rischia di raddoppiare i costi sociali dell'alcol. L'impatto esterno e costi del consumo dannoso di alcol sono quindi notevolmente maggiori rispetto a quelli associati al fumo (fumo di tabacco nell'ambientale) e di gran lunga superiori a quelli delle droghe illegali. Chi si è e dove si vive sono fattori importanti. Le persone socialmente svantaggiate e le persone che vivono in aree socialmente svantaggiate sono più soggette ai danni dell'alcol che non quelle che appartengono a classi più agiate. Un aumento della spesa per le politiche sociali può attenuare l'impatto della recessione economica e della disoccupazione nei confronti dell'aumento dei decessi correlati all'alcol.

L'efficienza economica è compromessa dalla diminuita produttività a causa dell'alcol. Un tempo si pensava che gli individui con livelli di consumo di alcol bassi o moderati avessero benefici maggiori degli astemi. Tuttavia, un'analisi più approfondita di questi risultati ha mostrato che non è così e che non vi è alcun livello di consumo di alcol che abbia un impatto positivo sui salari. Al contrario, sembra che un consumo di alcol da basso a moderato sia un indicatore indiretto di una serie di tratti di personalità che hanno un'influenza positiva sul capitale umano.

Il rischio assoluto reale di morire a causa di una patologia negativa alcol-correlata aumenta con la quantità totale di alcol consumato nel corso della vita. Per molte patologie, tra cui il cancro alcol-correlato, il rischio è mag-

giore anche a livelli bassi di consumo. Gli studi hanno dimostrato che i bevitori leggeri o moderati di mezza età e anziani hanno meno probabilità degli astemi di morire per eventi ischemici (malattia coronarica, ictus ischemico e diabete di tipo 2). Questo effetto si dimostra uguale per le persone che bevono solo birra o solo vino. Tuttavia, è compreso sempre di più che una gran parte di questo effetto è dovuta a fattori confondenti, e che un uso di alcol basso o moderato è un indicatore indiretto di una migliore salute e migliori risorse sociali. Pertanto, sembra che il reale effetto protettivo sia più basso e si verifichi ad una dose di alcol inferiore a quanto non si pensasse. In ogni caso, non vi è alcun effetto protettivo per i più giovani, nei quali ogni quantitativo di alcol aumenta il rischio di eventi ischemici. E nelle persone anziane si potrebbe ottenere una maggiore riduzione della mortalità per cardiopatia ischemica attraverso l'attività fisica e una dieta più sana invece che attraverso l'assunzione di un basso quantitativo di alcol.

L'alcol può diminuire la salute individuale ed il capitale umano nel corso della vita, dall'embrione alla vecchiaia. In termini assoluti, sono soprattutto le persone di mezza età (e gli uomini in particolare) che muoiono a causa dell'alcol. Tuttavia, se si prende in considerazione tutto l'arco della vita, l'esposizione all'alcol durante la gravidanza può compromettere lo sviluppo del cervello del feto ed è associata a deficit cognitivi che si manifestano più tardi durante l'infanzia. Il cervello degli adolescenti è particolarmente suscettibile all'alcol e più a lungo si ritarda l'insorgenza del consumo di alcol, meno probabile sarà l'insorgenza di problemi e dipendenza dall'alcol nella vita adulta.

L'alcol è anche una sostanza intossicante che colpisce una vasta gamma di strutture e processi del sistema nervoso centrale che, interagendo con le caratteristiche della personalità, i comportamenti associati e le aspettative socio-culturali, diviene un fattore causale di lesioni volontarie e involonta-

rie, danni a persone diverse dal bevitore e incidenti dovuti alla guida in stato di ebbrezza. Sul posto di lavoro, il consumo occasionale eccessivo di alcol e un occasionale consumo ingente di alcol aumentano il rischio di problemi quali ad esempio l'assenteismo, una bassa produttività e comportamenti scorretti, e possono anche aumentare il rischio di disturbi da uso di alcol e dipendenza da alcol.

Costruire sulla spinta dell'azione

Ciò che è importante per quanto riguarda l'alcol è che esistano misure e politiche efficaci, con effetto quasi immediato, per ridurre i danni e ottenere vantaggi. L'Europa è stata in prima linea nell'azione volta a ridurre i danni causati dall'alcol.

La Regione Europea dell'OMS è stata la prima regione ad approvare un piano d'azione per l'alcol, nel 1992 e poi di nuovo nel 2000. Nel 2001, una conferenza ministeriale sull'alcol e i giovani è stata organizzata a Stoccolma, in Svezia, e ha portato all'adozione di una dichiarazione sui giovani e l'alcol. Nel 2005, alla cinquantacinquesima sessione del Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa, il piano d'azione è stato seguito dalla framework per le politiche sull'alcol, che mantiene e rafforza i principi e le misure fondamentali contenute nel piano d'azione.

Nel 2006, la Commissione europea ha lanciato la Comunicazione su una strategia comunitaria volta a sostenere gli Stati Membri nella riduzione dei danni alcol-correlati, con particolare attenzione alla protezione dei giovani, dei bambini e dei nascituri; alla riduzione dei morti e feriti dovuti ad incidenti stradali legati all'uso dell'alcol; alla prevenzione dei danni alcol-correlati tra gli adulti e alla riduzione dell'impatto negativo sul luogo di lavoro; all'informazione, educazione e sensibilizzazione sull'impatto del consumo rischioso e dannoso di alcol e sui corretti modelli di consumo; allo sviluppo e mante-

nimento di una base comune di conoscenze a livello di Unione Europea.

Con l'adozione della risoluzione WHA63.13 nel 2010, la Sessantatreesima Assemblea Mondiale della Sanità ha approvato la strategia globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol, ha sollecitato gli Stati Membri ad adottare e attuare la strategia globale secondo le misure del caso, e ha chiesto al Direttore Generale di dare una priorità organizzativa sufficientemente alta, e assicurare adeguate risorse finanziarie e umane a tutti i livelli, alla prevenzione e alla riduzione del consumo dannoso di alcol e all'attuazione della strategia globale; di collaborare e fornire un sostegno agli Stati Membri, secondo le esigenze, nell'attuazione della strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol, di rafforzare le risposte nazionali ai problemi di salute pubblica causati dal consumo dannoso di alcol e monitorare i progressi nell'attuazione della strategia globale. È quindi opportuno costruire su questo slancio e dare nuovo impulso all'azione regionale con un nuovo Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020.

Il Piano d'Azione Europeo è strettamente legato agli interventi del Piano d'Azione che attua la Strategia Europea per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie non trasmissibili (2012-2016), ma è più dettagliato nei suoi obiettivi e azioni. Il Piano d'Azione è anche strettamente legato alla nuova politica sanitaria europea, Salute 2020, in cui le malattie non trasmissibili e i fattori di rischio che esse sottendono sono una priorità per l'OMS nel 2012-2020.

Risposta politica in Europa

Risposta politica ad oggi

Sebbene vi sia una significativa attività per ridurre il consumo dannoso di alcol a livello di Stati Membri, vi è ancora un ampio margine di miglioramento. Il Rapporto europeo su alcol e salute,¹ che può fungere da base per questo Piano d'Azione, rileva che quattro paesi su dieci non avevano una politica nazionale scritta sull'alcol nel 2009, e solo sei paesi su dieci producevano rapporti periodici di monitoraggio, ma utilizzando una vasta gamma di indicatori non standardizzati. Dei 45 Stati Membri che hanno risposto al questionario indagine, 27 hanno adottato una politica nazionale sull'alcol e due terzi di loro lo hanno fatto dal 2005, quando è stata adottata l'ultima risoluzione sull'alcol del Comitato regionale dell'OMS per l'Europa (EUR/RC55/R1).

La maggior parte dei paesi svolgevano attività nazionali di sensibilizzazione, e in generale avevano adottato misure efficaci sulla guida in stato di ebbrezza, con solo un piccolo numero di paesi che verosimilmente necessitavano di ridurre i loro limiti massimi legali di alcol nel sangue per la guida. Per quanto concerneva le opzioni di politiche più economicamente produttive, il quadro risultava meno incoraggiante, con un numero significativo di paesi che non imponevano restrizioni alla pubblicità di bevande alcoliche e un'applicazione che doveva generalmente essere migliorata. Nel complesso, le restrizioni alla disponibilità rimanevano poche, e, in un terzo dei paesi, adolescenti di età inferiore ai 18 anni potevano liberamente acquistare alcolici. In generale, le tasse sugli alcolici rappresentavano una bassa percentuale del prezzo al dettaglio e, rispetto all'indice dei prezzi al consumo,

¹European status report on alcohol and health 2010. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010 (<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2010/european-status-report-on-alcohol-and-health-2010>)

i prezzi delle bevande alcoliche si erano mantenuti allo stesso livello o erano diminuiti in oltre la metà dei paesi nel corso dei cinque anni precedenti.

In prospettiva, si può dire che le politiche sull'alcol ancora non riflettono la gravità dello stato di salute, i danni sociali ed economici derivanti dal consumo dannoso di alcol; esse non riescono a essere adeguatamente integrate nel quadro generale della salute, delle politiche sociali e di sviluppo, e non riescono a fornire un'adeguata capacità di garantire coerenza politica e azione "congiunta" tra i diversi dipartimenti e settori governativi e a tutti i livelli di giurisdizione.

Le politiche per il futuro

Non c'è dubbio che ci sia una spinta in rapida costruzione affinché i paesi, sia a livello sia individuale che collettivo, adottino misure più efficaci per ridurre il consumo dannoso di alcol, spronati dalla strategia globale lanciata nel 2010. I paesi che sono più attivi nella realizzazione di politiche e programmi sull'alcol basati sull'evidenza e sul rapporto costi-benefici avranno benefici sostanziali in termini di salute e benessere, produttività e sviluppo sociale. Dato che molte questioni di politiche sull'alcol attraversano facilmente le frontiere europee, una coerente azione trasversale porterà valore aggiunto. Inoltre, i quadri normativi delle politiche internazionali dovrebbero consentire a tutti i paesi, piuttosto che ostacolarli, di essere coraggiosi ed innovativi nel adottare approcci basati sull'evidenza per ridurre il consumo dannoso di alcol. A sostegno dei bisogni dei 53 Stati Membri della Regione Europea, il mandato dell'OMS per la salute pubblica può permettersi di proporre una vasta gamma di possibilità di intervento degli Stati Membri per ridurre il consumo dannoso di alcol.

Le politiche efficaci sull'alcol dei prossimi anni avranno una serie di attributi, che rifletteranno processi a doppio senso e interazioni tra politiche ef-

ficaci sull'alcol, lo sviluppo sociale e il capitale sociale. In altre parole, non è possibile avere un'efficace sviluppo sociale che porti a migliori risorse umane e sociali e una migliore salute senza efficaci politiche sull'alcol, e non è possibile ridurre i danni legati all'alcol, senza migliori risorse umane e sociali e una migliore salute. Inoltre, adeguate risorse umane, sanitarie e sociali sono prerequisiti per la capacità di ripresa sociale necessaria a ridurre i futuri fattori di stress globali che incideranno sulla salute della Regione Europea in conseguenza, ad esempio, del cambiamento climatico².

Sarà efficace la politica sull'alcol che garantirà:

- l'integrazione delle politiche sull'alcol nelle più ampie politiche economiche e di welfare, contribuendo al reale sviluppo del benessere sociale, sanitario e economico della società;
- la coerenza e l'azione "congiunta" tra i diversi ministeri e settori governativi, individuando e attuando i necessari incentivi che forniscono vantaggi ai singoli settori e alla società nel suo complesso;
- la coerenza e la partecipazione di soggetti sia pubblici che privati, anche identificando e attuando gli incentivi che avvantaggiano i rispettivi attori pubblici e privati;
- l'integrazione di misure di politica sull'alcol in tutte le azioni che promuovono il benessere e stili di vita sani e che riducano il carico delle malattie non trasmissibili e trasmissibili;
- la capacità e la possibilità per i comuni, le comunità locali e la società

²*Protecting health in an environment challenged by climate change: European Regional Framework for Action*. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2010
(http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/95882/Parma_EH_Conf_edoc06rev1.pdf).

civile di attuare politiche e programmi efficaci sull'alcol che siano uniformati a tutti i livelli della società;

- l'erogazione di incentivi, così come di disincentivi, affinché gli individui e le famiglie facciano scelte più salutari in termini di consumo di alcol;
- affrontare l'aspetto della domanda, e rispondere al ruolo che l'alcol gioca insieme ad altri fattori nella vita delle persone;
- il riconoscimento del fatto che ognuno di noi ha un ruolo da svolgere, che si tratti di individui, o di comunità, di assistenza sanitaria locale e di organizzazioni di assistenza sociale, di organizzazioni non governative (ONG), o dell'industria delle bevande alcoliche e del governo.

Obiettivi

Sulla base di quanto definito in precedenti Piani Europei di Azione sull'alcol, i cinque obiettivi principali del presente Piano d'Azione sono in linea con quelli della strategia globale per:

- sensibilizzare sull'entità e la natura degli oneri sanitari, sociali ed economici derivanti dal consumo dannoso di alcol, e promuovere un maggiore impegno pubblico per far fronte a questi oneri;
- rafforzare e diffondere la base di conoscenza delle dimensioni e dei determinanti dei danni alcol-correlati e degli interventi efficaci per ridurre e prevenire tali danni;
- aumentare il supporto tecnico, rafforzare la capacità degli Stati Membri a ridurre i danni causati dall'alcol, gestire e trattare i disturbi da uso di alcol e condizioni di salute ad essi associate;
- rafforzare i partenariati, migliorare il coordinamento tra le parti interessate e aumentare la mobilitazione delle risorse necessarie per un'azione concertata volta alla riduzione del consumo dannoso di alcol;
- migliorare i sistemi di monitoraggio e sorveglianza a livello subnazionale, nazionale ed europeo, e garantire una più efficace diffusione e applicazione delle informazioni per la perorazione, lo sviluppo e la valutazione delle politiche.

Azione e risultati

Tutti i paesi europei hanno una qualche forma di regolamentazione o piano sull'alcol. Tuttavia, la completezza di tali regolamenti o piani varia, così come varia l'esperienza di ciascun paese, area e comune nella loro attuazione. Non importa quanto completo o vincolante sia il proprio piano d'a-

zione sull'alcol, ogni paese trarrà vantaggio da un suo riesame, adeguamento e rafforzamento.

Un piano d'azione o strategia nazionale sull'alcol è necessario per definire le priorità e guidare l'azione. Gli obiettivi nazionali per la salute possono definire le priorità, l'impegno esplicito alla nuova azione e allocare le risorse. Questi obiettivi e priorità dovrebbero basarsi su evidenze epidemiologiche, e anche la scelta delle strategie e degli interventi dovrebbe essere basata sull'evidenza. Un esempio specifico di come ridurre i danni alcol-correlati è dato dalle misure volte a limitare l'offerta (politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza, politiche di marketing, tassazione degli alcolici, restrizioni sulla densità dei punti vendita e sui giorni e gli orari di vendita, età minima per l'acquisto) e a ridurre la domanda (individuazione precoce e intervento breve nei contesti di assistenza sanitaria e sul posto di lavoro, trattamento e programmi di riabilitazione).

I 10 ambiti prioritari d'azione specificati qui di seguito si rifanno ai titoli dei capitoli e seguono l'ordine degli ambiti di azione indicati nella Strategia Globale per la riduzione del consumo dannoso di alcol. Essi raccomandano un portafoglio di opzioni politiche e misure da prendere in considerazione per l'attuazione e da adeguare, secondo le esigenze, a livello nazionale, tenendo conto dei contesti nazionali, quali ad esempio quelli religiosi e culturali nonché le priorità nazionali di sanità pubblica, le risorse, le caratteristiche e le capacità.

Le aree principali sono:

- la leadership, la consapevolezza e l'impegno;
- la risposta dei servizi sanitari;
- l'azione nella comunità e nei luoghi di lavoro;
- le politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza;

- la disponibilità di alcol;
- la commercializzazione di bevande alcoliche;
- le politiche dei prezzi;
- la riduzione delle conseguenze negative dell'uso di alcol e dell'intossicazione da alcol;
- la riduzione dell'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcolici;
- il monitoraggio e la sorveglianza.

Ogni azione inizia con una dichiarazione di apertura, e include uno o più risultati e indicatori appropriati. Un breve paragrafo di introduzione è seguito dalla discussione delle strategie. Infine, sono elencate una serie di opzioni di azione. Le azioni proposte e l'evidenza a loro supporto si basano su due pubblicazioni dell'OMS del 2009^{3,4}.

Ogni Stato membro dovrà prendere in considerazione la natura dei problemi alcol correlati che esso deve affrontare e determinare quale delle possibili azioni elencate si dimostrerebbe quella più applicabile ed efficace per lui. Non esiste un unico modello da applicare in tutta la Regione Europea. Ciò che conta di più è che gli Stati Membri adottino le azioni che nei loro paesi siano maggiormente in grado di ridurre il danno causato dall'alcol.

³*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/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2009/evidence-for-the-effectiveness-and-costeffectiveness-of-interventions-to-reduce-alcohol-related-harm>)

⁴*Handbook for action to reduce alcohol-related harm.* Copenhagen WHO Regional Office for Europe 2009
(<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/alcohol-use/publications/2009/handbook-for-action-to-reduce-alcohol-related-harm>).

Leadership, consapevolezza e impegno

Presentazione

I vantaggi sostanziali ottenibili attraverso l'attuazione di politiche efficaci sull'alcol possono essere ottenuti solo attraverso una adeguata leadership fornita dal governo nazionale e locale per garantire la piena consapevolezza e l'impegno di tutti i settori e livelli della società per cogliere i vantaggi derivanti da un'azione continua e coerente che riduca il consumo dannoso di alcol. Questo si ottiene mediante piani d'azione globali che siano "agenti" di consapevolezza e attraverso società ben informate e che diano il loro supporto.

Risultati

Per tutta la durata di questo Piano d'Azione, i paesi prepareranno, attueranno, verificheranno e rivedranno almeno una volta un piano d'azione o una strategia nazionale identificabile sull'alcol. I paesi garantiranno che le loro popolazioni siano progressivamente informate sui danni che l'alcol può fare a individui, famiglie e comunità e sulle misure che possono essere adottate per ridurre tali danni.

Indicatori

Gli indicatori includeranno la presenza di un piano di azione nazionale, o una strategia nazionale o un piano sull'alcol, accessibili al pubblico e inclusi in un piano nazionale di sanità pubblica, e le misure di conoscenza, atteggiamenti e opinioni sull'alcol e le politiche sull'alcol attraverso indagini e sondaggi d'opinione barometro su campioni casuali della popolazione.

Contesto

Perché un piano d'azione sulla riduzione dei danni legati all'alcol sia efficace, è necessario garantire che esista l'infrastruttura necessaria per lo sviluppo delle politiche, per la definizione delle priorità, per il monitoraggio e la sorveglianza, ricerca e valutazione, sviluppo della forza lavoro e distribuzione del programma. Nonostante i progressi nella costruzione di infrastrutture di base per un'azione sull'alcol, si può sostenere che continui ad esserci un'insufficiente volontà politica e insufficienti investimenti sia nel settore privato che in quello pubblico in molti Stati Membri. Garantire che questa infrastruttura sia sufficientemente ampia e in grado di svolgere il suo ruolo rimane una sfida.

