

sociale
culture
giovani
correlata
rischio
supporto
intervento
screening
diagnosi
gruppo
Alcol Politiche
educazione
professionale
consulenza
comunicazione
presto
raccolta danno
diagnosi
consapevolezza
informazione
dipendenza
vulnerabile
culture medico
riduzione



Manuale di interventi per la riduzione del danno alcol-correlato

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



Manuale di interventi
per la riduzione
del danno alcol-correlato

SOMMARIO

Questo manuale è indirizzato principalmente a coloro che operano nei ministeri della salute o che sono responsabili, a livello regionale o locale, dello sviluppo di strategie e piani d'intervento volti a ridurre il danno alcol-correlato.

Il manuale evidenzia in apertura le infrastrutture necessarie per un valido piano di azione sull'alcol, per poi descrivere le 10 aree di azione fondamentali per un intervento efficace: il prezzo di vendita, la disponibilità, la commercializzazione (marketing), la produzione illegale e irregolare di alcolici, l'alcol e la guida, i contesti in cui si beve, gli interventi socio-sanitari, la sensibilizzazione pubblica, le azioni di comunità e gli interventi nei luoghi di lavoro, il monitoraggio e la valutazione delle azioni. Per ciascuna area, il manuale delinea le strategie specifiche, elenca una serie di questioni da prendere in considerazione, formula le opzioni di intervento, individua le collaborazioni necessarie e fornisce spunti bibliografici per l'individuazione di strumenti e materiali di supporto.

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2009 under the title “Handbook for action to reduce alcohol-related harm”.

Pubblicata in inglese dal WHO Regional Office for Europe nel 2009 con il titolo “Handbook for action to reduce alcohol-related harm”.

© World Health Organization 2009

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

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

© WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems, National Observatory on Alcohol, 2017

La versione italiana della presente pubblicazione dal titolo “Manuale di interventi per la riduzione del danno alcol-correlato” è stata curata da Emanuele Scafato, Claudia Gandin, Lucilla di Pasquale, Silvia Ghirini, Lucia Galluzzo e Sonia Martire del WHO Collaborating Centre for Research and Health Promotion on Alcohol and Alcohol-Related Health Problems e dell'Osservatorio Nazionale Alcol, Istituto Superiore di Sanità

Roma, aprile 2017

Indice

Ringraziamenti	9
Prefazione	10
Abbreviazioni	11
Introduzione	12
L'alcol in Europa	12
Destinatari del manuale	13
Come usare questo manuale	14
Bibliografia	15
Sviluppare ed implementare un piano di azione	16
Le infrastrutture necessarie per le politiche sull'alcol	16
Le finalità e gli obiettivi	16
La responsabilità	16
Le leggi e i regolamenti	17
Le barriere ad un efficace piano di azione sull'alcol	17
Il coordinamento	17
Il ruolo dei politici	17
L'industria dell'alcol	18
Le organizzazioni non governative	18
Scienza e ricerca	18
La conoscenza di base	19
Il monitoraggio e la sorveglianza	19
Le risorse professionali	19
La costruzione delle capacità (Capacity building)	19
Il finanziamento delle azioni	20
Bibliografia	20
Le 10 aree di azione per favorire il cambiamento	21
Stimare l'impatto delle diverse misure politiche	21
Bibliografia	25
Il prezzo di vendita delle bevande alcoliche	26
Background	26
Strategie	27
Questioni da prendere in considerazione	28
Possibilità di azione	29
Stakeholder	30
Bibliografia	31
La disponibilità	32
Background	32
Strategie	32
Questioni da prendere in considerazione	33
Possibilità di azione	33
Stakeholder	34
Bibliografia	34

La commercializzazione (marketing) delle bevande alcoliche	35
Background	35
Strategie	35
Questioni da prendere in considerazione	36
Possibilità di azione	37
Stakeholder	37
Bibliografia	39
La produzione illegale e irregolare di alcolici	40
Background	40
Strategie	40
Questioni da prendere in considerazione	41
Possibilità di azione	41
Stakeholder	41
Bibliografia	42
L'alcol e la guida	43
Background	43
Strategie	43
Questioni da prendere in considerazione	44
Possibilità di azione	45
Stakeholder	45
Bibliografia	45
I contesti in cui si beve	47
Background	47
Strategie	47
Questioni da prendere in considerazione	47
Possibilità di azione	48
Stakeholder	49
Bibliografia	49
Gli interventi sanitari	50
Background	50
Strategie	50
Questioni da prendere in considerazione	51
Possibilità di azione	52
Stakeholder	53
Bibliografia	53
La sensibilizzazione pubblica	55
Background	55
Strategie	55
Questioni da prendere in considerazione	56
Possibilità di azione	57
Stakeholder	57
Bibliografia	58
Gli interventi comunitari ed in ambito lavorativo	59
Background	59
Strategie	59

Questioni da prendere in considerazione	60
Possibilità di azione	61
Stakeholder	61
Bibliografia	62
Il monitoraggio e la valutazione delle azioni	63
Background	63
Strategie	63
Questioni da prendere in considerazione	65
Possibilità di azione	66
Stakeholder	66
Bibliografia	66

Ringraziamenti

L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) desidera ringraziare il Dott. Peter Anderson, Consulente in Salute Pubblica e Professore Ordinario, Università di Maastricht, Paesi Bassi, per la stesura del presente rapporto, ed i seguenti esperti per il loro valido contributo a questa pubblicazione.