Molte strategie e iniziative nazionali sull'alcol sottolineano la necessità di informare ed educare il pubblico. Questo esprime il semplice principio che i consumatori devono essere informati e che la popolazione deve conoscere e capire l'alcol ed i suoi rischi per la salute, ma può anche riflettere il punto di vista, contraddetto dall'evidenza, che l'informazione e l'educazione possano essere in grado di risolvere da sole i problemi legati all'alcol. In pratica. L'educazione sull'alcol raramente va a promuovere oltre alla fornitura di informazioni la disponibilità di aiuto per i disturbi da uso di alcol o la mobilitazione del sostegno pubblico per efficaci politiche sull'alcol.

Strategie

Un piano d'azione o strategia nazionale sull'alcol sono necessari per definire le priorità e guidare le azioni. Gli obiettivi sanitari nazionali possono definire le priorità, esprimere l'impegno per la nuova azione e allocare le risorse. Questi obiettivi e priorità dovrebbero basarsi su evidenze epidemiologiche, e anche la scelta delle politiche e degli interventi dovrebbe essere basata sull'evidenza. Risultati misurabili rendono più specifici gli

obiettivi delle politiche, permettono di monitorare i progressi e spesso sono per i partner una fonte di ispirazione per sostenere iniziative politiche. La responsabilità dell'impatto sulla salute delle azioni e dei programmi sull'alcol ricade su tutti i settori della società, nonché sui funzionari del governo che preparano i piani d'azione, stanziando le risorse e avviando legislazioni o quadri non normativi quali ad esempio linee guida o restrizioni volontarie, monitorate da accordi di co-regolamentazione. Per consentire trasparenza e responsabilità, i risultati misurabili possono essere pubblicati a livello nazionale e, ove possibile, a livello locale.

La responsabilità del governo nazionale per quanto riguarda lo sviluppo e l'attuazione di un piano d'azione sull'alcol è di solito ripartita tra vari dipartimenti e livelli di governo. I dipartimenti coinvolti possono includere quelli dedicati all'industria e al commercio, all'agricoltura, all'occupazione, alla finanza e alla salute.

Gli interessi e le priorità di questi diversi settori hanno spesso bisogno di essere allineati per produrre una politica concordata sull'alcol, e alcuni settori possono esercitare un potere sproporzionato. È necessario un coordinamento per garantire che tutti i livelli di governo e tutti i settori interessati e le parti interessate siano tenuti in considerazione nel processo decisionale sulle politiche sull'alcol. Un organismo di coordinamento, ad esempio un comitato nazionale sull'alcol, dovrebbe includere rappresentanti di alto livello dei ministeri, professionisti della salute e altri partner.

Il sostegno pubblico e politico al contenuto dei piani d'azione sull'alcol è fondamentale. I politici nazionali hanno l'autorità di regolare e influenzare l'ambiente in cui l'alcol è commercializzato. I politici spesso hanno un particolare interesse verso i problemi dell'alcol, interesse che varia a seconda del loro ruolo ufficiale e delle loro opinioni personali. I contatti con attori esterni al governo, come ad esempio l'industria delle bevande alcoliche o i

gruppi sulla salute, possono influenzare le opinioni dei politici sulle specifiche politiche sull'alcol ed eventualmente influenzare la formazione o l'affinamento di proposte politiche. Le risposte della società civile e dell'opinione pubblica possono avere un impatto sulla riforma della politica sull'alcol. Oltre ai governi, i professionisti della sanità e i medici e le istituzioni che sostengono una politica pubblica sull'alcol orientata alla salute includono istituzioni indipendenti, a finanziamento pubblico, programmi del settore assicurativo, ONG e reti che si occupano di questo problema, e le associazioni professionali della sanità pubblica.

Campagne di educazione pubblica sull'alcol basate sull'informazione e sui comportamenti per un consumo responsabile di alcolici dovrebbero essere bilanciate e dovrebbero concentrarsi sulla fornitura di informazioni sui rischi dell'alcol e sulla disponibilità di aiuto e trattamento per ridurre il consumo dannoso. I programmi di istruzione pubblica dovrebbero essere utilizzati anche a sostegno delle misure delle politiche sull'alcol, in particolare quando si introducono nuove misure, come ad esempio un livello ridotto di tasso alcolico nel sangue per la guida, un aumento dell'età minima per l'acquisto di alcol o un aumento delle tasse sull'alcol. Programmi di informazione via internet, "test di auto valutazione" e auto-aiuto rappresentano nuovi canali di informazione.

Opzioni per l'azione

I paesi devono garantire adeguate infrastrutture di salute pubblica per una politica sull'alcol, includendo la volontà politica e una richiesta di buona governance. Essi devono anche assicurare che vengano stanziati risorse adeguate ai funzionari governativi responsabili della prevenzione e della gestione del consumo dannoso di alcol, che vengano adottate misure di costruzione di capacità in materia di politica e ricerca sull'alcol, e che la

conoscenza dell'evidenza venga introdotta nella pratica politica e di programma in tutti i settori e a tutti i livelli. Le politiche sviluppate devono essere esaurienti, e ridurre al minimo le eventuali conseguenze negative. La mancanza di trasparenza e di informazione, la scarsa organizzazione e preparazione all'introduzione di nuove politiche e leggi, la mancanza di finanziamenti, la presenza di corruzione e la sfiducia dell'opinione pubblica verso le autorità sono tutti impedimenti alla realizzazione, accettazione e applicazione di politiche efficaci. Come minimo, dai Paesi ci si aspetta che dispongano di un piano d'azione nazionale o una strategia nazionale sull'alcol identificabili, che includano risultati misurabili in termini di salute e politiche; un organismo o meccanismo di coordinamento per promuovere la coerenza politica e un'azione congiunta tra i competenti dipartimenti e settori governativi, e un settore non governativo con risorse adeguate, libero da potenziali conflitti di interesse con l'interesse della salute pubblica, per dare voce alla società civile.

Risposta dei servizi sanitari

Presentazione

Il settore sanitario e, attraverso il suo sostegno, il benessere sociale, i settori dell'istruzione e dei luoghi di lavoro hanno possibilità reali di ottenere benefici per la salute e risparmi finanziari attraverso l'attuazione diffusa di brevi programmi informativi che hanno dimostrato di ridurre malattie e morte prematura dovute a consumo rischioso e dannoso di alcol,⁵ e l'attuazione di programmi di trattamento basati sull'evidenza per i disturbi dovuti all'uso di alcol. L'accento dovrebbe essere messo anche sui modi per aiutare a ridurre il

⁵Considerato come consumo di alcol superiore a 40 g al giorno per un uomo e 30 g al giorno per una donna.

consumo di alcol durante la gravidanza, e sulla protezione degli altri membri della famiglia di un bevitore e dei bambini dalle conseguenze della dipendenza da alcol e danni alcol-correlati. Questo richiede una leadership da parte dei governi e delle società di assicurazione sanitaria che devono fornire incentivi affinché gli operatori, nelle diverse situazioni, prendano le misure necessarie.

Risultati

Per tutta la durata di questo Piano d'Azione, i paesi dovrebbero progressivamente ridurre il divario tra il numero di persone che potrebbero trarre beneficio da un counseling sul consumo di alcol per ridurre o prevenirne i danni, l'impegno in programmi di riabilitazione sociale o trattamenti per disturbi dovuti all'uso di alcol e il numero di coloro che ricevono effettivamente tale counseling o trattamento.

Indicatori

Gli indicatori dovrebbero includere la percentuale della popolazione adulta che mostra un consumo rischioso e dannoso di alcol, e la percentuale della popolazione che mostra un consumo di alcol a rischio o dannoso che ha ricevuto una terapia e counseling da parte di un medico di medicina generale per ridurre il consumo di alcol.

Contesto

I disturbi da uso di alcol, compreso il consumo dannoso di alcol e dipendenza da alcol, sono ufficialmente classificati nella lista dei disturbi mentali e del comportamento della International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati), 10a revisione (ICD-10). In generale, la prevalenza di disturbi da uso di alcol è piuttosto elevata, e in molti paesi, gli adulti che bevono almeno 40 g di alcol al giorno per un

uomo e 30 g per una donna sono circa uno su sei, e 1 su 16 sono gli adulti affetti da dipendenza da alcol ogni anno.

In quasi tutti i paesi studiati, vi è un notevole divario tra il numero di persone che potrebbero trarre beneficio dal counseling sul consumo di alcol, l'impegno in programmi di riabilitazione sociale o di trattamento e il numero di coloro che ricevono tale counseling o trattamento. È stato stimato che solo 1 su 20 di coloro che fanno un uso rischioso o dannoso di alcol sono effettivamente identificati e ricevono un intervento breve da parte di un medico di medicina generale; allo stesso modo, meno di 1 persona su 20 che abbia una diagnosi di dipendenza da alcol ha effettivamente avuto un consulto con uno specialista per un trattamento.

Strategie

L'evidenza sostiene con forza i vantaggi di un'applicazione generalizzata dell'identificazione precoce delle persone che fanno un consumo rischioso e dannoso di alcol, e di programmi di intervento breve a loro rivolti a livello di medicina generale, di contesti di assistenza sociale e di dipartimenti per le emergenze e gli incidenti, e i vantaggi dell'offrire programmi sul luogo di lavoro e in contesti educativi. I governi possono sostenere i programmi di identificazione e di intervento breve e il rinvio a servizi specialistici assicurando che le linee-guida cliniche per tali interventi siano disponibili a tutti i livelli, che i medici di medicina generale ricevano i materiali clinici e per la formazione e il counseling di cui hanno bisogno per istituire tali programmi, e che siano adeguatamente rimborsati per i loro interventi, sia come parte delle iniziative di miglioramento della qualità o attraverso il pagamento di un onorario per i loro servizi. I medici di medicina generale trovano più facile svolgere questo intervento quando sono supportati da servizi specialistici a cui poter inviare i bevitori difficili da gestire. Nella gestione dei dis-

turbi da uso di alcol, il passaggio dalla medicina generale alle cure specialistiche dovrebbe idealmente avere un'integrazione perfetta.

I servizi specialistici per la gestione di astinenza da alcol e il trattamento dei disturbi da uso di alcol che utilizzano trattamenti farmacologici e comportamentali basati sull'evidenza dovrebbero essere offerti a coloro per i quali si valuta che potrebbero trarne un beneficio. La tendenza è stata quella di passare da lungodegenze ospedaliere a un trattamento ambulatoriale e di comunità. Non si raccomanda più un trattamento obbligatorio, tranne nel caso di un trattamento disposto dal tribunale per i recidivi della guida in stato di ebbrezza, per cui l'evidenza ha dimostrato di poter essere efficace. L'ostetricia e i servizi ostetrici dovrebbero garantire che tutte le donne incinte ricevano informazioni e, a seconda le esigenze, consigli sul bere durante la gravidanza, e i servizi di assistenza sociale dovrebbero fornire supporto per aiutare a proteggere gli altri membri della famiglia del bevitore e i bambini dalle conseguenze dannose della dipendenza da alcol e dai disturbi causati dall'abuso di alcol.

Opzioni per l'azione

Tutte le evidenze suggeriscono che la maggior parte dei bevitori con consumo dannoso e rischioso non ricevono automaticamente consigli da parte dei medici di medicina generale, e che molte persone con disturbi dovuti all'uso di alcol che potrebbero trarre beneficio da un trattamento non lo ricevono. Lasciare invariata la situazione corrente potrebbe essere considerato privo di costo, ma questo è un'affermazione ingannevole. Gli investimenti in programmi di identificazione precoce e di intervento breve non solo migliorano la salute e salvano vite umane, ma permettono anche di risparmiare il denaro del sistema sanitario.

Si possono adottare azioni a due livelli:

- Impostare l'obiettivo di offrire l'identificazione precoce e programmi di intervento breve al 30% della popolazione a rischio di consumo alcolico rischioso o dannoso. Si può raggiungere tale obiettivo stabilendo sistemi appropriati, inclusa la formazione degli operatori, di modo che ogni paziente che si registra presso un nuovo medico di medicina generale riceva un controllo medico generale, consulti un operatore per le categorie di malattie particolari (quali ad esempio l'ipertensione o la tubercolosi) si rechi presso particolari tipi di cliniche in cui gli vengano offerti questi interventi. Si potrebbe anche prendere in considerazione la fornitura via internet di informazioni e guida per l'auto-aiuto.
- Impostare l'obiettivo di offrire l'identificazione precoce e programmi di intervento breve al 60% della popolazione a rischio. Questo obiettivo più ambizioso richiede che si offrano questi interventi a ogni paziente che riceve servizi di medicina generale, indipendentemente dal motivo del consulto. Questo necessiterebbe anche di un investimento maggiore nella formazione e nel supporto ai medici di medicina generale.

Azione nella comunità e sui luoghi di lavoro

Presentazione

L'azione a livello locale, nelle comunità, sui luoghi di lavoro e in contesti educativi, se svolta in modo coordinato e adeguato, può ridurre il consumo dannoso di alcol, cambiando il comportamento collettivo piuttosto che quello individuale. Campagne di educazione pubblica e informazione pubblica sui rischi per la salute riportati sulle etichette delle bevande alcoliche possono essere utilizzate per sostenere l'azione locale e misure di politiche sull'alcol. Per essere pienamente efficace, l'azione locale e collettiva richiede un partenariato, la costruzione di capacità tra i vari settori e una leadership forte a diversi livelli della società.

Risultati

Per tutta la durata di questo Piano d'Azione, i paesi dovrebbero cercare, secondo le esigenze, di aumentare progressivamente il numero di scuole che attuano un'azione di promozione della salute che includa azioni sull'alcol; il numero di comuni che hanno piani d'azione locali per l'alcol; e il numero di luoghi di lavoro e l'utilizzo di enti che attuino politiche e programmi sull'“alcol sui luoghi di lavoro”.

Indicatori

Gli indicatori includeranno la percentuale di scuole, comuni e luoghi di lavoro che attuano politiche e programmi sull'alcol che includono i criteri specificati.

Contesto

- La promulgazione delle politiche sull'alcol a livello di comunità ha il vantaggio di fornire immediate conseguenze locali ai problemi dell'alcol alle
- quali la comunità deve rispondere direttamente, come ad esempio occu-

parsi dei feriti e delle vittime degli incidenti stradali, fornendo servizi ospedalieri e medici di emergenza e interventi sul consumo dannoso o la dipendenza da alcol. È, quindi, importante che i comuni abbiano un piano d'azione che includa politiche in materia di alcol nelle scuole e nei luoghi di lavoro, un focus sulla disponibilità attraverso il controllo delle licenze dei ristoranti e dei bar, ecc. Il comune deve inoltre qualificare gli operatori del settore sociale, degli asili e delle scuole così che essi possano concentrarsi sulla diagnosi precoce dei problemi dovuti all'alcol e il rinvio a interventi brevi o trattamenti. Le comunità variano considerevolmente per quanto riguarda i problemi dell'alcol. Un ambiente urbano può essere un fattore di rischio per livelli e modelli di consumo dannoso, in particolare quando si tratta di aree con basse risorse sociali, o quando queste aree sviluppano una economia notturna e generano alti livelli di problemi e molestie legati al consumo di alcol.

Sui luoghi di lavoro, il consumo dannoso di alcol ed il consumo eccessivo occasionale di alcol aumentano i rischi di assenteismo, presenzialismo (ridotte prestazioni sul lavoro), arrivo al lavoro in ritardo, uscita anticipata dal lavoro, incidenti, avvicendamento dovuto a morte prematura, bassa produttività, comportamenti inappropriati, furti e altri crimini che possono richiedere azioni disciplinari, scadenti relazioni tra colleghi e un cattivo clima aziendale. Per contro, fattori strutturali sul luogo di lavoro, tra cui un alto stress e una bassa soddisfazione, possono aumentare il rischio di disturbi da uso di alcol e dipendenza da alcol.

Strategie

L'educazione sull'alcol deve essere considerata parte di un approccio politico più ampio. Dovrebbe iniziare dall'infanzia, con il supporto dei genitori, e continuare nelle scuole come parte di un approccio olistico alla scuola che promuove la salute. Date le sue limitazioni, dovrebbe essere basata sulle pratiche

educative che si sono dimostrate efficaci, come ad esempio il prendere come obiettivo un determinato periodo dello sviluppo dei giovani, parlando ai giovani di questo gruppo di riferimento nel corso di tale fase di sviluppo, testando l'intervento con gli insegnanti e con i membri del gruppo target, garantendo che si tratta di un programma interattivo e basato sullo sviluppo delle competenze, definendo obiettivi di cambiamento del comportamento che siano rilevanti per tutti i partecipanti, ritornando sull'argomento nel tempo attraverso sessioni di richiamo negli anni successivi, includendo quelle informazioni che siano di immediata utilità pratica per i giovani, svolgendo una appropriata formazione degli insegnanti per fornire il materiale in modo interattivo, e facendo qualunque programma si dimostri efficace e sia disponibile per tutti e introducendolo sul mercato per aumentarne l'uso. Si potrebbero prendere in considerazione anche programmi basati sulla famiglia, in quanto i problemi di alcol in famiglia sono un problema non solo per il bevitore, ma anche per la salute e il benessere del partner e soprattutto per lo sviluppo dei bambini. Come parte di programmi di prevenzione basati sulla comunità, è importante qualificare coloro che si prendono cura dei bambini (inclusi gli insegnanti) a mettere in atto interventi precoci tra i genitori con problemi di alcol e il rinvio a interventi brevi o trattamenti. Questo approccio fornirà anche un supporto ai partner e ai bambini.

Gli sforzi che sul luogo di lavoro possono ridurre i danni alcol-correlati includono quelle politiche che promuovono luoghi di lavoro senza alcol, uno stile manageriale che riduca lo stress da lavoro e aumenti le incentivazioni, e interventi facoltativi sul luogo di lavoro disponibili su richiesta, come ad esempio una formazione sulle competenze psico-sociali, un intervento breve e programmi sull'alcol.

- I programmi di prevenzione comunitari possono essere efficaci nel ridurre
- la guida in stato di ebbrezza, i decessi per incidenti stradali dovuti all'alcol
-

e le lesioni dovute ad aggressioni. La mobilitazione della comunità è stata anche utilizzata per aumentare la consapevolezza dei problemi associati al bere (come il rumore e un comportamento aggressivo) nei locali autorizzati alla vendita di alcolici, per sviluppare soluzioni specifiche e per consentire il riconoscimento da parte dei proprietari delle imprese delle loro responsabilità a livello di comunità nell'affrontarli. La valutazione degli sforzi di mobilitazione della comunità e la documentazione dei progetti di base suggeriscono che la mobilitazione della comunità è in grado di ridurre l'aggressività e altri problemi legati al bere nei locali autorizzati alla vendita di alcol. La caratteristica principale dei programmi comunitari efficaci è che essi attuano e mobilitano il sostegno per quegli interventi che si ritiene siano efficaci, come ad esempio le leggi sulla guida in stato di ebbrezza o una più rigorosa applicazione delle restrizioni alla vendita di alcolici ai minori e agli ubriachi.

Opzioni per l'azione

Il mancato reindirizzamento e coordinamento delle iniziative di educazione sull'alcol rischia di produrre un uso continuato inadeguato e inefficiente di risorse limitate, ad esempio utilizzando programmi mal progettati e inefficaci. Analogamente, se non si investe di più in programmi comunitari, si potrebbe perdere la possibilità di mobilitare l'opinione pubblica per nuovi sforzi di politiche sull'alcol. Inoltre, è probabile che molti programmi esistenti basati sulle comunità e sui luoghi di lavoro non siano stati concepiti o attuati in modo ottimale, o non siano stati valutati. Si possono fare molte azioni. Si dovrebbero intraprendere iniziative per riprogettare e reinvestire in campagne di educazione scolastica e informazione del pubblico.

Questi sforzi dovrebbero essere finanziati in proporzione al loro impatto potenziale. La riprogettazione dovrebbe essere basata su una valutazione delle esigenze che derivano esse stesse dai risultati di indagini pubbliche sull'al-

col. I riprogettati programmi educativi dovrebbero fornire informazioni sui rischi derivanti dal consumo di alcol, sulla disponibilità e l'efficacia del counseling e del trattamento nel ridurre il consumo dannoso di alcol, e sull'evidenza di politiche efficaci sull'alcol.

Si dovrebbero fare sforzi per sostenere e contribuire a costruire la capacità delle comunità locali e dei comuni. Sempre più spesso, le comunità locali e i comuni si assumono una sempre maggiore gamma di responsabilità per ridurre il consumo dannoso di alcol. Questo richiede maggiore formazione prodotta a livello locale, creazione di capacità e sostegno ai gruppi di azione locali per assicurare che l'intera gamma di potenziali politiche e azioni basate sull'evidenza siano utilizzate appieno a livello locale.

Si dovrebbero sviluppare le risorse delle comunità e dei luoghi di lavoro per un'azione sull'alcol. Queste risorse devono includere la documentazione concernente programmi efficaci sull'alcol e un'analisi dei fattori che contribuiscono al successo nella comunità e sui luoghi di lavoro. Esse devono anche includere strumenti di valutazione, di modo che i gestori dei programmi sull'alcol siano in grado di garantire che questi fattori siano incorporati nella progettazione e realizzazione di programmi comunitari e per i luoghi di lavoro.

Si dovrebbe creare e finanziare un meccanismo di valutazione e documentazione dei programmi, al fine di rafforzare la progettazione e l'attuazione di programmi nuovi o affermati, e di ottenere i migliori risultati a livello di comunità e di luoghi di lavoro.

La relativa normativa nazionale dovrebbe essere rivista allo scopo di un suo potenziale emendamento, per assicurare che essa faciliti e sostenga le iniziative a livello di comunità e luogo lavoro, anziché ostacolarle.

Politiche e contromisure per la guida in stato di ebbrezza

Presentazione

Anche piccole quantità di alcol possono compromettere la capacità di guidare, e l'azione per ridurre una guida in stato di ebbrezza ha il pieno sostegno del pubblico, tanto più che molte delle vittime della guida in stato di ebbrezza non sono coloro che guidano in stato di ebbrezza. Per ridurre in modo efficace la tragedia non necessaria di lesioni e decessi per guida in stato di ebbrezza è necessaria un'azione congiunta e sostenuta tra governo, polizia stradale, sistema di giustizia penale, autorità per la sicurezza, settore sanitario, comunità locali e altri soggetti interessati.

Risultati

Per tutta la durata di questo Piano d'Azione, i paesi dovrebbero progressivamente ridurre, e mantenere al livello più basso possibile, i decessi per guida in stato di ebbrezza.

Indicatori

L'indicatore per questa sezione sono i decessi per guida in stato di ebbrezza.

Contesto

In generale, il numero di morti e feriti per guida in stato di ebbrezza è in diminuzione in molti paesi dell'Europa sebbene esistano ancora ampi margini di miglioramento. Infatti, sebbene siano i giovani a registrare il più alto rischio relativo di incidenti dopo avere bevuto, l'abitudine di mettersi al volante in stato di ebbrezza e le conseguenze di tale comportamento inteso come incidenti e morti è, in termini assoluti, più comune fra gli adulti. La maggior parte degli europei è favorevole a misure più severe per la riduzione della guida in stato di ebbrezza, compresa una maggiore applicazione

della legge da parte della polizia. Potrebbe essere necessario considerare, nelle leggi sulla guida in stato di ebbrezza, livelli di applicazione e di sanzione, anche il crescente numero di conducenti privati o di conducenti di professione che attraversano le frontiere interne della regione europea. Ripetute violazioni o livelli alcolemici molto elevati possono essere un indicatore di disturbi da uso di alcol e dipendenza da alcol, per i quali deve essere sistematicamente messo a disposizione un trattamento.

Strategie

Le azioni sulla guida in stato di ebbrezza, e, invero, le azioni sull'uso di altre sostanze psicoattive quando ci si mette al volante, riducono il rischio di danni non solo per il conducente, ma anche per passeggeri, pedoni e altri conducenti. Un semplice ma efficace intervento è costituito dalla riduzione del limite legale di alcol consentito (BAC) a chi si trova alla guida di un veicolo, e l'efficacia di questo intervento può essere accresciuta se combinato con altre misure. Ogni paese con un limite BAC superiore a 0,5 g / l, potrebbe trarre vantaggio dalla riduzione di questo livello a 0,5 g / l, mentre i paesi con un livello di 0,5 g / l potrebbero ottenere vantaggi riducendolo a 0,2 g / l. Tuttavia, un livello alcolemico legale più basso è efficace solo se combinato con altre misure e solo se viene davvero applicato. Il miglior metodo di applicazione è un test casuale e intelligente del respiro che ingeneri il timore di essere scoperti in coloro che guidano in stato di ebbrezza e non nella popolazione in generale, seguito da postazioni per il controllo del livello di sobrietà. L'applicazione dovrebbe essere completata da campagne di educazione pubblica per garantire che il pubblico sappia che l'arresto è la conseguenza di un tale comportamento. L'applicazione funziona anche meglio quando la punizione ha gravi conseguenze personali, ad esempio una multa immediata, sottrazione di punti dalla patente e, a seconda dei casi, la sospensione della patente di guida. Può essere ulteriormente raf-

forzata da interventi obbligatori ordinati dal tribunale e dall'uso di un dispositivo che non permette l'accensione se viene superato il limite legale di alcol consentito (alcohol ignition lock) per determinati periodi. Tali dispositivi possono anche essere usati come misura preventiva, in particolare per i conducenti di professione.

Opzioni per l'azione

Pochissimi paesi non trarrebbero un beneficio dall'abbassamento dei loro attuali limiti BAC o dal miglioramento dell'applicazione della legge. In caso contrario si può perdere l'occasione di ridurre decessi e feriti evitabili tra i guidatori in stato di ebbrezza e gli altri. Ci sono due azioni particolarmente importanti che possono essere adottate:

- ridurre per tutti i conducenti il limite legale di alcol consentito (BAC) a chi si trova alla guida di un veicolo. Qualunque sia l'attuale limite alcolemico, l'evidenza suggerisce che un numero maggiore di vite può essere salvato riducendolo e portandolo più vicino a 0,2 g / l. Questa azione invia un messaggio di base e contribuisce a definire il "non si beve quando si guida" come una norma culturale. Per essere efficace, tuttavia, un limite BAC più basso deve essere parte di una combinazione di altre misure e deve essere sostenuta dalla applicazione della norma;
- migliorare l'applicazione della norma, sia attraverso un aumento degli etilotest casuali o di misure che aumentino la paura di essere scoperti per coloro che guidano in stato di ebbrezza, piuttosto che per la popolazione in generale, o un maggiore uso di postazioni per il controllo della sobrietà. Perché i limiti BAC siano efficaci, il guidatore che guida in stato di ebbrezza, piuttosto che la massa generale dei guidatori, deve sapere che corre il rischio reale di essere fermato e sottoposto all'etilotest in qualsiasi momento.

Disponibilità dell'alcol

Presentazione

Gli studi dimostrano che maggiore è la disponibilità di alcol, maggiore è il suo consumo e maggiore il danno che ne risulta. L'attuazione di una anche minima riduzione della disponibilità di alcol può portare benefici alla salute e ridurre violenza e danni su persone diverse dal bevitore. Il raggiungimento di questo obiettivo richiede un'azione concertata tra le autorità nazionali, quelle che forniscono la licenza di vendita degli alcolici, la polizia, i sistemi di giustizia penale e il settore sanitario.

Risultati

Per tutta la durata di questo Piano d'Azione, i paesi dovrebbero, secondo le esigenze, limitare o ridurre la disponibilità di alcol e assicurare che le normative che limitano la vendita di alcolici ai clienti ubriachi e ai minorenni rilevano una sempre maggiore applicazione da tutte le parti coinvolte.

Indicatori

Gli indicatori includeranno una misura composita della disponibilità dell'alcol, che includa una valutazione del numero di punti vendita, loro dimensione e densità, e giorni e orari di vendita. Sarà misurato anche l'accesso alle bevande alcoliche da parte dei minorenni attraverso indagini regolari tra i giovani (ad esempio il Progetto europeo di indagine nelle scuole sul consumo di alcol e altre droghe European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs - ESPAD).

Contesto

-
- Un sistema di licenze per la vendita di alcolici consente ai governi di gestire
- la disponibilità di alcol, in quanto consente al governo di limitare il numero

di licenze e di richiedere ai titolari delle licenze di soddisfare determinati standard, e revocare la licenza a titolo di penale in caso di violazione. Sebbene un limite severo della disponibilità di bevande alcoliche possa favorire lo sviluppo di un mercato parallelo di bevande alcoliche illegali, questo di solito può essere controllato tramite l'applicazione. Un altro modo per ridurre il danno è quello di imporre divieti situazionali all'uso di alcol in luoghi particolari (come ad esempio parchi, strade, ospedali e luoghi di lavoro) e circostanze particolari (ad esempio durante le partite di calcio). Alcuni paesi mantengono un monopolio statale sulla vendita di alcolici, il che tende a significare un minor numero di negozi e orari di apertura più brevi rispetto ai paesi che consentono la vendita di alcolici ai privati

Strategie

Occorre incoraggiare tutti gli Stati Membri ad introdurre o mantenere sistemi di licenze per la vendita degli alcolici. Le licenze possono essere rinnovate solo per quegli esercizi che aderiscono alle leggi che limitano le vendite ai minori di diciotto anni e agli ubriachi, e che scoraggiano gli avventori a creare disturbo della quiete pubblica o compiere atti violenti. Le autorità che concedono le licenze dovrebbero essere maggiormente coinvolte nella progettazione, e secondo le esigenze, nell'attuazione delle misure volte a ridurre episodi di violenza, criminalità, turbamento dell'ordine e danni alla salute alcol-correlati. I paesi che hanno un monopolio di Stato sulla vendita al dettaglio di alcolici dovrebbero prendere in considerazione il suo mantenimento.

I governi dovrebbero adottare misure per controllare la disponibilità di alcol laddove necessario, ad esempio regolando la densità dei punti vendita dell'alcol e controllando gli orari di vendita. Si consiglia di evitare di aumentare giorni e orari di vendita degli alcolici, e di ridurli ulteriormente quando

un dato quartiere o una data comunità o comunità mostrano eccessivi danni alcol-correlati. L'età minima per l'acquisto di alcolici dovrebbe essere oggetto di applicazione. Dove questa età minima è inferiore ai 18 anni, bisognerebbe aumentarla a 18 anni per tutte le bevande alcoliche consumate nell'esercizio di vendita o fuori di esso. Si dovrebbero prevedere sforzi per controllare l'applicazione, come ad esempio l'utilizzo di test per i giovani acquirenti per garantire che gli esercizi rispettino l'età minima di acquisto.

Opzioni per l'azione

La maggior parte delle giurisdizioni offrono la possibilità di controllare la vendita di alcolici in modi che possono ridurre i danni alcol-correlati, in particolare attraverso un migliore applicazione. L'applicazione sembra essere la carenza principale degli sforzi europei sul consumo di alcolici, in particolare l'applicazione delle leggi sull'età minima e quelle contro la vendita di alcol a clienti già ubriachi. Vale anche la pena di rivedere il modo di controllare la densità dei punti vendita e gli orari di vendita degli alcolici attraverso un rafforzamento delle leggi e dei regolamenti esistenti. Si può utilizzare una vasta gamma di opzioni.

- Se l'età minima di acquisto è inferiore a 18 anni, si dovrebbe prendere in considerazione di portarla a 18 anni per tutte le categorie di bevande alcoliche, compresa la birra e il vino, presso tutti i punti vendita, inclusi supermercati, bar e caffè. I paesi con limiti di età superiori a 18 anni per l'acquisto di prodotti alcolici non dovrebbero abbassarli.
- Rafforzare le leggi e i regolamenti esistenti per ridurre la densità e gli orari di apertura dei punti di vendita di bevande alcoliche, e, laddove questi esistono, mantenere il monopolio del governo per la vendita al dettaglio.

- Mettere in atto sforzi educativi e legislativi per aumentare l'applicazione dei divieti sulla vendita di alcolici a persone al di sotto dell'età legale.

Commercializzazione delle bevande alcoliche

Presentazione

La portata e l'ampiezza delle comunicazioni commerciali sulle bevande alcoliche e dei loro effetti, in particolare sul consumo di alcol nei giovani, non devono essere sottovalutate. Ci sono molti modi per limitare l'esposizione a comunicazioni commerciali, che vanno dall'evitare l'uso di humour e glamour e altri aspetti che attraggono i giovani, all'evitare sponsorizzazioni e pubblicità in televisione e al cinema, fino ad un divieto totale. Qualunque sia il sistema adottato, è essenziale un'azione congiunta tra il governo, i sistemi sanitari, i media e tutte le forme di telecomunicazioni. Oltre a questo, è necessaria una coerenza internazionale, in quanto le comunicazioni attraversano le frontiere.

Risultati

Per tutta la durata di questo Piano d'Azione, e in particolare, per proteggere i bambini e i giovani, i Paesi devono disporre di sistemi atti a impedire una inappropriata e irresponsabile pubblicità di bevande alcoliche e un marketing che abbia come target i bambini e i giovani.

Indicatori

In questo caso l'indicatore è costituito dall'esposizione dei bambini e dei giovani all'intera gamma della commercializzazione degli alcolici, valutata sulla base di indagini condotte ogni uno o due anni, e anche tenendo in considerazione altri driver di comportamento.

Contesto

La commercializzazione degli alcolici è un'attività in se stessa smisurata, e continua ad espandersi attraverso molteplici canali di comunicazione. Una strategia di marketing completa include non solo la pubblicità e le attività promozionali, ma anche lo sviluppo dei prodotti, la fissazione dei prezzi e il targeting verso diversi segmenti di mercato con prodotti diversi. Inoltre, l'alcol non è più commercializzato solo attraverso i media audiovisivi tradizionali (come ad esempio la televisione e la radio) e i mezzi di comunicazione tradizionali non audiovisivi (come ad esempio la stampa, i cartelloni pubblicitari e le merci di marca). Viene promossa anche con il collegamento delle marche di prodotti alcolici allo sport e alle attività culturali attraverso la sponsorizzazione e il collocamento dei prodotti, e attraverso il direct marketing utilizzando tecnologie come ad esempio Internet, i podcast, e gli sms. Inoltre, tutto il settore dello spettacolo gioca un ruolo nel plasmare le aspettative dei giovani per il consumo di alcolici attraverso la rappresentazione che fa degli alcolici nei film, negli spettacoli televisivi, nelle canzoni e in altre produzioni culturali. Di conseguenza, ogni tentativo di regolare una commercializzazione irresponsabile di alcolici dovrebbe essere globale e affrontare tutti questi elementi. Infine, dal momento che le comunicazioni commerciali attraversano le frontiere, è necessaria un'azione internazionale.

Strategie

Sia il contenuto del marketing degli alcolici che la quantità di esposizione ad esso sono aspetti critici per i giovani, che sono particolarmente sensibili agli effetti dannosi dell'alcol. L'interesse dei giovani in aspetti specifici contenuti nei materiali di marketing, come ad esempio l'umorismo, l'animazione e la musica pop, accresce in modo significativo l'efficacia complessiva dei materiali di marketing. Gli studi dimostrano l'esistenza di una relazione

dose-risposta tra l'esposizione dei giovani al marketing di prodotti alcolici e la probabilità che questi inizino a bere o bevano di più⁶. Studi in tempo reale hanno dimostrato che il marketing può avere un impatto immediato e sostanziale sulla quantità di bevande alcoliche consumate dai giovani, e che questo impatto è ancora più grande sui bevitori pesanti.

Sebbene molte giurisdizioni regolino il volume e il contenuto della pubblicità sugli alcolici, i loro regolamenti non sempre riflettono una conoscenza sufficiente del modo in cui i giovani rispondono alla pubblicità e degli aspetti della pubblicità da cui sono attratti. Molte forme di commercializzazione restano spesso non regolamentate, per esempio la rappresentazione del consumo di alcolici nei film, l'inserimento di prodotti nei film e negli show televisivi, la pubblicità su Internet e attraverso i dispositivi di comunicazione mobile. Alcune giurisdizioni hanno limitato alcune forme di commercializzazione dell'alcol, quali ad esempio il divieto di commercializzazione in televisione e nei cinema o il divieto di sponsorizzazioni sportive.

In alcune giurisdizioni, il contenuto e il posizionamento del marketing sugli alcolici è controllato tramite sistemi di co-regolamentazione e autoregolamentazione da parte di operatori economici, inclusi gli inserzionisti, i media e produttori di bevande alcoliche. Tuttavia, perché questa regolamentazione sia efficace, è necessario un quadro normativo chiaro e sufficienti incentivi. Il monitoraggio delle pratiche di marketing degli alcolici è migliore se è svolto da un organismo indipendente o un ente governativo, e se viene eseguito in modo sistematico e abituale. Siccome può essere molto difficile specificare in codici pubblicitari o leggi tutti gli aspetti che non dovrebbero essere consentiti nella pubblicità di bevande alcoliche, alcuni paesi (Francia) hanno

⁶Anderson P et al. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 44(3):229-243

scelto di specificare che cosa questa pubblicità può includere, dal momento che questo è molto più chiaro da controllare e far rispettare.