Dr Joan Colom Farran, Direttore Programma sull'Abuso di Sostanze, Dipartimento della Salute, Governo della Catalogna, Barcellona, Spagna

Mrs Sandra B. van Ginneken, Responsabile delle Politiche su Alcol e Nutrizione, Dipartimento di Prevenzione e Protezione della Salute, Ministero Salute, Benessere Sociale e Sport, Paesi Bassi

Dr Antoni Gual, Divisione Alcol, Governo della Catalogna, Barcellona, Spagna

Ms Karin Nilsson Kelly, Ministero Salute e Affari Sociali, Svezia

Dr Jacek Moskalewicz, Dipartimento di Studi sull'Alcolismo e le Dipendenze da Droga, Istituto di Psichiatria e Neurologia, Varsavia, Polonia

Mr Esa Österberg, Centro Nazionale per la Ricerca e lo Sviluppo di Benessere Sociale e Salute, Gruppo di Ricerca su Alcol e Droga, Helsinki, Finlandia

Professor Valentino Patussi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Centro Alcolico Regionale (CAR), Firenze, Italia

Ms Maria Renström, Direttore Divisione Salute Pubblica, Ministero Salute e Affari Sociali, Svezia

Ms Lidia Segura, Direzione Generale Abuso di Sostanze e Aids, Dipartimento Salute e Sicurezza Sociale, Governo della Catalogna, Barcellona, Spagna

Professor Emanuele Scafato, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Roma, Italia

Dr Hana Sovinova, Istituto Nazionale di Salute Pubblica, Repubblica Ceca

L'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO è grato alla Commissione Europea ed al Ministero della Salute e degli Affari Sociali svedese per il sostegno finanziario alla stesura del presente manuale. La diffusione della versione originale in inglese della presente pubblicazione è stata programmata al fine di coincidere con la riunione di esperti dell'Unione Europea su *Alcohol and Health*, 21 settembre 2009, nel periodo di Presidenza Svedese dell'Unione Europea. Un ringraziamento speciale va all'Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol, Roma, Italia per aver ospitato un incontro editoriale.

Il manuale è stato curato dal Dott. Lars Møller, *Regional Adviser* Alcol e Droga, l'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO e dal Dott. Srdan Matic, Dirigente Sezione Ambiente e Malattie non Infettive, Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Prefazione

L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sta promuovendo da diversi anni un approccio basato sull'evidenza nelle politiche sull'alcol culminato nella *Framework* per le Politiche sull'Alcol nella regione Europea della WHO.

Da allora, la massa critica delle evidenze scientifiche per le politiche algologiche si è accresciuta, divenendo sempre più consistente e costruita sulla base di revisioni sistematiche e di meta-analisi. E' interessante puntualizzare che l'attuale base di evidenze conferma ed espande i precedenti risultati scientifici, senza alterare le conclusioni fondamentali della ricerca usata per la *Framework*.

Ogni Paese Europeo ha un piano di azione o una strategia sull'alcol. Tuttavia, la completezza di questi documenti e delle relative esperienze di implementazione varia da Paese a Paese, da regione a regione ed anche da comune a comune. Indipendentemente dalla completezza e dall'aderenza al proprio piano di azione sull'alcol, ogni nazione può comunque trarre vantaggio dalla revisione periodica, dall'aggiornamento, e dal rafforzamento delle singole misure adottate in ogni momento. Di conseguenza, questo manuale potrà tornare utile in qualche misura ad ognuno degli Stati Membri della Regione Europea della WHO.

Sebbene i differenti Paesi svilupperanno approcci differenziati in relazione al proprio specifico profilo epidemiologico, tutti potranno beneficiare di un'implementazione delle politiche qui delineate – politiche di provata efficacia nel ridurre il danno alcol-correlato. Tali politiche includono misure in tema di prezzo di vendita, disponibilità e marketing delle bevande alcoliche, politiche su alcol e guida e su programmi di identificazione precoce ed intervento breve per il consumo a rischio o dannoso di alcol.

Questo manuale si basa su una pubblicazione complementare dell'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO che rivede e riassume le più recenti evidenze sull'efficacia e il rapporto costi-benefici di differenti interventi di politiche sull'alcol. Il manuale è indirizzato principalmente a coloro che lavorano presso i ministeri della salute, che sono impegnati nella realizzazione di piani di azione e strategie sull'alcol a livello regionale o comunale, o che lavorano all'interno di altri settori istituzionali riguardanti la tassazione, la concessione di licenze, o le politiche di comunicazione commerciale.

Dott. Nata Menabde, Deputy Regional Director
Ufficio Regionale per l'Europa della WHO

Abbreviazioni

AUDIT	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (test per l'identificazione dei disturbi alcol-correlati)
BAC	<i>Blood Alcohol Concentration</i> (concentrazione alcolica nel sangue o tasso alcolemico)
CHOICE	<i>Choosing Interventions That Are Cost Effective</i> (progetto WHO sul rapporto costo-beneficio degli interventi sanitari, anche conosciuto come WHO-CHOICE)
DALY	<i>Disability-Adjusted Life Year</i> (anni di vita persi a causa della disabilità)
UE15	I 15 Paesi Membri dell'Unione Europea al maggio 2004 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna e Svezia)
I\$	Dollaro(i) Internazionale
ICD-10	<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i> (Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati), 10a edizione
ONG	Organizzazione Non Governativa
PHEPA	<i>Primary Health Care European Project on Alcohol</i> (progetto europeo di assistenza primaria sull'alcol)
QALY	<i>Quality-Adjusted Life Year</i> (anni di vita guadagnati vissuti in perfetta salute)
WHO	World Health Organization

Introduzione

L'alcol in Europa

Il danno alcol-correlato è attribuibile a due principali cause concomitanti: la quantità complessiva di alcol consumato nel corso della vita e la frequenza e la concentrazione di episodi di consumo eccessivo. Il 15% della popolazione adulta dell'Unione Europea (UE) consuma in media oltre 40 g alcol/giorno (maschi) o 20 g/giorno (femmine), livelli che nell'arco della vita portano il rischio di morte per cause alcol-correlate, rispettivamente a 4 su 100 e a 1 su 100. Circa 80 milioni di cittadini UE di età pari o superiore a 15 anni, corrispondenti ad oltre 1/5 della popolazione adulta, riferisce l'esperienza vissuta nel corso della settimana di almeno un episodio di consumo episodico eccessivo (definito come il consumo di almeno 5 bevande o 50 g di alcol in un'unica occasione). Una terza causa del consumo di alcol in grado di causare danni è l'assunzione di alcolici prodotti irregolarmente – definiti come bevande alcoliche di produzione domestica, illegale o di contrabbando, oppure surrogati dell'alcol non ufficialmente destinati ad uso umano – il cui consumo può portare a conseguenze serie per la salute, a causa di un contenuto di etanolo più elevato o della contaminazione con sostanze chimiche epatotossiche, come la cumarina, l'uretano e il dietilftalato.