Opzioni per l'azione

Non si deve sottovalutare l'impatto del marketing sull'uso e sul consumo eccessivo di alcolici. I sistemi che gestiscono la commercializzazione delle bevande alcoliche possono essere resi più efficienti e ridurre l'esposizione a beneficio della salute pubblica. Data la natura transfrontaliera delle comunicazioni commerciali sulle bevande alcoliche, è necessaria anche una azione sovranazionale. Le azioni possibili sono elencate qui di seguito:

- la creazione di quadri normativi o di co-regolamentazione, preferibilmente con una base legislativa e supportati secondo le esigenze da misure di autoregolamentazione, per la commercializzazione bevande alcoliche attraverso:
 - la regolamentazione del contenuto e del volume del marketing;
 - la regolamentazione delle attività di sponsorizzazione che promuovono bevande alcoliche;
 - la limitazione o il divieto delle pubblicità in relazione alle attività rivolte ai giovani;
 - la regolamentazione delle nuove forme di tecniche di marketing degli alcolici, per esempio i media sociali;
- lo sviluppo, da parte di enti pubblici o di organismi indipendenti, di sistemi efficaci per il controllo della commercializzazione di prodotti alcolici;

- la creazione di efficaci sistemi amministrativi e di dissuasione in caso di violazione delle restrizioni alla commercializzazione;
- la regolamentazione del marketing diretto o indiretto, in alcuni o in tutti i media.

Politiche dei prezzi

Presentazione

Quando altri fattori, come il reddito e il prezzo di altri beni, rimangono costanti, un aumento dei prezzi degli alcolici porta a ridurre il consumo di alcol e alla riduzione dei danni alcol-correlati, e viceversa. Gli aumenti di prezzo sono in correlazione con una riduzione dei danni causati dall'alcol, il che indica anche una riduzione degli eccessi nel consumo di alcol.

Le tasse sono un modo per influenzare il prezzo degli alcolici, e hanno un impatto immediato e maggiore sui forti bevitori. Sono necessarie forti relazioni tra i servizi sanitari (ministeri) e fiscali (ministeri) per far sì che le tasse siano in grado di svolgere un ruolo continuativo nel ridurre il consumo dannoso di alcol.

Risultati

Per tutta la durata di questo Piano d'Azione, le politiche di prezzo dovrebbero essere parte della strategia generale dei paesi.

Indicatori

L'indicatore in questo è l'accessibilità economica alle bevande alcoliche (misurata confrontando l'indice relativo dei prezzi degli alcolici e l'indice reale di reddito disponibile delle famiglie).

Contesto

Di tutte le misure di politica sugli alcolici, l'impatto dei prezzi delle bevande alcoliche come incentivo a ridurre le occasioni consumo eccessivo di alcol e l'abituale consumo dannoso di alcol è quella che raccoglie l'evidenza più forte. I vantaggi sono maggiori per i bevitori più giovani e per coloro che be-

vono di più e per il benessere delle persone esposte agli eccessi nel consumo di alcolici da parte di altri.

Strategie

Le imposte sull'alcol devono tenere in considerazione una serie di obiettivi, e la riduzione del consumo dannoso di alcol è un fattore che i paesi dovrebbero prendere in considerazione nella definizione delle loro aliquote fiscali. Un aumento delle imposte non significa necessariamente un aumento dei prezzi, dal momento che i produttori e rivenditori di alcolici possono compensare l'aumento delle tasse non trasferendo l'aumento fiscale sul prezzo al consumatore. Uno dei modi per gestire questo approccio è l'introduzione di un prezzo minimo legale per litro di alcol. Si può controbattere che l'aumento delle tasse punisca i bevitori leggeri e che i governi devono seriamente tenere conto dell'impatto di questa misura su questo gruppo. Tuttavia, si può anche sostenere che l'aumento delle tasse o l'introduzione di un prezzo minimo non ha quasi alcuna ripercussione sul consumo di alcol dei bevitori leggeri che in realtà non ci rimettono. È anche possibile limitare l'uso di promozioni sul prezzo dirette e indirette, sconti, vendite sottocosto e un prezzo unico per poter bere senza limiti o altri tipi di pubblicità di vendita. Le riduzioni del danno che i bevitori infliggono agli altri possono essere vantaggiose anche per i bevitori leggeri. Sebbene sia stato anche detto che l'aumento delle tasse causa perdite di posti di lavoro, in realtà gli effetti a lungo termine che imposte più elevate sugli alcolici possono avere sulla occupazione nel suo complesso sono probabilmente insignificanti, o addirittura portano ad una minore disoccupazione, anche se possono essere necessari alcuni adeguamenti a breve termine nel settore alberghiero. Uno dei principali determinanti del consumo di alcol e danni alcol-correlati è l'accessibilità, una misura composita formata dal prezzo dell'alcol comparato al prezzo di altri beni, e adeguato al reddito. Per la tu-

tela della salute pubblica, potrebbe essere necessario adeguare le tasse sull'alcol ed assicurare che l'alcol non diventi maggiormente accessibile.

L'esistenza di un consistente mercato di bevande alcoliche illegali o ottenute in modo non formale può complicare le considerazioni politiche riguardo alle imposte sugli alcolici. In tali circostanze, l'aumento delle tasse dovrebbe essere accompagnato da attività del governo volte al controllo di questi mercati. Un'altra complicazione alle considerazioni politiche riguardo alla tassazione degli alcolici può essere il commercio transfrontaliero, anche se è importante notare che tasse più basse tendono a portare a più danni alcol-correlati, piuttosto che risolvere questioni transfrontaliere.

Opzioni per l'azione

Nella maggior parte dei paesi, lasciare immutate le tasse sull'alcol comporterebbe la caduta del prezzo relativo degli alcolici, con conseguente aumento di occasioni di consumo eccessivo, di danni alcol-correlati e di diminuzione della produttività. Tenendo in considerazione che la determinazione di creazione di politiche fiscali è un diritto sovrano degli Stati Membri, le opzioni di azione possibili sono:

- aumentare le tasse sull'alcol: i dati sull'elasticità e la convenienza possono fornire informazioni sul livello al quale si dovrebbero aumentare le tasse sugli alcolici;
- istituire imposte proporzionalmente più elevate sui prodotti con una maggiore concentrazione di alcol o fornire incentivi a versioni di prodotti con un tasso alcolico inferiore;
- aggiungere tasse speciali sui prodotti che attraggono di più i giovani consumatori; diversi paesi hanno istituito tali imposte per le bibite alcoliche e altre bevande connesse;

- stabilire un prezzo minimo per litro per l'alcol puro; nei paesi che scelgono questa opzione, questa misura può forse maggiormente assicurare che le variazioni di prezzo portino al cambiamento desiderato nel prezzo di vendita al dettaglio, che l'aumento delle tasse può aggirare se questo aumento non è trasferito sul consumatore.

Ridurre le conseguenze negative dell'uso dell'alcol e dell'ubriachezza

Presentazione

La maggior parte dell'alcol viene consumata in modelli di consumo eccessivo, e questa è la forma più rischiosa del consumo di alcol, che danneggia persone che non sono il bevitore e può causare danni notevoli ai bevitori stessi, non solo a causa degli incidenti e morte improvvisa, ma anche a causa di morte dovuta a condizioni croniche di lunga durata. Tutte le opzioni politiche proposte in questo Piano d'Azione sono in grado di ridurre la frequenza e le dimensioni dei modelli di consumo eccessivo di alcolici, ma altrettanta importanza a l'azione negli ambienti in cui si beve. Per essere efficace, questo richiede una risposta coordinata tra governo, sistemi sanitari, polizia, sistemi di giustizia penale, autorità che concedono le licenze, rivenditori e punti vendita di alcolici, comunità locali e altri stakeholder interessati.

Risultati

Per tutta la durata di questo Piano d'Azione, i paesi dovrebbero affrontare la questione dei tassi di mortalità dovuti a ubriachezza, e, in particolare le lesioni alcol-correlate volontarie e involontarie.

Indicatori

I tassi di mortalità dovuti a lesioni alcol-correlate volontarie e involontarie saranno l'indicatore di questa sezione.

Contesto

Le occasioni di consumo eccessivo e ubriachezza che possono verificarsi in qualunque contesto, in casa come in esercizi commerciali dove si consumano bevande alcoliche, sono particolarmente dannose per la salute e il benessere sociale. Sebbene tutte le aree di intervento di questo piano possano avere un impatto sul consumo eccessivo, questa area d'azione si concentra sulle conseguenze della dipendenza che provengono da quei luoghi dove si consumano bevande alcoliche. La disponibilità immediata di alcol a basso costo da altri punti vendita al dettaglio può generare una folta clientela che arriva già ubriaca negli esercizi in cui si consumano bevande alcoliche. Ciononostante, i luoghi in cui si consumano bevande alcoliche possono essere associati a ubriachezza, guida in stato di ebbrezza e comportamenti aggressivi e violenti, e alcuni locali sono associati a una quantità sproporzionata di danni. Il rapporto tra il bere e i danni alcol-correlati può essere sia influenzato che mediato dal contesto fisico e sociale in cui si beve. Gli interventi nei luoghi in cui si consumano bevande alcoliche possono essere importanti per scongiurare quei problemi che spesso creano danno alle persone che non bevono, in particolare la guida in stato di ebbrezza e gli atti di violenza.

Strategie

I bar sono una parte importante degli esercizi in cui si consumano bevande alcoliche. Le caratteristiche dei bar che aumentano la probabilità di problemi alcol-correlati includono le pratiche che servono a promuovere il consumo, l'applicazione rigorosa degli orari di chiusura da parte del personale del bar e della polizia locale, l'incapacità del personale del bar a gestire problemi di comportamento e caratteristiche quali l'affollamento, e la volontà di servire alcolici a minorenni o a persone già ubriache. L'adesione a politiche che prevenivano l'ubriachezza ha portato solo modeste riduzioni del consumo eccessivo e ad alto rischio di alcolici. Questo impatto è massimizzato, tuttavia, quando c'è un'applicazione attiva e continua delle leggi che vietano la vendita di alcolici ai clienti ubriachi. Per i Paesi che non dispongono di un sistema di licenze per la vendita di alcolici, e di norme per il rilascio delle licenze, l'introduzione di tale sistema può garantire che i locali che servono bevande alcoliche rispettino determinati parametri per ridurre la probabilità di danni alcol-correlati. Queste regole possono essere monitorate regolarmente a livello locale e si possono comminare sanzioni, tra cui la perdita della licenza, in caso di loro violazione. I programmi di formazione degli esercenti di questi locali potrebbero essere un prerequisito per l'ottenimento e il mantenimento di una licenza.

Come parte di campagne per la riduzione del consumo dannoso di alcol dirette ad un pubblico più ampio e per comunicazioni sulla salute nei punti di acquisto di bevande alcoliche, si dovrebbero inserire su tutti i contenitori di bevande alcoliche delle etichette che contengano avvertenze sui rischi per la salute. Una volta che queste saranno state gradualmente introdotte, gli avvertimenti sull'alcol o le etichette informative costeranno molto poco e, per lo meno, ricorderanno ai consumatori e alla società in generale che l'alcol non è un prodotto d'uso comune. In linea con la fornitura di informazioni

sui prodotti alimentari di uso comune, le etichette delle bevande alcoliche dovranno indicare il contenuto di alcol in modo facilmente comprensibile e indicare le linee guida dello Stato Membro per il consumo in uomini e donne. Dovranno elencare i componenti importanti per la salute, tra cui il contenuto di calorie, e, in generale, si dovrebbe trattare di etichette simili a quelle utilizzate per altri prodotti alimentari, in modo da assicurare che i consumatori abbiano accesso a informazioni complete sul contenuto e sulla composizione del prodotto a protezione della loro salute e dei loro interessi.

Opzioni per l'azione

Dal momento che in tutte le giurisdizioni gli esercizi in cui si consumano alcolici si trovano in strutture mal concepite o che violano le leggi sulla vendita di alcolici ai minorenni o a clienti ubriachi, c'è sempre spazio per intensificare questi sforzi a livello locale per ridurre i danni. Al riguardo si possono prendere delle misure importanti.

Si potrebbero sviluppare linee guida e norme standard per la progettazione di questi locali, la formazione degli esercenti e il monitoraggio e l'applicazione delle leggi sulle autorizzazioni. Queste linee guida e standard potrebbero essere diffuse tra le autorità che concedono le licenze e gli esercizi in cui si consumano gli alcolici e potrebbero riflettere un orientamento della sanità pubblica.

Le norme esistenti per la concessione delle licenze dovrebbero essere analizzate e rafforzate, secondo le esigenze. Esse dovrebbero garantire che i locali che servono gli alcolici abbiano gli standard stabiliti, che la formazione degli esercenti sia parte del processo di ottenimento di una licenza, che i regolamenti siano regolarmente monitorati e applicati a livello locale, che ci siano sanzioni sufficientemente severe (inclusa la revoca della licenza) per violazioni commesse dagli esercenti o esercizi di vendita, e che vi siano

sanzioni sufficientemente severe per quelle autorità che concedono le licenze e che non riescano a regolamentare in modo efficace i luoghi in cui si consumano bevande alcoliche.

Si potrebbero introdurre misure di informazione su tutta una serie di avvertimenti o etichette informative su tutti i contenitori di bevande alcoliche e su tutti i materiali di comunicazione commerciale sulle bevande alcoliche. Il contenuto dei messaggi può essere preparato dalle strutture sanitarie pubbliche. Questi messaggi dovrebbero focalizzarsi sulle questioni di interesse immediato, come il consumo di alcol durante la gravidanza o quando ci si mette alla guida di un veicolo, sui rischi a lungo termine del consumo di alcol, come ad esempio ipertensione e cancro.

Se possibile, le etichette dovrebbero essere simili a quelle utilizzate per i prodotti alimentari, e contenere informazioni sul contenuto di alcol e sul contenuto calorico, sugli additivi, sugli allergeni, ecc.

Ridurre l'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcol

Presentazione

In tutta Europa, anche se la quantità esatta del consumo di alcol non dichiarato non è completamente nota, le stime suggeriscono che nel complesso potrebbe oscillare tra un terzo e due quinti, e essere più elevato nella parte orientale della Regione che nella parte occidentale. Per unità di alcol, l'alcol non dichiarato ha un impatto maggiore sulla salute rispetto all'alcol dichiarato, anche se la dimensione di questo potenziale problema non è nota. Una politica sugli alcolici dovrebbe avere come obiettivo la riduzione dei danni da alcol rilevato e lo spostamento di una quantità sempre maggiore di alcol non dichiarato verso il sistema dell'alcol dichiarato e gestito, e nel contempo eseguire una valutazione completa della portata del danno potenziale derivante da tutte le forme di alcol non dichiarato.

Risultati

Per tutta la durata di questo Piano d'Azione, i paesi con un problema identificato dovrebbero ridurre la composizione chimica nociva delle bevande alcoliche non dichiarate.

Indicatori

In questo caso il contenuto di acetaldeide, di cumarina, di ftalato e di etilcarbammato dei campioni di bevande alcoliche non dichiarate servirebbero da indicatori.

Contesto

Il termine alcol “unrecorder”, non legalmente registrato include la produzione casalinga e informale di alcolici, la produzione illegale di alcolici, i prodotti di contrabbando, e anche surrogati dell’alcol surrogato non ufficialmente destinati al consumo umano. La produzione illegale e informale di alcolici e surrogati dell’alcol può avere conseguenze sulla salute se si consumano questi prodotti, a causa del loro alto contenuto di etanolo o contaminazione da etanolo, tossica per il fegato. Le bevande alcoliche commercializzate illegalmente possono presentare rischi per la salute a causa del loro basso costo, che ne incoraggia un maggiore consumo, soprattutto tra i giovani e i minorenni.

Strategie

Malgrado le preoccupazioni sui danni potenziali per la salute causate dalla composizione chimica degli alcolici non dichiarati, sorprende che ci siano pochi dati su questo problema nella Regione europea. Un piccolo studio di campioni raccolti in 17 paesi europei ha rilevato che, sebbene i campioni spesso mostrassero maggiori concentrazioni di etanolo rispetto agli alcolici rilevati, la maggior parte di essi erano generalmente privi di contaminanti. Facevano eccezione le acquaviti prodotte dalla frutta, che tendevano ad avere alti livelli di carbammato di etile. Attualmente, le politiche sugli alcolici non includono il concetto di evidenza come base per la gestione degli alcolici non dichiarati, ad eccezione di alcune misure politiche di successo del passato, tra cui il divieto di utilizzo di metanolo per la denaturazione dell’alcol. Altre misure oscillano tra la legalizzazione degli alcolici non rilevati con conseguente controllo della qualità, la formazione dei produttori di alcolici non dichiarati affinché sappiano come evitare i problemi rilevati.

Anche se un prodotto che ha imposte molto alte sarà suscettibile di attività



fraudolente, questo non vuol dire che aliquote fiscali uniformi ridotte ridurrebbero il livello di contrabbando dell'alcol. Due strumenti che possono contribuire al monitoraggio e al contrasto del contrabbando sono l'informatizzazione dei dati del controllo della circolazione dei prodotti soggetti ad accisa, e il rilascio di un bollo che mostri dove e quando è stato pagato il dazio.

Opzioni per l'azione

L'obiettivo principale della politica sugli alcolici dovrebbe continuare ad essere la riduzione dei danni causati dall'alcol rilevato. Rimane tuttavia una mancanza di conoscenza delle dimensioni del commercio illegale e il potenziale impatto sanitario dell'alcol non rilevato. Si possono ottenere ulteriori benefici per la salute attraverso una serie di azioni.

Dovrebbero essere intraprese delle misure per stimare la dimensione del mercato illegale, e si dovrebbe fare un esteso controllo chimico dei campioni di alcolici non dichiarati per identificare i prodotti più rischiosi e il loro potenziale di danno.

A seconda dei casi, si dovrebbe agire presso i produttori di prodotti informali o surrogati per ridurre il rischio di danni derivanti dai processi di produzione. Un monitoraggio computerizzato dovrebbe essere attuato per controllare la circolazione degli alcolici, e dei bolli dovrebbero essere introdotti per facilitare il tracciamento e l'identificazione dei prodotti illegali.

Monitoraggio e sorveglianza

Presentazione

Un piano d'azione è più efficace se si esegue un monitoraggio e una valutazione della sua attuazione e del suo impatto sulla riduzione dei danni alcol correlati. Ciò richiede trasparenza e una rendicontazione pubblica sui progressi compiuti. Richiede inoltre una leadership e risorse adeguate per garantire che siano disponibili i dati necessari, e che molti dipartimenti governativi e settori diversi lavorino insieme per produrre regolari e approfondite relazioni di monitoraggio e sorveglianza.

Risultati

I paesi dovrebbero pubblicare dei rapporti completi e periodici sull'alcol che includano informazioni sul consumo di alcolici tra gli adulti e tra i minorenni, sulle malattie alcol correlate e i costi per la società. I paesi dovrebbero presentare dei dati per tutti gli indicatori dell'indagine dell'OMS su alcol e salute.

Indicatori

In questo caso l'indicatore è l'accessibilità al pubblico dei rapporti completi regolarmente prodotti.

Contesto

Come sottolineato nella sezione relativa alla risposta politica, per essere efficaci, i piani e le strategie nazionali sull'alcol dovrebbero includere obiettivi e risultati resi disponibili per il pubblico e per l'ottenimento dei quali vengono svolte delle attività. Si dovrebbero sviluppare, utilizzare e monitorare indicatori di processo e risultato, che dovrebbero essere oggetto di relazioni periodiche volte a tenere informati gli stakeholder. Una valutazione

regolare permette di tracciare i progressi nell'attuazione del piano d'azione o strategia nazionale, aiuta ad identificare le cose che funzionano e quelle che non funzionano, e consente una regolare revisione del piano o della strategia. I rapporti nazionali di monitoraggio e di controllo dovrebbero essere resi pubblici, e i settori governativi e pubblici, le ONG e gli altri stakeholder interessati dovrebbero essere invitati a fornire commenti su questi rapporti a intervalli regolari.

Strategie

Il Comitato della Commissione europea per la Raccolta dei Dati, Indicatori e Definizioni sull'Alcol raccomanda tre indicatori chiave per il monitoraggio dei cambiamenti nel consumo di alcol e danni alcol-correlati.

Questi indicatori misurano:

- *il volume dei consumi* (consumo totale pro-capite rilevato e non rilevato di alcol puro in litri per adulti (15 anni e più), con sub-indicatori per birra, vino e bevande alcoliche);
- *i modelli di consumo dannoso* (assunzione di almeno 60 g di alcol in una volta sola almeno una volta al mese durante i 12 mesi precedenti), e
- *il danno per la salute* (anni di vita persi - YLL) attribuibile all'alcol, con sub-indicatori per YLL alcol-attribuibili dovuti a malattie croniche e lesioni).

Si possono preparare rapporti regolari sull'alcol che includano i cinque temi seguenti:

- *il consumo di alcolici tra gli adulti*, comprese le tendenze nel consumo di alcol, i tipi di alcolici consumati, le variabili socio-economiche, le caratteristiche demografiche, il consumo di alcol in gravidanza, il com-

portamento degli adulti nel consumo di alcolici e la loro conoscenza sull'alcol, e i modelli geografici del consumo di alcolici;

- *il consumo di alcolici tra i minorenni*, comprese le tendenze nel consumo di alcol, i tipi di alcolici consumati, le variabili socio-economiche, e in consumo di alcol nei diversi gruppi etnici, le associazioni con l'uso di altre sostanze, il comportamento nel consumo di alcolici e la loro conoscenza sull'alcol;
- *malattie correlate al consumo di alcolici*, tra cui il consumo pericoloso, dannoso e consumo dipendente, le consultazioni con gli operatori sanitari in merito al consumo di alcolici, ricoveri ospedalieri e mortalità alcol-correlati;
- *la disponibilità e l'accessibilità all'alcol*;
- *i costi per la società*, comprese le spese per i danni alcol-correlati, la criminalità e gli incidenti stradali alcol correlati; e
- *le risposte politiche*, compresi tutti i risultati rilevanti per paese delle politiche di questo Piano d'Azione e concernenti la leadership, la consapevolezza e l'impegno, la risposta dei servizi sanitari, l'azione nella comunità e sui luoghi di lavoro, la guida in stato di ebbrezza, la disponibilità degli alcolici, il marketing, i prezzi, la riduzione della ubriachezza, e la riduzione dell'impatto della produzione illegale e informale di alcolici.

Opzioni per l'azione

Sebbene un certo numero di paesi producano rapporti periodici sugli alcolici che includono la raccolta di tutti i dati rilevanti, è probabile che i paesi possano trovare dei modi per migliorare questi dati e rafforzare i propri si-

stemi di analisi e reporting. Inoltre, è difficile migliorare i piani di azione e le strategie esistenti senza un buon sistema di monitoraggio e valutazione. A tale riguardo, sono necessarie una serie di azioni.

- Raccogliere tutti i dati disponibili sugli alcolici in un solo rapporto che includa il consumo, i danni, i costi sociali e le risposte politiche, e dare ampia pubblicità a questo rapporto. Il rapporto potrebbe anche includere, su base alterna, delle informazioni più dettagliate su un determinato argomento.
- Perfezionare i metodi analitici utilizzati per produrre dati sull'alcol. I dati sulla morbilità e la mortalità dovrebbero includere il calcolo di frazioni alcol-attribuibili. È anche importante valutare i costi sociali, in particolare i costi sociali evitabili, che derivano dall'attuazione di misure specifiche di politica sugli alcolici.

Leadership

L'Ufficio Regionale dell'OMS, e i centri che con esso collaborano, continuerà a svolgere un ruolo di primo piano nel coordinamento di una risposta europea alle sfide specifiche dei danni alcol-correlati in Europa. L'Ufficio Regionale lavorerà a stretto contatto con la sede centrale dell'OMS a sostegno dell'attuazione europea e mondiale della strategia mondiale per la riduzione del consumo dannoso di alcol.

L'Ufficio Regionale utilizzerà il piano d'azione per una pubblicazione che conterrà una lista di controllo o una serie di domande per gli Stati Membri e un allegato in cui gli indicatori proposti saranno resi operativi e collegati agli indicatori utilizzati nel Sistema Europeo di Informazione su Alcol e Salute. L'Ufficio Regionale continuerà la sua stretta collaborazione con la Commissione Europea per l'attuazione di azioni comuni e congiunte. L'Ufficio regionale aiuterà i Paesi nella valutazione, attuazione e monitoraggio di politiche sull'alcol, in base alle loro esigenze e alle loro caratteristiche culturali e socioeconomiche. Si interfacerà con le rilevanti organizzazioni intergovernative, come il Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo, la Banca mondiale, l'Organizzazione internazionale del lavoro, l'Organizzazione Mondiale del Commercio e l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo economico, per chiedere l'inclusione di politiche sull'alcol nei pertinenti programmi di sviluppo sociale ed economico.

Costruzione di capacità

Nel contesto di un approccio di sanità pubblica verso i problemi alcol correlati, l'Ufficio Regionale sostiene gli organismi pubblici a livello nazionale e a livello subnazionale, in particolare in quei Paesi che hanno un carico maggiore di disabilità e mortalità alcol-correlate, per dare la massima priorità alla prevenzione dei danni causati dall'alcol, attraverso un aumento degli

investimenti per l'attuazione delle politiche che si dimostrano efficaci. L'Ufficio regionale aiuterà i Paesi ad eseguire una revisione continua della natura e della portata dei problemi causati dall'alcol nelle loro popolazioni, delle risorse e delle infrastrutture disponibili per ridurre l'incidenza, la prevalenza e l'impatto, e delle opportunità e dei vincoli possibili nella creazione di nuove politiche e programmi. Inoltre sosterrà gli sforzi dei Paesi nella formulazione, sviluppo e attuazione di piani d'azione sull'alcol adeguatamente finanziati e con chiari obiettivi, strategie e target, e nella creazione o rafforzamento dei meccanismi e dei punti focali per il coordinamento del lavoro degli stakeholder della sanità pubblica. Inoltre, l'Ufficio Regionale assisterà gli Stati Membri nell'attuazione e nella valutazione di politiche e programmi basati sull'evidenza, utilizzando ove possibile le strutture esistenti.

Monitoraggio e sorveglianza

Vista la necessità di fornire un sistema sostenibile per il monitoraggio e la sorveglianza dei progressi compiuti nel ridurre le conseguenze negative del consumo di alcol, l'Ufficio Regionale continuerà, in collaborazione con la Commissione Europea e la propria sede centrale, a mantenere e sviluppare ulteriormente il Sistema Europeo di Informazione su Alcol e Salute, con le controparti di ciascun Paese, per riunire ed analizzare il monitoraggio sull'alcol e le informazioni sul controllo basate su dati e definizioni comparabili concordati e stabiliti. L'Ufficio Regionale sosterrà l'integrazione, in questo sistema, dei dati pertinenti ottenuti da agenzie internazionali, quali ad esempio la Commissione Europea, al fine di consentire il proseguimento delle attività di monitoraggio in corso, nonché fornire informazioni ai Paesi che non hanno ancora istituito un monitoraggio sull'alcol e un sistema di controllo.

- L'OMS incoraggerà tutte le parti interessate a fornire dati e informazioni trasparenti sulle questioni relative all'alcol.

L'Ufficio Regionale continuerà la funzione di integrazione, nel sistema informatico, delle politiche, delle leggi e dei regolamenti e dei dati sull'efficacia delle politiche e dei programmi, per aiutare a identificare le migliori pratiche e sostenere gli Stati Membri nella definizione di programmi efficaci.

Diffusione della conoscenza

Al fine di sfruttare il vasto e crescente ammontare di conoscenze, e di sostenere e attuare misure basate sull'evidenza per ridurre il consumo dannoso di alcol, l'Ufficio Regionale farà del suo meglio per comunicare agli Stati Membri su base regolare le nuove scoperte sulle misure delle politiche sull'alcol basate sull'evidenza e sulla loro attuazione, e creerà un ufficio per la documentazione, la raccolta e la diffusione di esperienze pratiche che attuano politiche sull'alcol basate sull'evidenza in diverse contesti della società e a diversi livelli di governance.

Lavorare con gli altri

Riconoscendo il ruolo che le ONG possono svolgere nel sostenere le politiche sull'alcol, l'Ufficio Regionale rafforzerà i suoi processi di consultazione e collaborazione con le ONG e con i rilevanti organismi professionali che non hanno conflitti di interesse con l'interesse della salute pubblica.

L'Ufficio Regionale agisce sulla base del principio che le politiche e gli interventi pubblici volti a prevenire e ridurre i danni legati all'alcol debbano essere guidati e formulati da interessi di salute pubblica e basati su chiari obiettivi di sanità pubblica e sulla migliore evidenza disponibile.

Il testo della risoluzione EUR/RC61/R4 del Comitato Regionale dell'OMS per l'Europa sul Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 è contenuto nell'allegato 1.

Con l'adozione del Piano d'Azione, all'Ufficio Regionale è stato chiesto di produrre una pubblicazione contenente il testo del Piano d'Azione e i seguenti due nuovi allegati:

- un elenco degli indicatori proposti, con le definizioni, legati agli indicatori utilizzati nel Sistema Europeo di Informazione sull'Alcol e la Salute¹ (Allegato 2); e
- una checklist o una serie di domande per gli Stati Membri (Allegato 3)

All'Ufficio Regionale è stato anche chiesto di consultare gli Stati Membri, nella preparazione degli allegati e prima che il documento fosse pubblicato. I commenti ricevuti dagli Stati Membri sono stati inseriti negli allegati finali.

Gli indicatori sono stati tratti da fonti esistenti, tra cui il Sistema Europeo di Informazione sull'Alcol e la Salute¹ e il database di European Health for All.²

Dove gli indicatori Europei e mondiali sono gli stessi, sono state utilizzate le definizioni elaborate dall'OMS a livello centrale e disponibili nel libro dei codici degli indicatori (Indicator code book)³.

Gli allegati devono essere considerati come uno strumento per sostenere gli Stati Membri nella valutazione, attuazione e monitoraggio delle singole

¹European Information System on Alcohol and Health [database online]. Geneva, World Health Organization, 2011 (<http://apps.who.int/ghodata/?theme=GISAH®ion=euro>).

²European Health for All database (HFA-DB) [database online]. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (<http://data.euro.who.int/hfadb/>).

³Indicator code book. Global Information System on Alcohol and Health. Geneva, World Health Organization, 2012 (http://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah_indicatorbook.pdf).

politiche nazionali sull'alcol. Tutti gli indicatori sono volontari e non tutti possono essere importanti per tutti gli Stati Membri. Inoltre, l'elenco non vuole essere completo, e gli Stati Membri possono ritenere opportuno sviluppare ulteriori indicatori in base alle loro esigenze.

Risoluzione EUR/RC61/R4 del Comitato Regionale dell'OMS per L'Europa

Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020

Il Comitato Regionale,

Ribadendo che il consumo dannoso di alcol è uno dei principali problemi per la salute pubblica, che presenta i più alti livelli di consumo e di danno nella Regione europea dell'OMS;

Rammentando la sua risoluzione EUR/RC42/R8, con la quale ha approvato la prima e la seconda fase del Piano d'Azione Europeo sull'alcol, e la Carta europea sull'alcol, adottata in occasione della Conferenza europea salute, società e alcol a Parigi nel dicembre 1995;

Ricordando le sue risoluzioni EUR/RC49/R8, con la quale ha approvato la terza fase del Piano d'Azione Europeo sull'alcol, e EUR/RC51/R4 con cui ha approvato la Dichiarazione sui giovani e l'alcol adottata alla Conferenza ministeriale dell'OMS su Giovani e Alcol a Stoccolma nel mese di febbraio 2001;

Ricordando la risoluzione dell'Assemblea Mondiale della Sanità WHA58.26 sui problemi di salute pubblica causati dal consumo dannoso di alcol;

Rammentando la sua risoluzione EUR/RC55/R1, con la quale ha approvato il Quadro per politiche sull'alcol nella Regione Europea dell'OMS;

Ricordando le risoluzioni dell'Assemblea Mondiale della Sanità WHA61.4 sulle strategie per ridurre il consumo dannoso di alcol e WHA63.13 su una strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol;

Avendo esaminato il Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020;¹

Affermando che il Piano d'Azione mira a fornire una guida riguardo alle azioni per contrastare i danni causati dall'alcol a tutti i livelli e per stabilire i settori prioritari per l'azione europea, per una maggiore cooperazione internazionale e per la partecipazione di tutti gli Stati Membri a fornire una risposta economicamente efficace, adeguata ed esaustiva che tenga debitamente conto delle diversità religiose e culturali;

Riconoscendo che il Piano d'Azione sarà in linea e coordinato con il Piano d'Azione Europeo sulle Malattie non trasmissibili 2012-2016, il quadro d'azione in materia di sanità pubblica e Salute 2020, la nuova politica europea per la salute;

Riconoscendo le minacce poste alla salute pubblica dal consumo dannoso di alcol e l'importanza di garantire che nell'attuazione del Piano d'Azione, gli Stati Membri cerchino il supporto e l'impegno di tutti i settori coinvolti in un approccio multidisciplinare;

Consapevole che le preoccupazioni concernenti la salute pubblica per quanto riguarda il consumo dannoso di alcol devono essere tenute nella debita considerazione nella formulazione delle politiche economiche, di marketing e del commercio a livello nazionale e internazionale;

Riconoscendo il ruolo guida dell'OMS nel promuovere la collaborazione internazionale per l'attuazione di efficaci politiche sull'alcol basate sull'evidenza;

1. CONVIENE che il Piano d'Azione Europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020 offra guida e opzioni politiche agli Stati mem-

¹Documento EUR/RC61/13

bri della Regione europea, tenendo conto degli impegni esistenti e di quelli nuovi, sfide e opportunità per l'azione nazionale e internazionale;

2. RACCOMANDA agli Stati Membri².

- (a) di utilizzare il Piano d'Azione per formulare o, a seconda dei casi, riformulare politiche e piani d'azione nazionali sull'alcol;
- (b) di rafforzare la collaborazione internazionale di fronte ai crescenti livelli di sfide comuni e transfrontaliere e delle minacce in questo settore;
- (c) di promuovere e sostenere le politiche e gli interventi volti alla riduzione del consumo dannoso di alcol che preservano e tutelano gli interessi della salute pubblica, garantendo nel contempo che le misure a tal fine restino proporzionate e basate sull'evidenza;
- (d) di promuovere un approccio basato sull'evidenza che includa tutti i livelli di governo, così come tutti i settori e gli stakeholder interessati, comprese le comunità, la società civile e il settore privato, nelle azioni necessarie per prevenire o ridurre i danni alcol-correlati;
- (e) di promuovere politiche di no-alcol in un numero sempre maggiore di contesti e circostanze, quali ad esempio i luoghi di lavoro, i mezzi di trasporto pubblico, i contesti in cui ci sono dei bambini e dei giovani e durante la gravidanza;
- (f) di ridurre l'esposizione al marketing degli alcolici, e in particolare di proteggere i bambini e i giovani da qualunque tipo di marketing di alcolici;

²e, dove possibile, alle organizzazioni regionali per l'integrazione economica.

- (g) di assicurare che, in questo modo, le misure volte a ridurre il consumo dannoso di alcol siano conformi ai trattati e agli accordi internazionali;
3. INVITA le organizzazioni internazionali, intergovernative e non governative, nonché le organizzazioni di auto-aiuto, a sostenere il Piano d'Azione e a lavorare congiuntamente con gli Stati Membri e con l'Ufficio Regionale dell'OMS per sviluppare e attuare politiche nazionali volte a ridurre le conseguenze sociali e sanitarie negative del consumo dannoso di alcol;
4. CHIEDE al Direttore Regionale:
- (a) di esercitare una leadership nel far fronte a questo problema di salute pubblica e di sostenere i responsabili politici in Europa nella formulazione di politiche e piani nazionali come parte della loro risposta globale alle malattie non trasmissibili;
 - (b) di monitorare l'impatto, i progressi e l'attuazione del Piano d'Azione, utilizzare le informazioni raccolte per rivedere e aggiornare il Sistema europeo di informazione su alcol e salute, e utilizzare i dati per compilare rapporti periodici sul consumo di alcol, sui danni e sulle risposte della Regione;
 - (c) di mobilitare le risorse al fine di assicurare un'adeguata promozione della salute, prevenzione delle malattie, gestione delle malattie, attività di ricerca, di valutazione e di sorveglianza della Regione, in linea con gli obiettivi del Piano d'Azione;
 - (d) di cooperare e assistere gli Stati Membri e le organizzazioni nei loro sforzi per sviluppare e attuare le politiche nazionali volte alla prevenzione o alla riduzione dei danni derivanti dal consumo di alcol

- e danni alcol-correlati nella Regione;
- (e) di promuovere partenariati con le organizzazioni governative e non governative e tra gli Stati Membri, oltre che con l’OMS, le altre organizzazioni internazionali e gli attori regionali a sostegno del Piano d’Azione;
 - (f) di mobilitare altre organizzazioni internazionali al fine di perseguire gli obiettivi del Piano d’Azione.

Indicatori

Indicatori sul consumo e i danni collegati a quelli del Sistema Europeo d'Informazione sull'Alcol e la Salute

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Consumo pro capite rilevato di alcol puro negli adulti (dai 15 anni in su) |
| Definizione | Quantità rilevata di alcol consumato per adulto (dai 15 anni in su) nel corso di un anno solare in ciascun paese, in litri di alcol puro. L'indicatore prende in considerazione solo il consumo rilevato ottenuto dalla produzione, importazione, esportazione e dati di vendita, spesso per mezzo della tassazione. Denominatore: la quantità rilevata di alcol consumata per adulto (dai 15 anni in su), nel corso di un anno solare, in litri di alcol puro. Numeratore: popolazione residente a metà anno (dai 15 anni in su) per lo stesso anno solare (Prospetti di Popolazione Mondiale delle Nazioni Unite, ¹ variante media). Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Consumo pro capite non rilevato di alcol puro negli adulti (dai 15 anni in su) |
| Definizione | Quantità non rilevata di alcol consumato per adulto (dai 15 anni in su) in litri di alcol puro. Il consumo non rilevato si riferisce ad alcol non tassato e non incluso nel consueto sistema di controllo governativo, come ad esempio la produzione individuale o informale (legale o illegale) di alcol, l'alcol di contrabbando, i surrogati dell'alcol (non destinati al consumo umano), o alcol ottenuto attraverso acquisti transfrontalieri (registrati in una giurisdizione diversa). Denominatore: la quantità di alcol consumato non registrata per adulto (dai 15 anni in su), nel corso di un anno solare, in litri di alcol puro. Numeratore: popolazione residente a metà anno (dai 15 anni in su) per lo stesso anno solare (Prospetti della Popolazione Mondiale delle Nazioni Unite, variante media). |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

¹World Population Prospects, revisione del 2010 [database online]. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, Population Estimates and Projections Section, 2011 (<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>).