Nell'ambito della Regione Europea della WHO, l'alcol è responsabile del 6,5% dei decessi (11% nei maschi e 1,8% nelle femmine) e dell'11,6% degli anni di vita persi a causa di disabilità o morte prematura (anni di vita persi per disabilità o DALY) (17,3% per i maschi e 4,4% per le femmine). In Europa si registrano enormi disparità sanitarie. Ad esempio, nella Federazione Russa, nel 2000 per un maschio di 15 anni la probabilità di morire prima dei 35 anni era pari al 10%, rispetto al 2% dell'Europa occidentale, e la probabilità di un individuo di 35 anni di morire prima di 55 anni era del 27%, contro il 6% dell'Europa occidentale. L'alcol è la principale causa di queste disuguaglianze di salute, essendo responsabile del 52% di tutti i decessi registrati in Russia nella classe di età 15-54 (59% nei maschi e 33% nelle femmine).

Nell'UE, l'alcol è il terzo fattore di rischio per malattia e morte prematura, dopo il fumo di tabacco e l'ipertensione. In Europa esiste un'enorme disparità sanitaria. Ad esempio, nel 2002 la differenza nella speranza di vita nei maschi di 20 anni tra i 15 Paesi Membri dell'UE prima del 2004 (UE15) ed i 3 Stati Baltici era di 9,8 anni. Nei maschi di età 20-64, circa il 25% della differenza nella speranza di vita dell'UE15 rispetto a quella dei 10 ex Paesi del blocco comunista poi entrati a far parte dell'UE era attribuibile all'alcol, in gran parte a causa delle differenze nelle modalità di consumo eccessivo episodico.

E' stato stimato che nel 2003 il costo economico totale dell'alcol nell'UE è pari a 125 miliardi di euro, corrispondenti all'1,3% del prodotto interno lordo. Di questa cifra, la spesa corrente per i problemi alcol-correlati ammonta a 66 miliardi di euro, di cui 22 miliardi relativi all'assistenza sanitaria e 44 alla criminalità. I rimanenti 59 miliardi di euro sono attribuibili alla mancata produttività dovuta ad assenteismo, disoccupazione e mortalità prematura.

A livello nazionale, esiste una correlazione molto stretta tra consumo alcolico pro-capite, prevalenza di danno alcol-correlato e alcol-dipendenza, ciò implica che all'aumentare del consumo aumenta anche il danno e la proporzione di soggetti con dipendenza da alcol, e viceversa.

L'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO ha una lunga storia di azioni sull'alcol, risultando il primo ufficio regionale che ha affrontato il problema. A livello politico, i suoi sforzi sono culminati in un Piano di Azione Europeo sull'Alcol, inizialmente adottato dagli Stati Membri nel 1992, integrato con la Carta Europea sull'Alcol del 1995 e aggiornato nel 2000. Nel 2006, i 53 Stati Membri hanno approvato la Framework Europea per le Politiche sull'Alcol, che fornisce la struttura di base per implementare il Piano di Azione Europeo sull'Alcol (Ufficio Regionale per l'Europa della WHO, 2006). Al contrario, la Commissione Europea si è occupata di alcol solo successivamente, promuovendo per la prima volta un impegno politico organico attraverso la sua Comunicazione sull'alcol del 2006 (da qui in poi denominata Comunicazione) (Commissione Europea, 2006).

L'adozione nel 2006 della *Framework* e della Comunicazione ha favorito una più stretta collaborazione tra le due organizzazioni che le hanno promosse, cioè l'Ufficio Regionale per l'Europa della WHO e la Commissione, al fine di supportare interventi sull'alcol negli Stati europei. Tale collaborazione ha portato, nel corso dello stesso anno, ad un progetto cofinanziato per coordinare l'implementazione della *Framework* e della Comunicazione progetto al quale contribuisce anche il presente manuale.

Destinatari del manuale

Questo manuale è indirizzato principalmente a coloro che lavorano presso i ministeri della salute o che sono responsabili a livello regionale o comunale, dello sviluppo di strategie e piani d'azione volti a ridurre il danno alcol-correlato. Inoltre, visto che il danno alcol-correlato investe molti altri aspetti della vita oltre a quello sanitario e che per ridurre tale danno sono necessari interventi multidisciplinari che coinvolgono diversi *Stakeholder*, questo manuale potrà essere utile anche a coloro che lavorano in altri settori. Questi settori includono coloro che sono responsabili delle politiche sul prezzo e della tassazione; della concessione delle licenze per la produzione, distribuzione e vendita di alcol; della regolamentazione e monitoraggio della comunicazione commerciale; dell'individuazione e messa al bando di alcolici prodotti o commercializzati illegalmente; della sicurezza stradale e delle politiche su alcol e guida; della promozione di interventi di identificazione precoce e intervento breve sul consumo rischioso o dannoso e della promozione del trattamento dei disturbi legati al consumo di alcol ed infine della raccolta e diffusione di dati su tali attività. L'eterogeneità di questo gruppo implica anche che quelli che hanno una responsabilità primaria del piano nazionale d'azione sull'alcol avranno bisogno di interagire e coordinare i loro sforzi con colleghi di altre istituzioni e organi di governo, alcuni dei quali potrebbero avere obiettivi e punti di vista diversi in merito alle politiche sull'alcol. Le responsabilità giurisdizionali per i diversi aspetti delle misure politiche sull'alcol variano da paese a paese.

Di conseguenza, i contenuti del manuale potranno essere rilevanti non solo per chi opera a livello nazionale, ma anche per chi è impegnato in ambito periferico, regionale o comunale. Anche in questo caso, ciò implica la necessità di comunicazione e coordinamento tra coloro che hanno una responsabilità primaria del piano nazionale d'azione sull'alcol e colleghi di vari livelli giurisdizionali per assicurare coesione ed integrazione tra i vari livelli e garantire una legislazione ed una regolamentazione nazionale che faciliti e non ostacoli l'azione a livello periferico.

Come usare questo manuale

Ogni paese europeo ha adottato un piano di azione o una strategia sull'alcol.

Tuttavia l'applicazione di tali piani e strategie non è omogenea, come diversa è l'esperienza di implementazione a livello nazionale, locale o comunale. Indipendentemente dall'applicazione e dal rigore del proprio piano di azione sull'alcol, ogni paese può comunque trarre beneficio dalla revisione periodica, dall'aggiornamento e dal rafforzamento delle misure adottate. E' auspicabile che questo manuale si riveli utile a ciascun Stato Membro Europeo. Ad esempio, i paesi con piani di intervento organici e bassi livelli di danno alcol-correlato possono utilizzarlo per calibrare gli attuali livelli di intervento, ottimizzandone l'impatto o adattandoli per affrontare nuovi problemi emergenti. Invece, i Paesi con alti livelli di danno alcol-correlato possono utilizzare il manuale per concentrarsi sulle azioni per ridurre il danno, ad esempio per potenziare gli interventi in tema di alcol e guida, per ridurre la disponibilità agli alcolici attraverso azioni comunitarie e concentrandosi su specifici target di consumatori. Inoltre, i paesi con alti livelli di cirrosi epatica attribuibile alla contaminazione da parte di alcolici prodotti informalmente, possono utilizzare il manuale per regolamentare tale produzione includendo l'adozione di linee guida per rendere più sicuri i processi di produzione.

Anche adottando approcci diversi e sulla base delle variazioni dei propri dati epidemiologici, ciascun Paese può trarre beneficio dall'implementazione degli interventi delineati in questo manuale, di provata efficacia nella riduzione del danno alcol-correlato incluse misure politiche sul prezzo di vendita, la disponibilità ed il marketing, interventi su alcol e guida e programmi sull'identificazione precoce e l'intervento breve sul consumo alcolico rischioso o dannoso.

La seconda sessione, descrive cosa è necessario per elaborare ed implementare un piano d'azione efficace, o una strategia, per ridurre il danno alcol-correlato. Nella terza sessione vengono esplorate le 10 principali aree di intervento per tale piano o strategia: per ciascuna di esse vengono descritte le strategie, le domande alle quali è necessario dare una risposta al momento della pianificazione, le opzioni di intervento, le collaborazioni necessarie e una breve bibliografia con strumenti e documenti di supporto.

Leggendo il manuale, è necessario che ciascun politico – decisore politico individui qual è il livello di intervento che maggiormente si adatti al proprio contesto politico e quali sono gli aspetti sui quali il piano di azione dovrebbe focalizzarsi, tenendo conto che il piano è tanto più efficace quanto più è completo, evitando la frammentazione.

Questo manuale si basa su due documenti, il primo analizza l'interazione reciproca tra la Comunicazione sull'alcol e la *Framework*, mentre il secondo prende in esame e riassume le più recenti evidenze in tema di efficacia e rapporto costi-benefici delle politiche sull'alcol (Anderson, 2009a, 2009b).

Bibliografia

Anderson P (2009a). *An analysis of the European Commission's 2006 communication on alcohol, and the European Framework for Alcohol Policy – and how they can inform guidelines for national action plans on alcohol*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Anderson P (2009b). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

European Commission (2006). *Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: an EU strategy to support member states in reducing alcohol related harm*. Luxembourg, European Communities (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_com_625_en.pdf)

WHO Regional Office for Europe (2006). *Framework for Alcohol Policy in the WHO European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf>)

Sviluppare ed implementare un piano di azione¹

Le infrastrutture necessarie per le politiche sull'alcol

Per rendere efficace un piano d'azione volto a ridurre il danno alcol-correlato, è necessario assicurarsi la piena disponibilità delle infrastrutture essenziali per l'elaborazione del piano d'azione, l'individuazione delle priorità, il monitoraggio e la sorveglianza, la ricerca e la valutazione, l'adeguamento delle risorse professionali, e la messa in pratica del programma. Nonostante alcuni progressi nella pianificazione delle infrastrutture di base per azioni sull'alcol, continua a registrarsi in molti Paesi Membri, sia nel settore pubblico che privato, la carenza di volontà politica e di investimenti, e continua a rappresentare una sfida l'acertamento che queste infrastrutture siano sufficientemente diffuse ed efficienti. È stato dimostrato che un buon sistema di infrastrutture può facilitare l'efficace implementazione di un piano d'azione sull'alcol, mentre la sua assenza può costituire un ostacolo. Impiegare efficacemente le infrastrutture esistenti, o crearne di nuove, può anche aiutare a superare l'ostacolo spesso rappresentato dai conflitti di interesse con il settore politico, commerciale, sanitario o accademico.

Le finalità e gli obiettivi

Lo scopo di un piano d'intervento nazionale sull'alcol è quello di stabilire priorità e guidare le azioni. Gli obiettivi sanitari nazionali possono essere utili per determinare le priorità, stabilire la necessità di nuovi interventi ed allocare le risorse. Tali obiettivi e priorità dovrebbero essere basati sull'evidenza epidemiologica, mentre la scelta di strategie ed interventi sull'evidenza scientifica. L'individuazione delle aree di interesse, o *target*, rende più specifici gli obiettivi, consentendo il monitoraggio dei progressi, e spesso ispirando altri partner a sostenere le iniziative politiche. I *target* devono basarsi sulla valutazione della situazione attuale e possono essere utili nel determinare le priorità d'intervento; focalizzare la discussione su cosa va perseguito e con quali finalità, e sul come perseguirlo efficacemente e perché; fornire un valido strumento di comunicazione, affrancando l'azione politica dai confini burocratici e rendendola facilmente comprensibile all'opinione pubblica; contribuire ad una migliore comprensione degli scopi di una misura politica da parte di tutti gli *Stakeholder*; rafforzare la loro responsabilizzazione nel perseguire il benessere collettivo; fornire la motivazione ad agire. La definizione del *target* può essere orientata al risultato (outcome-oriented), come ad esempio una determinata riduzione del consumo di alcol o del danno alcol-correlato, oppure orientata al processo (process-oriented), come l'identificazione e l'intervento su una data porzione di popolazione caratterizzata da consumo alcolico a rischio o dannoso.²

¹*Do infrastructures impact on alcohol policy making?* (Claudia König e Lidia Segura, 2009).