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Consumo totale procapite di alcol puro tra gli adulti (dai 15 anni in su) |
| Definizione | Quantità totale (somma delle quantità rilevate e non rilevate) di alcol consumato tra gli adulti (dai 15 anni in su) nel corso di un anno solare, in litri di alcol puro. Il consumo di alcol rilevato si riferisce alle statistiche ufficiali (produzione, import, export e vendite o dati fiscali), mentre il consumo di alcol non rilevato si riferisce ad alcol non tassato o non incluso nel consueto sistema di controllo governativo. Nei casi in cui il numero annuale dei turisti è pari almeno al numero di abitanti, sarà preso in considerazione anche il consumo dei turisti e sarà detratto dal consumo nazionale pro capite tra gli adulti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Consumo totale pro capite di alcol puro per adulto (dai 15 anni in su) tra i bevitori |
| Definizione | Quantità totale (rilevata e non rilevata) di alcol consumato per bevitore adulto (dai 15 anni in su) nel corso di un anno solare, in litri di alcol puro. Denominatore: consumo totale pro capite per adulto. Numeratore: uno meno la percentuale totale degli astemi. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Astemi (dai 15 anni in su), che non hanno consumato alcol in tutta la loro vita |
| Definizione | Percentuale di adulti (dai 15 anni in su) in una data popolazione che non hanno consumato alcolici durante la loro vita, valutata in un dato momento. Denominatore: numero degli astemi (dai 15 anni in su) che non hanno consumato alcol in tutta la loro vita. Numeratore: numero degli astemi (dai 15 anni in su) che non hanno consumato alcol in tutta la vita e che rispondono alla domanda corrispondente in una data indagine. Ponderati in base allo schema dell'indagine. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Astemi (dai 15 anni in su), che non hanno consumato alcol negli ultimi 12 mesi |
| Definizione | Percentuale di adulti (dai 15 anni in su) in una data popolazione che non hanno consumato alcolici negli ultimi 12 mesi, valutata in un dato momento. Denominatore: numero di astemi (dai 15 anni in su) che non hanno consumato alcolici negli ultimi 12 mesi. Numeratore: numero totale degli astemi (dai 15 anni in su), che ha risposto alla domanda corrispondente in una data indagine. Ponderati in base allo schema dell'indagine. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Astemi (di età compresa tra i 18 e i 24 anni), che non hanno mai bevuto alcol in tutta la loro vita |
| Definizione | Percentuale di persone di età 18-24 anni in una data popolazione che non hanno consumato alcolici durante la loro vita, valutata in un dato momento |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Astemi (di età compresa tra 18-24 anni), negli ultimi 12 mesi |
| Definizione | Percentuale di persone di età 18-24 anni in una data popolazione che non hanno consumato alcolici negli ultimi 12 mesi, valutata in un dato momento |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Consumo episodico eccessivo (binge drinking) |
| Definizione | Percentuale di adulti (dai 15 anni in su) che hanno consumato almeno 60 g o più di alcol puro in almeno una occasione alla settimana. Un consumo di 60 g di alcol puro corrisponde a circa 6 bevande alcoliche standard. Numeratore: il numero (opportunamente ponderato) di rispondenti (dai 15 anni in su) che hanno dichiarato di consumare 60 g o più di alcol puro in almeno una occasione alla settimana. Denominatore: il numero totale dei partecipanti (dai 15 anni in su), che hanno risposto alla domanda/e corrispondente/i in una data indagine, più gli astemi. Disaggregati per sesso. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Consumo episodico eccessivo tra i bevitori |
| Definizione | Percentuale di bevitori adulti (dai 15 anni in su) che hanno consumato almeno 60 g o più di alcol puro in almeno un'occasione alla settimana nel corso dell'ultimo anno. Un consumo di 60 g di alcol puro corrisponde a circa 6 bevande alcoliche standard. Numeratore: il numero opportunamente ponderato dei bevitori (dai 15 anni in su) che hanno dichiarato di consumare almeno 60 g o più di alcol puro in almeno una volta alla settimana. Denominatore: numero totale degli intervistati (dai 15 anni in su, opportunamente ponderati) alla corrispondente domanda dell'indagine e che nella stessa hanno riferito di aver consumato una bevanda alcolica standard (10 g) negli ultimi 12 mesi. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |
| Denominazione dell'Indicatore | Tassi di mortalità dovuta a patologie alcol-correlate standardizzati per età (dai 15 anni in su) |
| Definizione | Numero di persone di una data popolazione morte per patologia epatica alcolica (ICD-10 ² codice K70), cirrosi epatica (codici K70, K74), incidenti stradali (codici V01-V04, V06, V09, V80, V87, V89 e V99), avvelenamento (codici X40-X49), atti di violenza fisica (codici X85-Y09, Y871), rispettivamente, nel corso di un anno solare. I tassi di mortalità sono standardizzati per età per mezzo dei dati dell'OMS sulla popolazione standard. Numeratore: numero totale di decessi per ciascuna patologia, come detto sopra, nel corso di un anno solare, tra la popolazione del paese. Denominatore: quando disponibili, i dati demografici forniti dai paesi. In assenza di dati demografici rilevati, vengono utilizzati i dati demografici stimati preparati dalla Divisione delle Nazioni Unite per la Popolazione. La mortalità è valutata per 100.000 abitanti e di dati sono disaggregati per sesso. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

²Classificazione Internazionale delle Malattie [sito web]. Ginevra, World Health Organization, 2012 (<http://www.who.int/classifications/icd/en>).

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Dimissioni ospedaliere, infortuni e intossicazione alcol-correlati |
| Definizione | Numero di persone con diagnosi di infortuni e intossicazione alcol-correlati, trattate in ospedale e dimesse in un anno di calendario, divise per il totale della popolazione. Tassi per 100.000 abitanti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Dimissioni ospedaliere, malattia epatica alcolica |
| Definizione | Il numero di persone con diagnosi di malattia epatica alcolica trattate e dimesse da un ospedale, per anno solare, diviso per la popolazione totale. Tassi per 100.000 abitanti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Psicosi alcolica |
| Definizione | Numero di nuovi casi di psicosi alcolica identificati in un determinato periodo, diviso per la popolazione totale. Tasso per 100.000 abitanti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Disturbi dovuti al consumo di alcolici (prevalenza in punti percentuale) |
| Definizione | Adulti (dai 15 anni in su) affetti da disturbi attribuibili al consumo di alcol (ICD-10 codici: F10.1 Consumo dannosi di alcol; F10.2 Dipendenza da alcol) nel corso di un anno solare. Numeratore: numero di adulti (dai 15 anni in su) con una diagnosi di F10.1, F10.2 nel corso di un anno solare. Denominatore: popolazione residente a metà anno (dai 15 anni in su) nel corso di uno stesso anno solare (Prospettive delle Nazioni Unite sulla Popolazione Mondiale, variante media). Dati disaggregati per sesso. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Incidenti stradali alcol correlati |
| Definizione | Incidenti stradali che coinvolgono una o più persone sotto l'influenza di alcol. Sono inclusi gli incidenti che danno luogo a lesioni personali. Non sono inclusi gli incidenti che causano solo danni materiali. Definizione di incidente stradale secondo Commissione per i trasporti interni della Commissione Economica per l'Europa (ECE) delle Nazioni Unite Dal 2002, la fonte dei dati è la ECE, Statistica degli incidenti stradali in Europa. Tasso per 100.000 abitanti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Incidenti stradali con presenza di consumo di alcol (guida sotto l'effetto dell'alcol) |
| Definizione | Numero di incidenti stradali in un paese in un determinato anno in cui la persona alla guida di almeno una vettura coinvolta abbia superato il tasso alcolemico ammesso per legge (BAC) in quel paese, diviso per popolazione totale. Tasso per 100.000 abitanti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Incidenti stradali con presenza di consumo di alcol, percentuale di tutti gli incidenti stradali |
| Definizione | Numero di incidenti stradali in un paese in un determinato anno in cui il conducente di almeno una vettura coinvolta abbia superato il limite alcolemico (BAC) legale in quel paese, diviso per il numero di tutti gli incidenti stradali. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

Indicatori sulla leadership, consapevolezza e impegno

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Dati sull'alcol diffusi nel rapporto nazionale annuale |
| Definizione | Diffusione dei dati sulle bevande alcoliche in un rapporto nazionale annuale. Per rapporto nazionale annuale si intende un rapporto pubblicato su base annuale da parte del governo che include informazioni e dati sul consumo di alcol, sull'uso di servizi sanitario o sociali, sulla disponibilità di risorse per i disturbi causati dal consumo di alcol, sugli aspetti economici o qualunque altra informazione importate relativa al consumo di alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Importanza del ruolo svolto dagli stakeholder |
| Definizione | <p>Livello di importanza del ruolo svolto dagli stakeholder (organizzazioni non governative, operatori sanitari / servizi sanitari, organizzazioni accademiche e di ricerca, organizzazioni datoriali e organizzazioni dei lavoratori, compagnie di assicurazione, organizzazioni dei media, rivenditori di alcol al dettaglio e il settore HORECA (hotel / ristoranti / caffè), e i produttori di alcolici nelle seguenti aree:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevenzione del consumo di alcol minorile; • sostegno mirato (informazioni, strumenti, counseling) per i bevitori dannosi e pericolosi; • prevenzione della guida sotto l'effetto dell'alcol; • sviluppo di politiche pubbliche per ridurre i danni alcol-correlati. <p>Le autorità nazionali di un paese misurano il livello di importanza nell'ambito della Indagine europea dell'OMS su Alcol e Salute utilizzando le categorie "alto", "medio", "basso" o "nessun coinvolgimento".</p> |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Linea di bilancio per il trattamento dei disturbi dovuti ad abuso di alcol |
| Definizione | Disponibilità di una fonte regolare di fondi nel bilancio annuale del governo assegnati alle azioni dirette al trattamento e ai servizi di trattamento dei disturbi dovuti al consumo di alcolici. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Esistenza di una legislazione speciale/piano di azione/strategia/politica operativa sull'alcol |
| Definizione | Disponibilità di una fonte regolare di fondi nel bilancio annuale del governo assegnati alle azioni dirette alla prevenzione dei disturbi dovuti al consumo di alcolici e ai servizi di prevenzione. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Assegnazione del gettito fiscale sugli alcolici ai servizi sanitari |
| Definizione | Assegnazione del gettito fiscale sugli alcolici ai servizi sanitari |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Ricerca/monitoraggio sull'alcol finanziati da fondi pubblici |
| Definizione | Fornitura di programmi di ricerca/monitoraggio sull'alcol finanziati da fondi pubblici. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Fondi pubblici assegnati ai programmi di ricerca/monitoraggio sull'alcol |
| Definizione | Ammontare dei fondi pubblici assegnati i programmi di ricerca/monitoraggio sull'alcol (in €). |
| Tipo di presentazione dei dati | Numerico |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Politica nazionale scritta adottata in materia di alcol |
| Definizione | Adozione di una politica scritta nazionale sull'alcol. Si definisce politica nazionale scritta adottata in materia di alcol un set organizzato e messo per iscritto di valori, principi e obiettivi per la riduzione degli oneri attribuibili all'alcol in una popolazione. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Esistenza di una legislazione speciale/piano di azione/strategia/politica operativa sull'alcol |
| Definizione | Indicazione del fatto che un paese abbia o meno una politica, strategia, piano di azione o legislazione speciale sull'alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Indicatori utilizzati per misurare il conseguimento degli obiettivi di politica |
| Definizione | Indicatori utilizzati per misurare il conseguimento degli obiettivi della politica nazionale in materia di alcol.. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Organismo di coordinamento centrale per lo sviluppo e il monitoraggio delle politiche sull'alcol |
| Definizione | Indicazione del settore del governo che ha la responsabilità generale del coordinamento relativo allo sviluppo e al monitoraggio della politica nazionale sull'alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Organismo centrale di coordinamento per l'attuazione della politica sull'alcol |
| Definizione | Esistenza o meno in un paese di un organismo centrale di coordinamento per l'attuazione della politica nazionale in materia di alcol. Un organismo di coordinamento centrale supervisiona l'attuazione di ogni specifica area coperta dalla politica nazionale sull'alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Quadro normativo della politica nazionale sull'alcol |
| Definizione | Quadro normativo per la presentazione della politica nazionale. La politica nazionale può essere una specifica politica sull'alcol o può essere parte delle politiche relative all'abuso di sostanze, politiche per la salute mentale, politiche per le malattie non trasmissibili, politica generale di sanità pubblica o altre politiche. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Politica multisettoriale sull'alcol |
| Definizione | Esistenza di una politica nazionale multisettoriale sugli alcolici. La politica nazionale in materia di alcol è multisettoriale se diversi settori (come la sanità, le politiche sociali, la giustizia, la sicurezza stradale, l'istruzione, l'occupazione, l'applicazione della legge, settore finanziario / fiscale o altri) sono rappresentati nella politica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Settori rappresentati nella politica nazionale sull'alcol |
| Definizione | I vari settori rappresentati nella politica nazionale sull'alcol, che possono includere il settore sanitario, quello delle politiche sociali, della giustizia, della sicurezza stradale, dell'istruzione, dell'occupazione, dell'applicazione della legge, della finanza / fiscale o altri. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Interventi/progetti basati sulla comunità che coinvolgono gli stakeholder |
| Definizione | Fornitura di interventi/Progetti basati sulla comunità che coinvolgono gli stakeholder |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Interventi / progetti con il coinvolgimento attivo dei giovani e della società civile |
| Definizione | Fornitura di interventi / progetti con il coinvolgimento attivo dei giovani e della società civile |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Sequenza di azioni del piano di azione/politica sull'alcol per coinvolgere i giovani in attività volte a ridurre / prevenire i danni legati all'alcol |
| Definizione | Inserimento nella politica nazionale (o piano d'azione) sull'alcol di una sequenza di azioni volte a coinvolgere in particolare i giovani in attività mirate a ridurre o prevenire i danni alcol-correlati. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Attività di sensibilizzazione |
| Definizione | Fornitura di attività di sensibilizzazione riguardanti: danni da alcol, alcol e salute, l'alcol sui luoghi di lavoro, guida sotto l'effetto dell'alcol, alcol illegale / surrogato, popolazioni indigene, gravidanza e alcol, danni sociali, consumo di alcolici nei giovani. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Informazioni al consumatore su alcol e salute presso i punti di vendita |
| Definizione | Fornitura di opuscoli e altre informazioni riguardanti i danni associati all'uso dell'alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

Indicatori sulla risposta dei servizi sanitari

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Intervento breve per la promozione della salute / prevenzione delle malattie |
| Definizione | Fornitura dell'intervento breve sotto forma di promozione della salute e di prevenzione delle malattie. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Formazione in screening e intervento breve sui problemi dell'alcol |
| Definizione | Fornitura di formazione in screening e in intervento breve sui problemi dell'alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Linee guida cliniche per intervento breve |
| Definizione | Esistenza di linee guida cliniche per l'intervento breve, approvate o sostenute da almeno un organismo sanitario professionista. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Consumo episodico eccessivo (binge drinking) |
| Definizione | Percentuale di adulti (dai 15 anni in su) che hanno consumato almeno 60 g o più di alcol puro almeno una volta alla settimana. Un consumo di 60 g di alcol puro corrisponde a circa 6 bibite alcoliche standard. Numeratore: Il numero (opportunitamente ponderato) di intervistati (dai 15 anni in su) che hanno dichiarato di consumare 60 g o più di alcol puro almeno una volta alla settimana. Denominatore: il numero totale di intervistati (dai 15 anni in su), che hanno risposto alla domanda corrispondente dell'indagine, più gli astemi. Disaggregati per sesso. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Consumo episodico eccessivo tra i bevitori |
| Definizione | Percentuale di bevitori adulti (dai 15 anni in su) che hanno consumato almeno 60 g o più di alcol puro almeno una volta alla settimana nel corso dell'anno precedente. Un consumo di 60 g di alcol puro corrisponde a circa 6 bevande alcoliche standard. Numeratore: il numero opportunamente ponderato di bevitori (dai 15 anni in su) che hanno dichiarato di consumare almeno 60 g o più di alcol puro almeno una volta alla settimana. Denominatore: il numero totale degli intervistati (dai 15 anni in su, debitamente ponderati) per la domanda/e corrispondente/i dell'indagine, che hanno riferito di aver consumato una bevanda alcolica standard (10 g) negli ultimi 12 mesi nella stessa indagine. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Persone affette da disturbi dovuti al consumo di alcol che ricevono un trattamento |
| Definizione | Percentuale di persone affette da disturbi dovuti al consumo di alcol che ricevono un trattamento |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Counselling per le donne in gravidanza con problemi di alcol |
| Definizione | Fornitura di counselling per le donne in gravidanza con problemi di alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Assistenza prenatale per le donne in gravidanza con problemi di alcol o droga. |
| Definizione | Fornitura di appositi servizi di assistenza prenatale per le donne in gravidanza con problemi di alcol o droga. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Incidenza della sindrome alcolica fetale |
| Definizione | Numero di neonati con diagnosi di sindrome alcolica fetale (ICD-10 Codice Q86.0) in un anno solare per 100.000 nascite. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Counselling per i bambini che vivono in famiglie con problemi di alcol |
| Definizione | Fornitura di counselling per i bambini che vivono in famiglie con problemi di alcol |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