² Il consumo a rischio si riferisce a modelli di consumo alcolico che aumentano il rischio di provocare un danno alla salute del bevitore, mentre il consumo dannoso a modelli di consumo che hanno già provocato un danno alla salute fisica (es. attraverso la cirrosi epatica) o mentale (es. attraverso episodi depressivi).

La responsabilità

La responsabilità dell'impatto sanitario di interventi e programmi sull'alcol risiede in ogni settore della società, e non solo nei funzionari di governo che preparano materialmente i piani di intervento, allocano le risorse e danno il via all'iter normativo. Misure quali verifiche sulle politiche sull'alcol, cause legali per danni alla salute e l'accesso pubblico alle valutazioni sull'impatto sanitario possono far sì che sia il settore pubblico che il privato vengano responsabilizzati sugli effetti sanitari delle loro azioni riguardanti l'alcol. La responsabilità può essere incrementata attraverso meccanismi di coordinamento, monitoraggio e valutazione dei risultati conseguiti nell'implementazione dei piani di intervento, anche attraverso procedure di rendicontazione ad organismi elettivi e l'utilizzo dei mass media.

Le leggi e i regolamenti

Le leggi ed i regolamenti nazionali costituiscono la base normativa per le misure sull'alcol. Sebbene con priorità ed approcci diversi, leggi o regolamenti specifici sono stati introdotti in ogni Stato Membro. Il divario tra le reali evidenze alcol-correlate in un particolare paese e le misure adottate, è determinato dall'interazione tra gli attori coinvolti e dal modo di affrontare i conflitti politici. In definitiva, i provvedimenti legislativi possono avere successo solo se tutti gli organi di governo coinvolti ne supportano l'implementazione.

Le barriere ad un efficace piano di azione sull'alcol

A livello nazionale, la responsabilità esecutiva di elaborare ed implementare il piano d'azione sull'alcol, è solitamente ripartita tra vari organi e livelli istituzionali. I settori coinvolti possono includere quelli che si occupano di industria e commercio, agricoltura, occupazione, finanza e salute. Gli interessi e le priorità di questi diversi settori di governo sono spesso in conflitto riguardo alle politiche sull'alcol, e diversi possono anche essere i loro ambiti di esercizio del potere. Dal punto di vista della salute pubblica, le barriere più comuni alla realizzazione di un'efficace azione in tema di alcol sono rappresentate dalle priorità politiche ed economiche del libero mercato, dalla mancanza di vincoli nel marketing, dall'assenza di restrizioni nella disponibilità all'alcol, dalla percezione del governo dell'importanza economica dell'industria dell'alcol e dalla potenziale impopolarità di questo tipo di interventi. In molti Paesi europei in transizione dal punto di vista economico e politico, si è inoltre riscontrato come la mancanza di sostegno politico su questioni di salute pubblica e la deferenza nei confronti delle questioni finanziarie costituiscono una barriera all'azione sull'alcol.

Il coordinamento

L'attività di coordinamento è necessaria per assicurare che tutti i livelli istituzionali e tutti i settori e *stakeholder* vengano coinvolti nella politica sull'alcol. L'organo di coordinamento, quale ad esempio un consiglio, una consulta nazionale sull'alcol, dovrebbe prevedere la partecipazione di rappresentanti esperti dei ministeri e dei collaboratori coinvolti.

Il ruolo dei politici

I rappresentanti politici nazionali hanno l'autorità per regolamentare ed influenzare il contesto in cui l'alcol viene commercializzato. I politici hanno spesso un particolare interesse

nei confronti dell'alcol e tale interesse può variare in funzione del ruolo rivestito ma anche delle opinioni personali. I contatti con interlocutori esterni agli ambiti di governo come i rappresentanti dell'industria dell'alcol o le associazioni operanti in salute pubblica hanno la capacità di influenzare le opinioni dei politici su specifiche questioni riguardanti l'alcol e la realizzazione o il perfezionamento delle proposte politiche. Visto il ruolo e l'influenza fondamentale dei politici negli ambiti di discussione, è di cruciale importanza il loro supporto ai contenuti dei piani di intervento sull'alcol.

L'industria dell'alcol

L'industria dell'alcol è un gruppo di pressione che agisce a livello politico al fine di proteggere i propri interessi commerciali. I gruppi di pressione hanno capacità differenti nell'influenzare le azioni relative alle politiche sull'alcol ed alcuni di essi sono più potenti di altri. L'industria dell'alcol generalmente esercita un forte potere economico, politico ed organizzativo, soprattutto nei Paesi europei in transizione. Le diverse componenti del mondo dell'industria spesso costituiscono gruppi di pressione (*lobby*) e coalizioni per favorire gli interessi comuni, sebbene non sempre questi interessi convergano su proposte politiche condivise. Il profondo divario tra i risultati scientifici sugli effetti delle scelte politiche più efficaci sull'alcol e la forma che le politiche alcolologiche assumono è spesso attribuito al ruolo centrale e dominante che gli interessi commerciali esercitano sul processo decisionale delle politiche sull'alcol. Il coinvolgimento dell'industria degli alcolici può quindi rappresentare una delle principali barriere alla realizzazione di piani di azione sull'alcol orientati in una prospettiva di salute pubblica.