Indicatori sull'azione nella comunità e sui luoghi di lavoro

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Programmi educativi che coinvolgono gruppi target nel curriculum scolastico |
| Definizione | Fornitura di programmi mirati a bambini e giovani al di sotto del limite legale sul consumo di alcol per renderli consapevoli dei danni associati al consumo di alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Obbligo legale di includere la prevenzione sull'alcol nel curriculum scolastico / politiche sanitarie scolastiche |
| Definizione | Obbligo legale per le scuole di effettuare una prevenzione sull'alcol (o sul consumo di alcol e altre sostanze) come parte del programma di studi o come parte delle politiche sanitarie della scuola. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Linee guida per la prevenzione / riduzione dei danni alcol-correlati nelle scuole |
| Definizione | Esistenza di linee guida nazionali per la prevenzione e la riduzione dei danni alcol-correlati negli ambienti scolastici. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Prevenzione / counseling sui luoghi di lavoro per le persone con problemi di alcol |
| Definizione | Fornitura di prevenzione / counselling sui luoghi di lavoro per le persone con problemi di alcol |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Infortuni sul lavoro con presenza di alcol |
| Definizione | Infortuni sul lavoro con presenza di alcol in un anno solare. |
| Tipo di presentazione dei dati | Numerico |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Coinvolgimento delle parti sociali in materia di prevenzione di danni alcol correlati sui luoghi di lavoro |
| Definizione | Coinvolgimento delle parti sociali che rappresentano i datori di lavoro e i lavoratori a livello nazionale in azioni volte a prevenire e affrontare i danni alcol-correlati sui luoghi di lavoro. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Interventi/progetti basati sulla comunità con la partecipazione degli stakeholder |
| Definizione | Fornitura di interventi / progetti basati sulla comunità con la partecipazione degli stakeholder. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Linee guida nazionali per gli interventi basati sulla comunità volti a ridurre i danni alcol-correlati |
| Definizione | Esistenza di linee guida nazionali per interventi efficaci basati sulla comunità per ridurre i danni alcol-correlati. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Linee guida nazionali per la prevenzione/counseling sull'alcol sui luoghi di lavoro |
| Definizione | Esistenza di linee guida nazionali per la prevenzione e il counseling sui problemi dell'alcol sui luoghi di lavoro. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Legislazione sul test alcolemico sui luoghi di lavoro |
| Definizione | Esistenza di una legislazione sul test alcolemico sui luoghi di lavoro |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Forza dell'azione nel settore della politica delle questioni riguardanti l'alcol sul luogo di lavoro |
| Definizione | Forza dell'azione nel corso degli ultimi cinque anni nel settore delle azioni volte a risolvere i problemi creati dall'alcol sui luoghi di lavoro valutati dalle autorità nazionali di un paese facenti parte della Indagine europea dell'OMS sul consumo di alcol e salute su una scala di sette punti, da +3 (più elevato) a -3 (più debole). |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Forza dell'azione nel settore della politica delle azioni comunitarie per ridurre i danni alcol-correlati |
| Definizione | Forza dell'azione svolta nel corso degli ultimi cinque anni nel settore di una più ampia azione comunitaria per ridurre i danni alcol-correlati secondo le valutazioni dalle autorità nazionali di un paese facente parte della Indagine europea dell'OMS sul consumo di alcol e salute su una scala di sette punti, da +3 (più elevato) a -3 (più debole). |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

Indicatori sulle politiche e contromisure per la guida sotto l'effetto dell'alcol

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Limite di tasso alcolemico (BAC) per la guida di un veicolo |
| Definizione | Limite legale alcolemico massimo (BAC) (espresso in massa per volume) consentito per la guida di un veicolo in un dato paese. Sono indicati i rispettivi limiti di BAC per la popolazione generale, i conducenti giovani / principianti o gli autisti di professione / commerciali |
| Tipo di presentazione dei dati | Numerico |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Incidenti stradali con presenza di consumo di alcol |
| Definizione | Incidenti stradali che coinvolgono una o più persone in stato di ebbrezza. Si includono gli incidenti con lesioni personali. Quelli con soli danni materiali sono esclusi. Definizione di incidente stradale secondo la Commissione per i trasporti interni della Commissione Economica per l'Europa (ECE) delle Nazioni Unite Dal 2002, la fonte dei dati è la ECE, Statistica degli incidenti stradali in Europa. Tasso per 100.000 abitanti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Incidenti stradali con presenza di consumo di alcol (guida sotto l'effetto dell'alcol) |
| Definizione | Numero di incidenti stradali in un paese in un determinato anno in cui il tasso alcolemico (BAC) del conducente di almeno una delle vetture coinvolte sia superiore al limite legale vigente in quel paese, diviso per la popolazione totale. Tasso per 100.000 abitanti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Incidenti stradali con presenza di consumo di alcol, percentuale di tutti gli incidenti stradali |
| Definizione | Numero di incidenti stradali in un paese in un determinato anno in cui il tasso alcolemico (BAC) del conducente di almeno una delle vetture coinvolte sia superiore al limite legale vigente in quel paese, diviso per il numero di tutti gli incidenti stradali. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Tassi di mortalità per incidenti stradali alcol-correlati |
| Definizione | Numero di decessi stradali alcol correlati (in cui il tasso alcolemico (BAC) del conducente di almeno una delle vetture coinvolte è superiore al limite legale) tra la popolazione totale nel corso di un anno civile, diviso per la popolazione totale. Tassi per 100 000 abitanti, disaggregati per sesso. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Applicazione della legge sulla guida sotto l'effetto dell'alcol attraverso test alcolemici casuali o posti di blocco della polizia |
| Definizione | Utilizzo di test alcolemici casuali o di posti di blocco della polizia per l'applicazione delle leggi sull'alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Livello di applicazione del tasso alcolemico massimo consentito (BAC) per la guida di veicoli |
| Definizione | Livello nazionale di applicazione del tasso alcolemico massimo (BAC) consentito per la guida di veicoli misurato dalle autorità nazionali di un paese come parte dell'Indagine europea dell'OMS sull'alcol e la salute su una scala di 11 punti che vanno da 0 (non applicazione) a 10 (applicazione piena). |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Veicoli fermati per test alcolemico casuale su strada, misurati in percentuale di tutti i veicoli |
| Definizione | Numero di veicoli a motore (auto, moto, autocarri, autobus, ecc) fermati ogni anno per un test alcolemico casuale ai posti di blocco della polizia, diviso per il numero di tutti i veicoli a motore |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Attività di sensibilizzazione, guida sotto l'effetto dell'alcol |
| Definizione | Attività di sensibilizzazione in materia di guida sotto l'effetto dell'alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Sanzioni per la guida sotto l'effetto dell'alcol |
| Definizione | Multe sul posto, punti di penalità sulla patente e/o sospensione della patente inflitta al conducente per aver ignorato le leggi sulla guida sotto l'effetto dell'alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Educazione stradale obbligatoria per i trasgressori abituali |
| Definizione | Presenza obbligatoria ai corsi di educazione stradale per i trasgressori abituali delle leggi sulla guida sotto l'effetto dell'alcol per un determinato periodo di tempo. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Utilizzo di dispositivi di blocco (alcolock) per i trasgressori che guidano in stato di ebbrezza |
| Definizione | Utilizzo di dispositivi di blocco (alcolock) in combinazione con la riabilitazione come pena alternativa per la guida sotto l'effetto dell'alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Utilizzo di dispositivi di blocco (alcolock) da parte delle società di trasporto |
| Definizione | Utilizzo volontario o obbligatorio di alcolock da parte delle società di trasporto pubblico o commerciale. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

Indicatori sulla disponibilità dell'alcol

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Limite di età per la vendita di alcolici negli esercizi di vendita |
| Definizione | Età alla quale in un dato paese una persona può consumare bevande alcoliche nei locali che servono alcolici (in altre parole, ad una persona che non abbia raggiunto questa età non possono essere servite bevande alcoliche). Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Numerico |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Limite di età per la vendita di alcolici fuori dagli esercizi di vendita |
| Definizione | Età alla quale in un paese si possono vendere ad una persona bevande alcoliche fuori dagli esercizi di consumo (cioè, non si possono vendere alcolici ad una persona al di sotto di questa età). Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Indagine nazionale sui bevitori minorenni di bevande alcoliche |
| Definizione | Il regolare svolgimento di indagini per raccogliere informazioni a livello nazionale sul consumo di alcol tra i bevitori minorenni (bambini al di sotto dell'età legale per consumare o comprare bevande alcoliche), incluse le indagini scolastiche e sulla salute dei giovani che prevedono, ma non solo, la raccolta di dati sul consumo di alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Consumatori minorenni di alcol |
| Definizione | Numero di minorenni che hanno consumato alcol nel corso della loro vita, diviso per il totale degli individui di questa fascia di età. Dati disaggregati per sesso. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Autorizzazione alla produzione e vendita di bevande alcoliche |
| Definizione | Controllo parziale del governo sulla produzione e vendita di bevande alcoliche. Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Monopolio della produzione e vendita di bevande alcoliche |
| Definizione | Monopolio governativo (pieno controllo) della produzione e vendita di bevande alcoliche. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Restrizioni agli orari di vendita delle bevande alcoliche negli esercizi di consumo e fuori di essi |
| Definizione | Limitazioni regolamentate agli orari (orari e giorni) di vendita di bevande alcoliche negli esercizi di consumo o fuori di essi. Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Restrizioni in materia di densità dei luoghi di vendita e di consumo di bevande alcoliche |
| Definizione | Limitazioni regolamentate alla presenza (luoghi e densità), in un dato paese, di esercizi per la vendita e il consumo di bevande alcoliche in loco o fuori di essi. Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Restrizioni sulle vendite di bevande alcoliche nei luoghi di consumo e fuori di essi in occasione di eventi specifici |
| Definizione | Limiti regolamentati alla vendita di bevande alcoliche, sia nei luoghi di consumo che fuori di essi, in occasione di eventi specifici in un determinato paese. Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Livello di applicazione delle restrizioni per le vendite fuori dal luogo di consumo |
| Definizione | Livello di applicazione delle restrizioni esistenti per i luoghi di consumo di alcolici a livello nazionale misurato dalle autorità nazionali di un paese come parte dell'Indagine Globale dell'OMS su alcol e salute su una scala di 11 punti, da 0 (non applicazione) a 10 (applicazione piena). La valutazione può basarsi su informazioni (statistiche), opinioni di esperti o altri fattori. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Livello di applicazione delle restrizioni per le vendite fuori dal luogo di consumo |
| Definizione | Livello di applicazione delle restrizioni nazionali esistenti per le vendite fuori dal luogo di consumo misurato dalle autorità nazionali di un paese come parte dell'Indagine globale dell'OMS su alcol e salute su una scala di 11 punti da 0 (non applicazione) a 10 (applicazione piena). La valutazione può basarsi su informazioni (statistiche), opinioni di esperti o altri fattori. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Misure per migliorare l'osservanza dei limiti di età |
| Definizione | <p>Livello di importanza delle seguenti misure per migliorare l'osservanza dei limiti di età:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la formazione di coloro che servono alcolici come requisito per la licenza • l'applicazione da parte della polizia o di altre autorità • il monitoraggio attraverso test sugli acquisti • campagne di sensibilizzazione rivolte ai venditori/esercenti che servono alcolici • campagne di sensibilizzazione destinate ai giovani, come misurato dalle autorità nazionali di un dato paese nella Indagine europea dell'OMS su alcol e salute utilizzando le categorie di "alto", "medio", "basso" o "non utilizzato affatto". La valutazione si basa sul parere espresso dagli esperti sulla situazione attuale nel paese. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

Indicatori sul marketing delle bevande alcoliche

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Restrizioni alla pubblicità di bevande alcoliche |
| Definizione | Le restrizioni legalmente in vigore sulla pubblicità di bevande alcoliche in un paese (la promozione di bevande alcoliche da parte dell'industria delle bevande alcoliche attraverso una varietà di media): televisione nazionale, televisione via cavo, radio nazionali, radio locali, carta stampata, cinema, manifesti, punti vendita, internet. Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Restrizioni alla collocazione di prodotti alcolici |
| Definizione | Restrizioni legalmente in vigore sulla collocazione di prodotti alcolici in un dato paese. Per collocazione di prodotti si intende, ad esempio, la sponsorizzazione di produzioni televisive da parte degli operatori economici se le bevande alcoliche da loro prodotte vengono mostrate in queste produzioni. Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Restrizioni alla sponsorizzazione da parte dell'industria degli alcolici |
| Definizione | Restrizioni legalmente in vigore sulla sponsorizzazione da parte dell'industria delle bevande alcoliche di manifestazioni sportive o eventi per i giovani in un dato paese. Per sponsorizzazione si intende il supporto dato ad un evento finanziariamente o attraverso la fornitura di prodotti o servizi come identificazione del marchio e marketing. Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Restrizioni alla promozione della vendita di alcol |
| Definizione | Restrizioni legalmente in vigore sulla promozione della vendita di alcolici in un paese, ad esempio, produttori (feste ed eventi), rivenditori (compresi i supermercati), sotto forma di vendite sottocosto (ad esempio, due al prezzo di uno, happy hour), o proprietari di pub e bar (bevande alcoliche servite gratuitamente). Per promozione delle vendite si intendono le pratiche di marketing destinate ad agevolare l'acquisto di un prodotto |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Livello di restrizione alla sponsorizzazione dell'industria degli alcolici e promozione delle vendite di alcolici |
| Definizione | Divieto totale, parziale restrizione legale, accordo volontario / autoregolamentazione o nessuna restrizione alla sponsorizzazione di eventi sportivi e eventi giovanili da parte dell'industria delle bevande alcoliche e alla promozione delle vendite da parte dei produttori. Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. Per "Restrizione parziale legale" si intende una restrizione che si applica nel corso di determinate ore del giorno o in alcuni eventi, programmi, riviste, film, ecc. Per "Accordo volontario / autoregolamentazione" si intende che l'industria delle bevande alcoliche segua regole sue interne volontarie. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Livello di applicazione delle restrizioni alla pubblicità |
| Definizione | Livello di applicazione delle restrizioni alla pubblicità esistenti a livello nazionale, misurato dalle autorità nazionali di un paese come parte dell'Indagine Globale dell'OMS su alcol e salute sulla base di una scala di 11 punti, da 0 (non applicazione) a 10 (piena applicazione). La valutazione si può basare su informazioni (statistiche), opinioni di esperti o altri fattori. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Livello di applicazione delle restrizioni sulle sponsorizzazioni dell'industria delle bevande alcoliche |
| Definizione | Livello di applicazione delle restrizioni esistenti in materia di sponsorizzazione dell'industria delle bevande alcoliche a livello nazionale misurato dalle autorità nazionali di un paese come parte dell'Indagine Globale dell'OMS su alcol e salute su una scala di 11 punti, da 0 (non applicazione) a 10 (piena applicazione). La valutazione può basarsi su informazioni (statistiche), opinioni di esperti o altri fattori. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Livello di applicazione delle restrizioni in materia di promozione delle vendite delle bevande alcoliche |
| Definizione | Livello di applicazione delle restrizioni esistenti in materia di promozione delle vendite delle bevande alcoliche da parte dei produttori, rivenditori e proprietari di pub e bar a livello nazionale misurato dalle autorità nazionali di un paese come parte dell'Indagine Globale dell'OMS su alcol e salute su una scala di 11 punti, da 0 (non applicazione) a 10 (piena applicazione). La valutazione si può basare su informazioni (statistiche), opinioni di esperti o altri fattori. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Sanzioni per violazioni alla legislazione sulla pubblicità/ collocamento di prodotti |
| Definizione | Sanzioni per violazioni alla legislazione sulla pubblicità/ collocamento di prodotti |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Sanzioni per le violazioni alla legislazione sulla sponsorizzazione e di promozione delle vendite |
| Definizione | Sanzioni per le violazioni alla legislazione sulla sponsorizzazione e di promozione delle vendite. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Livello di restrizione alla pubblicità di bevande alcoliche / collocamento di prodotti |
| Definizione | <p>Esistenza di un divieto totale, una parziale restrizione legale, un accordo volontario o autoregolamentazione, o nessuna restrizione su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pubblicità televisiva sul servizio pubblico/nazionale • pubblicità televisiva sul servizio commerciale / privato • pubblicità radiofonica nazionale • pubblicità radiofonica locale • pubblicità su giornali / riviste • Pubblicità su cartelloni • pubblicità nei punti vendita • pubblicità cinematografica • pubblicità su internet • collocamento televisivo dei prodotti sul servizio pubblico/nazionale • collocamento televisivo dei prodotti sul servizio commerciale / privato. <p>Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. Per "Restrizione parziale legale" si intende la restrizione applicata nel corso di determinate ore del giorno o in alcuni eventi, programmi, riviste, film, ecc Per "Accordo volontario / autoregolamentazione" si intende l'applicazione da parte dell'industria delle bevande alcoliche di sue regole interne volontarie</p> |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

Indicatori sulle politiche dei prezzi

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Adeguamento delle accise sulle bevande alcoliche |
| Definizione | Adeguamento delle accise sulle bevande alcoliche sulla base dell'inflazione. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Accisa per ettolitro |
| Definizione | Accise medie sull'alcol per ettolitro di birra, vino e superalcolici (in €). |
| Tipo di presentazione dei dati | Numerico |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Bevande analcoliche a prezzi più bassi |
| Definizione | Requisito di vendita delle bevande analcoliche a prezzi inferiori. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Calcolo dell'accisa per volume / peso |
| Definizione | Utilizzo del volume / peso dell'alcol per calcolare l'accisa. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Imposta addizionale su prodotti specifici |
| Definizione | Imposta addizionale su prodotti specifici che esercitano una particolare attrattiva sui giovani consumatori (bibite alcoliche). |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Prezzo minimo |
| Definizione | Esistenza di un prezzo minimo per litro di alcol puro |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Divieto di vendita sottocosto e / o sconti sulle quantità |
| Definizione | Divieto di vendita sottocosto e / o sconti sulle quantità |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Livello di restrizione sulla promozione delle vendite |
| Definizione | <p>Esistenza di un divieto totale, una parziale restrizione legale, un accordo volontario o autoregolamentazione o nessuna restrizione su:</p> <ul style="list-style-type: none"> • promozione delle vendite da parte dei rivenditori, sotto forma di vendite sottocosto; • promozione delle vendite da parte di proprietari di pub e bar sotto forma di alcolici gratis. <p>Dati disaggregati per tipo di bevanda alcolica. Per "Restrizione parziale legale" si intende la restrizione applicata durante determinati orari del giorno o in alcuni eventi, programmi, riviste, film, ecc Per "Accordo volontario / autoregolamentazione" si intende l'applicazione da parte dell'industria delle bevande alcoliche di sue regole interne volontarie.</p> |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

Indicatori sulla riduzione delle conseguenze negative del bere e dell'ubriachezza