Le organizzazioni non governative

Una delle possibili azioni di contrasto al potere dell'industria degli alcolici è quella di fronteggiarla con altri gruppi di pressione, quali organizzazioni non governative con finalità di salute pubblica (ONG). Rispetto ai produttori, le ONG hanno però una minore possibilità di accesso ai *policy maker* e minori risorse politiche e finanziarie. In molti Paesi la difesa dei diritti di salute pubblica (*advocacy*) è debole o completamente assente. In numerose Nazioni in situazioni di transizione, fattori quali la debolezza della società civile e dell'opinione pubblica sono identificati come ostacoli alla riforma delle politiche sull'alcol. Le istituzioni che supportano politiche sull'alcol orientate in una prospettiva di salute pubblica comprendono le istituzioni indipendenti, finanziate con stanziamenti governativi, i programmi di compagnie assicurative, le organizzazioni ed i *network* con obiettivi specifici e le associazioni professionali.

Scienza e ricerca

Altri importanti elementi di supporto a una solida politica sull'alcol includono la scienza e le organizzazioni di ricerca che contribuiscono ad incrementare la base di conoscenza per un'azione efficace sull'alcol. La ricerca può identificare i problemi, valutare ed analizzare i programmi e le politiche e raccomandare strategie. Sfortunatamente esiste spesso una profonda contraddizione tra l'evidenza scientifica sull'efficacia delle misure politiche e le scelte politiche correnti che vengono prese in considerazione dai governi. La ricerca sembra esercitare una maggiore influenza nel determinare l'agenda politica e nel prendere

in considerazione politiche alternative, una minore influenza nell'apportare modifiche a bozze di legge e minimamente influente nel processo decisionale.

La conoscenza di base

Nonostante tutto, una buona base di conoscenza resta un prerequisito per un efficace piano d'azione sull'alcol, e dovrebbe includere dati sul consumo di alcol, sul danno alcol-correlato, sull'efficacia delle politiche e degli interventi sull'alcol fornendo elementi utili al fine di adottare decisioni razionali. Così come riscontrato in vari Paesi europei in situazioni di transizione, la carenza di tali dati può creare difficoltà per i difensori della salute pubblica intenti a persuadere sulla necessità di politiche globali sull'alcol. Appropriate capacità umane e istituzionali dovrebbero essere di conseguenza supportate quale preconditione per garantire le acquisizioni della ricerca.

Il monitoraggio e la sorveglianza

I dati di monitoraggio e di sorveglianza rappresentano una importante base per ogni fase nello sviluppo e nell'implementazione delle politiche, ad esempio nell'identificazione delle priorità. I sistemi di monitoraggio e sorveglianza sull'alcol sono necessari per individuare e rendere pubbliche le informazioni su dati di tendenza presenti e futuri, sull'efficacia delle misure politiche, sui fattori di rischio del danno alcol-correlato, sui gruppi vulnerabili di popolazione, sulle sfide istituzionali ed organizzative legate all'implementazione delle politiche, sulla modalità di gestione (*governance*), sui principali fattori contestuali, sul ruolo e sulle motivazioni dei principali attori, sulle preferenze degli utenti e dei consumatori, su ciò che facilita o ostacola il cambiamento, sui risultati e sulle riforme attuate in altri settori che possono comportare implicazioni per la politica sull'alcol. I sistemi informativi sono un elemento critico nella disseminazione delle conoscenze sull'alcol e devono essere resi accessibili ad una ampia gamma di attori che include i ricercatori, i professionisti della salute, i decisori politici ed i legislatori.

Le risorse professionali

Le risorse professionali impegnate nell'elaborazione e nell'implementazione della politica sull'alcol includono i medici di medicina generale, i legislatori ed i ricercatori. Occuparsi di politica sull'alcol richiede un elevato grado di conoscenza e perizia. La formazione richiede un livello di istruzione di tipo universitario e una formazione post-laurea incentrata sullo sviluppo di conoscenze e capacità pertinenti di salute pubblica e politiche sull'alcol.

La costruzione delle capacità (*Capacity building*)

In alcuni dei Paesi europei in transizione, l'efficacia degli interventi sull'alcol è stata vanificata da scarsa conoscenza e mancanza di informazione in materia di epidemiologia moderna, salute pubblica, promozione della salute, medicina basata sull'evidenza (*evidence-based medicine*) e di applicazione della ricerca in scienze sociali, ciò in parte attribuibile alla carenza di opportunità di formazione ed esperienza in materia di salute pubblica. Inoltre, per essere in grado di sostenere in maniera efficace negoziati con l'industria dell'alcol c'è la necessità di ulteriori interlocutori dotati di maggiori conoscenze,

di capacità di comunicazione e di tutela della *policy*. Per ovviare a queste carenze si rende necessario innalzare il livello di formazione.

Il finanziamento delle azioni

Infine, requisito essenziale per l'elaborazione e l'implementazione di un efficace piano sull'alcol è la disponibilità di fondi sufficienti, che costituisce l'elemento critico di ogni singolo aspetto dell'intervento. Le fonti di finanziamento possono comprendere stanziamenti governativi, donazioni da parte di organizzazioni senza fini di lucro e tasse di scopo.

Bibliografia

König C, Segura L (2009). *Do infrastructures impact on alcohol policy making?* Barcelona, Alcohol Public Health Research Alliance (AMPHORA).

Questo documento è disponibile contattando il progetto AMPHORA (www.amphoraproject.net).

Le 10 aree di azione per favorire il cambiamento

Le dieci aree di intervento sull'alcol:

1. Il prezzo di vendita delle bevande alcoliche
2. La disponibilità delle bevande alcoliche
3. La commercializzazione (*marketing*) delle bevande alcoliche
4. La produzione illegale e irregolare di alcolici
5. Alcol e guida
6. I contesti in cui si beve
7. Gli interventi socio-sanitari
8. La sensibilizzazione pubblica
9. Le azioni di comunità e gli interventi nei luoghi di lavoro
10. Il monitoraggio e la valutazione delle azioni.

Nei paragrafi relativi a ciascuna delle aree di intervento vengono trattati i seguenti argomenti:

- il background
- le strategie
- le questioni da prendere in considerazione
- le possibilità di azione
- gli *stakeholder* per l'azione
- la bibliografia per l'individuazione di strumenti e materiali di supporto.