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Formazione del rivenditore |
| Definizione | Formazione del rivenditore su base regolare per il personale dei bar e il personale di eventi speciali, conferendo loro competenze e conoscenze sui danni dell'alcol e pratiche di vendita sicura. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Formazione del rivenditore richiesta dal sistema nazionale di concessione delle licenze |
| Definizione | Corsi di formazione organizzati a livello nazionale su base regolare come richiesto dal sistema nazionale delle licenze. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Incidenti stradali con presenza di alcol |
| Definizione | Incidenti stradali che coinvolgono una o più persone in stato di ebbrezza. Si includono gli incidenti con lesioni personali, mentre sono esclusi quelli con soli danni materiali. Definizione di incidente stradale secondo la Commissione per i trasporti interni della Commissione Economica per l'Europa (ECE) delle Nazioni Unite. Dal 2002, la fonte dei dati è la ECE, Statistiche degli incidenti stradali in Europa, ECE, Ginevra. Tasso per 100.000 abitanti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Incidenti stradali con presenza di consumo di alcol (guida sotto l'effetto dell'alcol) |
| Definizione | Numero di incidenti stradali in un dato paese in un determinato anno in cui il conducente di almeno una delle vetture coinvolte ha superato il limite alcolemico (BAC) consentito in quel paese, diviso per la popolazione totale. Tasso per 100.000 abitanti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Incidenti stradali con presenza di alcol, percentuale di tutti gli incidenti stradali |
| Definizione | Numero di incidenti stradali in un paese in un determinato anno in cui il conducente di almeno una delle vetture coinvolte ha superato il limite alcolemico (BAC) consentito in quel paese, diviso per il totale degli incidenti stradali. |
| Tipo di presentazione dei dati | Percentuale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Tasso di mortalità per incidenti stradali alcol-correlati |
| Definizione | Numero di decessi per incidenti stradali alcol correlati (in cui il conducente di almeno una delle vetture coinvolte ha superato il limite alcolemico (BAC) consentito in quel paese,) tra la popolazione totale nel corso di un anno civile, diviso per la popolazione totale. Tasso per 100.000 abitanti. Dati disaggregati per sesso. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Tasso di mortalità per tutte le forme di violenza |
| Definizione | Numero di decessi per violenza fisica tra la popolazione totale nel corso di un anno solare (ICD-10 codici X85-Y09, Y871), diviso per la popolazione residente a metà anno per lo stesso anno solare (Prospetti delle Nazioni Unite per la Popolazione Mondiale, variante media). Tasso per 100.000 abitanti. Dati disaggregati per sesso. |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Dimissioni ospedaliere, infortuni e intossicazione alcol-correlati |
| Definizione | Numero di persone con diagnosi di infortuni e intossicazione alcol-correlati trattati in ospedale e dimessi in un anno solare, diviso per la popolazione totale. Tasso per 100.000 abitanti |
| Tipo di presentazione dei dati | Tasso |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Etichette con avvertenze per la salute sulla pubblicità degli alcolici |
| Definizione | Presenza di etichette con avvertenze per la salute che informano sui pericoli associati all'uso del prodotto |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Etichette con avvertenze per la salute sui contenitori di bevande alcoliche |
| Definizione | Presenza di etichette con avvertenze per la salute e informazioni al consumatore circa i pericoli associati all'uso del prodotto |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Etichettatura dei prodotti alcolici |
| Definizione | Fornitura di etichette richieste per legge sui prodotti alcolici (contenuto in alcol e calorie, additivi, allergeni, ecc.) |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

Indicatori sulla riduzione dell'impatto sulla salute pubblica causato dalla produzione illegale e informale di prodotti alcolici

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Stime sul consumo non rilevato di alcol |
| Definizione | Disponibilità delle stime sul consumo non rilevato di bevande alcoliche a livello nazionale. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Tasse o accise sul contenitore delle bevande alcoliche |
| Definizione | Utilizzo di bolli per le accise sui contenitori di bevande alcoliche da parte delle dogane nazionali per indicare che l'accisa è stata pagata. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

Indicatori sul monitoraggio e la sorveglianza

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Sistema per il monitoraggio dei danni alcol-correlati |
| Definizione | Presenza di un sistema di monitoraggio dei danni alcol-correlati (mortalità alcol-correlata, morbidità alcol-correlata e conseguenze sociali alcol-correlate). |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Raccolta di dati sugli indicatori sanitari alcol-correlati |
| Definizione | Raccolta di dati sugli indicatori sanitari alcol-correlati (gli indicatori per quelle patologie direttamente o indirettamente connesse all'uso di alcol). |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Raccolta di dati sul consumo rilevato di alcol pro capite per gli adulti |
| Definizione | Raccolta di dati sul consumo rilevato di alcol pro capite annuale per gli adulti. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Stime sul consumo di alcol non rilevato |
| Definizione | Disponibilità di stime sul consumo non rilevato di bevande alcoliche a livello nazionale |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Indagine nazionale sui consumatori di alcolici nella popolazione generale. |
| Definizione | Indagini nazionali sui consumatori di bevande alcoliche nella popolazione generale. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Indagine nazionale sugli astemi |
| Definizione | Indagini nazionali sulle percentuali di astemi (ad esempio, tutta la vita, scorso anno) nella popolazione generale. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Indagine nazionale sul consumo episodico eccessivo di alcolici |
| Definizione | Le indagini nazionali sulle percentuali di consumo episodico eccessivo (binge drinking) tra gli adulti (dai 15 anni in su). Si definisce consumo episodico eccessivo/binge drinking il consumo di 60 + g di alcol puro in una sola occasione, una volta alla settimana o più spesso, nel corso degli ultimi 12 mesi. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Indagine nazionale sul consumo minorile di bevande alcoliche |
| Definizione | Indagini regolari per la raccolta di informazioni sul consumo di alcol tra bevitori minorenni (bambini al di sotto dell'età legale per poter consumare o comprare o ricevere alcolici) a livello nazionale. Esse includono le indagini sanitarie scolastiche e quelle sulla salute dei giovani che includono, ma non solo, la raccolta di dati sul consumo di alcol. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Indagine nazionale sui giovani adulti |
| Definizione | Indagini nazionali sul consumo di alcol tra i giovani adulti (di età compresa tra 18-25 anni). |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|---|
| Denominazione dell'Indicatore | Dati sull'alcol diffusi nel rapporto nazionale annuale |
| Definizione | Definizione dei dati sulle bevande alcoliche in una rapporto nazionale annuale. Per rapporto annuale nazionale si intende una relazione scritta pubblicata su base annuale da parte del governo che include le informazioni ed i dati sul consumo di alcol, sulla salute o sull'utilizzo dei servizi sociali, la disponibilità di risorse per i disturbi dovuti al consumo di alcol, gli aspetti economici o qualsiasi altra informazione importante legata al consumo di alcol . |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

| | |
|---------------------------------------|--|
| Denominazione dell'Indicatore | Argomenti analizzati nel rapporto nazionale annuale |
| Definizione | <p>Publicazione di un rapporto nazionale annuale da parte del governo che includa informazioni e dati sui seguenti argomenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • consumo minorile di alcolici • consumo di alcolici tra gli adulti • associazioni con le variabili socio-economiche • modelli geografici del consumo di alcolici • associazioni con l'uso di altre sostanze • conoscenza generale del pubblico in materia di alcol • consumo di alcol in gravidanza • brevi interventi del sistema di assistenza sanitaria • ricoveri ospedalieri / dimissioni ospedaliere alcol-correlati • decessi attribuibili all'alcol • guida sotto l'effetto dell'alcol e incidenti stradali alcol-correlati • disordine pubblico e criminalità alcol-correlati • spese per i danni legati all'alcol • accessibilità economica degli alcolici • disponibilità di alcolici • risposta politica. |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |
| Denominazione dell'Indicatore | Rapporto sui decessi attribuibili all'alcol |
| Definizione | Copertura dei decessi attribuibili all'alcol in un rapporto completo sulla situazione degli alcolici nel paese pubblicato su base regolare |
| Tipo di presentazione dei dati | Categoriale |

Checklist per la risposta politica

Leadership, consapevolezza e impegno

- Esiste un piano di azione nazionale per contrastare il consumo dannoso di alcol (sia da solo che come parte di un piano di sanità pubblica), rivisto, modificato e aggiornato nel corso degli ultimi cinque anni?
- Il piano di azione nazionale per contrastare il consumo dannoso di alcol o suo equivalente includono risultati e obiettivi di processo misurabili?
- Esistono valutazioni sull'impatto dell'alcol sulla salute disponibili al pubblico che monitorano su base regolare l'impatto delle politiche esistenti e di quelle previste da una vasta gamma di dipartimenti e settori governativi?
- Esistono meccanismi di coordinamento e congiunti per garantire la coerenza delle politiche sul consumo dannoso di alcol da una vasta gamma di dipartimenti e settori governativi?
- L'azione sul consumo dannoso di alcol è integrata all'azione su altre sostanze e stili di vita, tra cui l'attività fisica e l'obesità, la salute mentale e le malattie non trasmissibili?
- Nel corso degli ultimi 10 anni, vi sono stati commissioni parlamentari, recensioni o relazioni su alcol e danni alcol-correlati?
- Esiste un settore non governativo sull'alcol con risorse adeguate?
- Ci sono state indagini sulla conoscenza, le opinioni e gli atteggiamenti del pubblico rispetto all'alcol? Queste indagini sono state ripetute nel tempo per rilevare eventuali modifiche alle opinioni e atteggiamenti in relazione all'alcol?

- Sono state effettuate indagini sull'opinione pubblica circa le diverse misure politiche sul consumo di alcolici? Queste indagini sono state ripetute per rilevare eventuali modifiche delle opinioni nei confronti delle diverse politiche sul consumo di alcolici?
- Ci sono fondi pubblici destinati ai programmi di ricerca sull'alcol?
- I funzionari governativi responsabili della prevenzione e della gestione del consumo dannoso di alcol ricevono risorse adeguate?
- Sono state attuate e valutate delle campagne di informazione basate sull'educazione pubblica sul consumo responsabile di alcolici e sul consumo dannoso di alcol?

Risposta dei servizi sanitari

- Esistono linee guida cliniche e basate sulla pratica per i programmi di identificazione precoce ed intervento breve?
- Quale percentuale della popolazione è attualmente sottoposta a screening per problemi dovuti al consumo di alcolici?
- Qual è la percentuale di coloro per i quali è stato identificato un consumo rischioso o dannoso di alcolici che ricevono programmi di intervento breve?
- Esistono programmi di formazione per i medici di base in materia di identificazione precoce e intervento breve? Chi svolge l'identificazione precoce e l'intervento breve (ad esempio, i medici di famiglia e / o infermieri)?
- Esistono sistemi per il controllo della quantità e della qualità dei programmi di identificazione precoce ed intervento breve, in modo che se

ne possa analizzare e migliorare l'efficacia?

- Esistono programmi di trattamento per le persone che hanno disturbi causati dal consumo di alcolici e dalla dipendenza dall'alcol? Questi trattamenti sono basati sull'evidenza?
- Esistono sistemi per il monitoraggio della quantità e qualità dei programmi di trattamento per le persone che hanno disturbi causati dal consumo di alcolici e dalla dipendenza dall'alcol?
- Esiste un supporto finanziario per eseguire programmi di identificazione precoce ed intervento breve? Chi riceve supporto finanziario (ad esempio, i centri di assistenza sanitaria, medici di famiglia, operatori sanitari)?
- I servizi di ostetricia e ginecologia offrono informazioni e consigli alle donne in gravidanza sul consumo di alcol durante la gravidanza?
- I servizi sociali forniscono supporto ai familiari di persone che hanno problemi di alcol?

Azione sulla comunità e nei luoghi di lavoro

- Sono state fatte delle recensioni sui programmi esistenti per l'educazione al consumo di alcol per valutarne l'impatto e il potenziale di miglioramento?
- Sono state preparate e diffuse delle linee guida basate sull'evidenza concernenti il ruolo e la pratica di una educazione al consumo di alcol nelle scuole e per il pubblico?
- Esistono dei criteri per determinare quali programmi possono essere inclusi nei programmi scolastici?

- Ci sono state revisioni degli sforzi sul consumo di alcol nelle comunità, incluse raccomandazioni per una guida e consigli efficaci su come adattarli alle esigenze specifiche della comunità locale?
- Sono stati sviluppati dei programmi di formazione per supportare la creazione di capacità per l'attuazione di programmi comunitari efficaci sul consumo dannoso di alcol?
- Esiste la capacità di valutare e documentare i programmi comunitari sull'alcol che affrontano il problema del consumo dannoso di alcol, in modo che da questa esperienza si possano trarre delle lezioni per rafforzarli e migliorarli?
- È stata fatta qualche revisione dei programmi concernenti il consumo dannoso di alcol nei luoghi di lavoro?
- Esiste la capacità di valutare e documentare i programmi sui luoghi di lavoro che affrontano il consumo dannoso di alcol, in modo che in modo che da questa esperienza si possano trarre delle lezioni per rafforzarli e migliorarli?
- L'attuale legislazione nazionale sostiene e facilita le iniziative per contrastare il consumo di alcol sui luoghi di lavoro?
- La normativa nazionale vigente sostiene e facilita le iniziative comunitarie che riguardano il consumo dannoso di alcol?

Politiche e contromisure per la guida sotto l'effetto dell'alcol

- Esistono sufficienti sistemi di dati per monitorare incidenti e decessi causati dalla guida sotto l'effetto dell'alcol?
- Qual è l'attuale limite alcolemico massimo consentito per legge per la guida di veicoli? Quanto l'opinione pubblica e politica è pronta a ridurre questo limite?
- È possibile inserire alcune domande sugli atteggiamenti verso le politiche per la guida sotto l'effetto dell'alcol, le conoscenze dei limiti di tasso alcolemico (BAC) e dei comportamenti per la guida sotto l'effetto dell'alcol nei sondaggi di opinione e indagini svolti su base regolare?
- Tutte le scuole guida forniscono informazioni sui rischi della guida sotto l'effetto dell'alcol?
- Come viene attuata l'applicazione delle leggi sulla guida sotto l'effetto dell'alcol? Vengono utilizzati l'alcoltest e posti di blocco casuali?
- La polizia dispone di risorse adeguate per l'effettiva applicazione? Si possono utilizzare le multe per finanziare le attività di polizia?
- Quali sono le sanzioni per la guida sotto l'effetto dell'alcol?
- La polizia stradale è impegnata con le autorità nazionali o locali nell'organizzazione di attività e campagne congiunte per far diminuire la guida sotto l'effetto dell'alcol?
- Esiste un'efficace politica di sicurezza dei trasporti su strada che includa la questione dell'alcol alla guida di un veicolo nelle misure di sicurezza stradale volte a ridurre la gravità e il rischio di incidenti dovuti alla guida sotto l'effetto dell'alcol?

- Il settore sanitario ha la capacità di realizzare programmi di intervento breve per la guida sotto l'effetto dell'alcol e un trattamento per i guidatori recidivi della guida sotto l'effetto dell'alcol come richiesto dalla normativa in materia di guida?
- Ci sono delle campagne di educazione pubblica sulle conseguenze di un arresto per guida sotto l'effetto dell'alcol?

Disponibilità dell'alcol

- Esiste un sistema di licenze per la vendita degli alcolici? Gli attori di questo sistema a livello locale hanno potere sufficiente per decidere la densità dei punti vendita al dettaglio e gli orari di apertura in risposta a questioni locali e potenziali problemi?
- Ci sono opportunità di revisione a livello nazionale dei giorni e orari di vendita in modo che essi possano essere regolati per ridurre i danni alcol-correlati?
- Qual è attualmente l'età minima per la vendita di alcolici ai giovani? Quanta volontà pubblica e politica c'è di innalzare l'età minima?
- Come si fa l'applicazione dell'età minima?
- Se c'è un monopolio governativo per la vendita di alcolici al dettaglio, c'è qualche rischio che questo venga abolito? Quanto supporto pubblico e politico ha?

Marketing delle bevande alcoliche

Esistono dei quadri normativi o di co-regolamentazione per il contenuto e il volume del marketing di bevande alcoliche?

- Esistono dei quadri normativi o di co-regolamentazione per la promozione o sponsorizzazione da parte dell'industria che produce alcolici?
- Esistono dei quadri normativi o di co-regolamentazione per limitare o vietare le promozioni in relazione alle attività rivolte ai giovani?
- Esistono dei quadri normativi o di co-regolamentazione per la regolamentazione delle nuove forme di tecniche per il marketing degli alcolici, per esempio i media sociali?
- Ci sono state delle revisioni o documentazioni di comunicazioni commerciali e di sponsorizzazione di alcol che includono misure di autoregolamentazione da parte di organismi pubblici o organismi indipendenti?
- Esistono sistemi amministrativi e di deterrenza efficaci per le violazioni alle restrizioni sul marketing?
- Esiste un regolamento per il marketing diretto o indiretto su alcuni o tutti i media?

Politiche di prezzo

- In che modo è cambiata nel tempo l'accessibilità economica dell'alcol?
- Quanto è flessibile la tassazione su tutti i prodotti alcolici, per esempio per grammo di alcol?
- Quali informazioni sono disponibili sulla flessibilità dei prezzi di birra, vino e superalcolici?
- La regolamentazione esistente permette di fissare un prezzo minimo per l'alcol?

- In che misura le questioni transfrontaliere, o la produzione illegale o informale di alcol vincolano le modifiche fiscali?
- Ci sono restrizioni sulla vendita sottocosto o sconti in base al volume?

Ridurre le conseguenze negative del bere e della intossicazione da alcol

- Esiste un sistema di licenze per la vendita di bevande alcoliche?
- Le autorità che rilasciano le licenze hanno delle linee guida sugli esercizi di somministrazione da poter usare per il rilascio e il rinnovo delle licenze?
- Esistono programmi indipendenti accreditati per la formazione degli esercenti alle loro responsabilità giuridiche e pratiche che riducano il rischio di danno nei contesti in cui si consumano bevande alcoliche?
- Vengono fatti sforzi regolari per identificare gli esercizi associati a maggiori livelli di danni e violenza alcol-correlati?
- Le sanzioni per le violazioni delle leggi per le autorizzazioni sono sufficientemente severe, e includono la revoca della licenza? L'organismo di applicazione dispone di risorse sufficienti per eseguire controlli regolari? I funzionari che eseguono l'applicazione sono sufficientemente motivati a fare il loro lavoro?
- Gli interventi brevi ed i programmi di trattamento sono attuati regolarmente dai reparti di pronto soccorso alle persone che presentano lesioni alcol-correlate?
- Esistono dei regolamenti in materia di avvertenze per la salute e etichettatura dei prodotti, inclusi il contenuto di alcol e il contenuto calo-

rico (sistema simile a quello utilizzato in generale per l'etichettatura dei prodotti alimentari)?

- Esistono etichette e avvertenze chiare sui danni alcol-correlati?

Ridurre l'impatto sulla salute pubblica della produzione illegale e informale di alcolici

- Esistono informazioni sulla dimensione e la composizione del mercato degli alcolici non rilevati, incluse le stime del danno associato?
- Vengono usati bolli per indicare dove e quando è stato pagato il dazio?

Monitoraggio e sorveglianza

- I dati di routine su tutte le pertinenti questioni alcol-correlate sono immediatamente disponibili entro un termine ragionevole per monitorare l'attuazione del Piano d'Azione?
- I dati di routine sono coerenti e compatibili con le altre fonti internazionali di dati e sondaggi, compresi quelli dell'OMS, della Commissione Europea, della Health Behaviour in School-aged Children Survey (Indagine sui Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare) e del European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (Progetto Europeo di Indagini Scolastiche sull'Alcol e Altre droghe)?
- Le indagini esistenti includono le domande sull'alcol necessarie per ottenere i dati richiesti per il rapporto annuale sull'alcol?
- Tutte le altre indagini attinenti in corso includono domande attinenti a questo argomento?
- Le indagini sul consumo di alcolici vengono effettuate almeno ogni anno o sicuramente ogni due anni?

- Le indagini sul consumo di alcolici rilevano in maniera adeguata i gruppi svantaggiati e socialmente emarginati?
- Esistono dei meccanismi di coordinamento tra tutte le amministrazioni coinvolte per garantire la disponibilità di dati pertinenti?
- Tutti gli indicatori dell'OMS e della Commissione europea in materia di alcol vengono regolarmente raccolti e resi pubblici?

finito di stampare nel mese di aprile 2013
da De Vittoria srl Via degli Aurunci 19 Roma

Consulta anche i siti:
www.epicentro.iss.it/alcol
www.euro.who.int

info:
alcol@iss.it