Stimare l'impatto delle diverse misure politiche

Qual sarà l'impatto delle diverse misure politiche sull'alcol? Per stimare tale impatto vengono utilizzati 3 metodi: l'analisi costi-benefici (*cost-effectiveness analyses*), l'analisi del carico evitabile alcol-attribuibile (*avoidable-burden analyses*) e l'applicazione di modelli matematici.

Analisi costi-benefici. Una pubblicazione complementare al presente manuale dal titolo “*Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*” (WHO European Regional Office, 2009), descrive e riassume l'analisi dei costi-benefici di diversi tipi di intervento sull'alcol. Queste analisi calcolano il costo di implementazione delle politiche sull'alcol in dollari internazionali (I\$)³, stimandone l'impatto sugli anni di vita aggiustati per disabilità (DALY - *disability-adjusted life years*)⁴.

³ Un dollaro internazionale ha lo stesso potere d'acquisto del dollaro US negli Stati Uniti. E' un mezzo per rapportare e confrontare i costi nei vari Paesi utilizzando il dollaro statunitense come punto di riferimento.

⁴ L'WHO utilizza i DALY per stimare il numero di anni di vita in buono stato di salute persi a causa di un determinato fattore di rischio. Ad esempio, mentre un anno in buona salute ha un valore di 1.0 DALY ed un anno in caso di morte ha un valore di 0.0 DALY, ad un anno in cui il danno alla salute interferisce significativamente con la qualità della vita verrà attribuito un valore intermedio. I DALY misurano le differenze dello stato di salute tra lo status quo ed i cambiamenti che si possono ottenere con azioni politiche o modificando lo stile di vita.

Ciò rende possibile calcolare il costo in I\$ di ciascun intervento in rapporto al numero di DALY guadagnati. La Figura 1 mostra i risultati per le tre sotto-aree delle Regioni Europee della WHO, raggruppate secondo la seguente classificazione della WHO:

1. Eur-A (mortalità infantile e degli adulti molto bassa)
Andorra, Austria, Belgio, Cipro, Croazia, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Malta, Norvegia, Paesi Bassi, Portogallo, Principato di Monaco, Regno Unito, Repubblica Ceca, San Marino, Slovenia, Spagna, Svezia e Svizzera
2. Eur-B (mortalità infantile e degli adulti bassa)
Albania, Armenia, Azerbaigian, Bosnia e Erzegovina, Bulgaria, Georgia, Kirghizistan, Macedonia, Montenegro, Polonia, Romania, Serbia, Slovacchia, Tajikistan, Turchia, Turkmenistan e Uzbekistan
3. Eur-C (bassa mortalità infantile e alta mortalità degli adulti)
Bielorussia, Estonia, Kazakistan, Latvia, Lituania, Moldavia, Russia, Ucraina e Ungheria.

L'intervento breve, in termini di rapporto costi-benefici non è così favorevole come altri interventi a livello di popolazione di seguito riportati in quanto l'intervento breve richiede il contatto diretto con gli operatori ed i servizi del sistema sanitario; le azioni politiche e le misure per arginare la guida in stato di ebbrezza sono relativamente efficaci dal punto di vista del rapporto costi-benefici, soprattutto nei Paesi Eur-C; l'impatto della riduzione della vendita al dettaglio in determinati giorni della settimana e dell'introduzione del divieto globale di pubblicizzazione ha potenzialmente un ottimo rapporto costi-benefici, ma soltanto se queste misure vengono applicate contemporaneamente.

Per quanto riguarda le politiche sul prezzo di vendita, vi sono evidenze che il consumo di alcol è sensibile all'aumento del prezzo al dettaglio attraverso un incremento della tassazione. Un aumento del 20 o del 50% nella tassazione rappresenta un intervento con un alto rapporto costi-benefici nei Paesi con un'alta prevalenza di forti bevitori. L'effetto dell'incremento della tassazione sugli alcolici può essere però vanificato dall'aumento di produzione illegale, di evasione fiscale o di commercio illegale. Le azioni concertate per l'applicazione della tassazione, al fine di ridurre il consumo di bevande non registrate del 20-50%, rimangono comunque efficaci sebbene abbiano un costo stimato superiore del 50-100% rispetto a quello dell'incremento della tassazione.

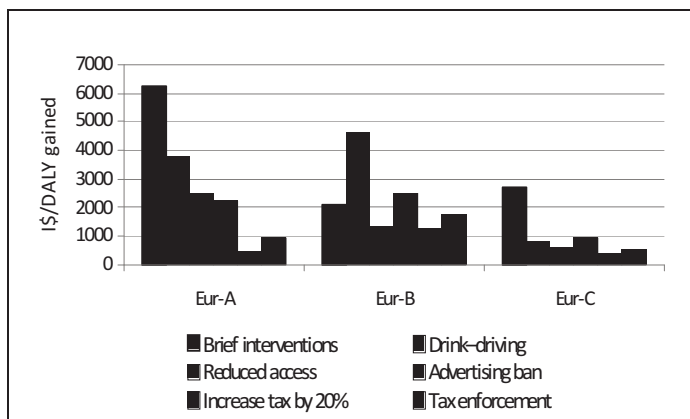


Fig. 1. Stima costi-benefici, in I\$/DALY guadagnati, per vari tipi di intervento sull'alcol in 3 sotto-aree Europee

DALY: anni di vita aggiustati per disabilità (*disability-adjusted life year*); I\$: dollaro internazionale. Per ulteriori informazioni su DALY, I\$, Eur-A, Eur-B and Eur-C si rimanda alla lettura del testo.

Note. Il rapporto costi-benefici è inversamente proporzionale all'altezza delle barre del grafico.

Analisi del carico evitabile alcol-attribuibile. Iniziative recenti tendono ad orientarsi verso lo studio del carico evitabile, ossia la stima del peso sanitario ed economico dell'alcol evitabile attraverso il potenziamento di misure politiche adeguate. La stima dei costi evitabili fornisce indicazioni circa i benefici economici potenzialmente a disposizione dell'intera popolazione qualora venissero destinate risorse a favore di politiche, strategie e programmi specifici. Queste stime, non solo forniscono valide informazioni di tipo economico da utilizzare per indirizzare più efficacemente l'allocazione di risorse, ma possono anche aiutare ad identificare le lacune informative, orientare gli obiettivi ed individuare strategie, politiche e programmi efficaci. Per calcolare i costi evitabili è necessario individuare uno scenario di riferimento, cioè una situazione a cui comparare le attuali condizioni. In ambito di politiche sull'alcol tale scenario dovrebbe descrivere la situazione dei disturbi alcol-correlati riscontrati nel caso in cui il consumo fosse ridotto al minimo livello possibile per quel determinato ambito sociale, il "minimo plausibile".

Uno studio Canadese (Rehm et al., 2008) ha analizzato gli effetti di sei diversi tipi di intervento al fine di stimare il carico evitabile alcol-attribuibile basato sia sui costi diretti dell'assistenza sanitaria e della criminalità, sia su quelli indiretti dovuti a perdita della produttività per disabilità o morte prematura. Gli interventi presi in esame comprendono: l'aumento della tassazione sull'alcol, la riduzione da 0,8 g/l a 0,5 g/l dei limiti legali di concentrazione alcolica nel sangue (BAC – *Blood Alcohol Concentration*) per i guidatori, la riduzione a zero dei limiti legali di BAC per i guidatori di età inferiore ai 21 anni, l'innalzamento dell'età di accesso legale all'alcol da 19 a 21 anni, l'introduzione di interventi per aumentare la sicurezza nei locali pubblici (*Safer Bars intervention*) e l'istituzione di interventi brevi di *counselling* comportamentale. Nel modello di studio veniva anche introdotta la privatizzazione del monopolio pubblico relativamente alla vendita di alcolici.

Utilizzando un approccio conservativo, gli autori dello studio hanno stimato che la combinazione delle sei misure politiche di intervento porterebbe in Canada (33 milioni di abitanti) ad un risparmio annuo di circa 1 miliardo di dollari canadesi (€650 al tasso di cambio di agosto 2009), rispetto al costo sociale effettivo dell'alcol in Canada di \$14,5 miliardi (€9,4 miliardi). Implementando tutti e sei gli interventi, il risparmio maggiore deriverebbe dalla riduzione della perdita di produttività, cioè oltre \$561 milioni (€364 milioni) pari al 58% del totale dei costi evitabili, seguito da un risparmio nell'assistenza sanitaria pari a \$230 milioni (€149 milioni) (24%) e da un risparmio nella lotta alla criminalità di \$178 milioni (€116 milioni) (18%). Gli interventi che ridurrebbero maggiormente il carico economico e di malattia sarebbero quelli combinati, cioè quelli che interessano diversi aspetti, quali ad esempio l'intervento breve (in grado di ridurre il consumo del 5-12%) e l'aumento della tassazione degli alcolici (che lo riduce del 2%). Inoltre, lo studio ha stimato che se le province canadesi privatizzassero la vendita degli alcolici, si registrerebbe un sostanziale incremento del carico di malattia (8-16%) e dei costi (6-12%).

Modelli matematici. In Inghilterra è stata finanziata una ricerca che estende l'analisi costi-benefici a modelli matematici che analizzano l'impatto di misure politiche in ambito non esclusivamente sanitario (Meier et al., 2008). Le stime ottenute suggeriscono che un incremento del 10% nel prezzo delle bevande alcoliche ridurrebbe il consumo del 4,4%, in media una riduzione di 5,5 grammi di alcol a settimana, con una flessione ancora più significativa, pari a 25 g a settimana, nei soggetti con consumo dannoso (definiti come maschi con un consumo superiore a 400 g di alcol a settimana, e superiore a 280 g/settimana per le femmine), rispetto alla riduzione di 4 g/settimana per i soggetti con consumo rischioso (definiti come maschi con un consumo di alcol non superiore a 168 g di alcol a settimana, e 112 g/settimana per le femmine). Secondo la ricerca, in Inghilterra (popolazione 51 milioni) il numero annuo di decessi scenderebbe di 232 unità nel corso del primo anno e di 1681 in 10 anni. Inoltre si stima una flessione dei ricoveri ospedalieri pari a 10.100 nel primo anno, con il raggiungimento dell'effetto definitivo dopo 10 anni ed una riduzione annua di 50.800 ricoveri. Lo studio prevede anche che un incremento del 10% del prezzo di vendita ridurrebbe il numero di crimini di 65.000 unità nel corso di un decennio, con un risparmio annuo nei costi diretti per la lotta alla criminalità pari a £70 milioni. In ambito lavorativo si stima che, in 10 anni, lo stesso intervento porterebbe a 12.800 disoccupati in meno e ad un risparmio di 310.000 giorni di malattia. La somma totale derivante da questo aumento di prezzo (nei 10 anni inseriti nel modello) ammonterebbe a £7,8 miliardi (considerata la svalutazione⁵). La scomposizione del valore stimato per il primo anno comprende: i risparmi a carico del Servizio Sanitario Nazionale (£43 milioni), il valore attribuibile al QALY (QALYs -*Quality-Adjusted Life Year*, che corrisponde alla misura degli anni in più vissuti in perfetta salute⁶ guadagnati attraverso il miglioramento dello stato di salute (£119 milioni), il risparmio nelle attività di lotta alla criminalità (£70 milioni), il valore dei QALY ottenuti attraverso la riduzione dei crimini £330 milioni). I

⁵ In fase di analisi è stata considerata una svalutazione annuale del 3,5%, seguendo lo standard adottato dal Ministero della Salute inglese; il che implica un decremento nel valore della somma attuale rispetto a quella futura.

⁶ QALYs e DALYs sono misure simili, utilizzate nel calcolo del carico di malattia.

costi diretti attribuibili ai singoli consumatori variano in modo consistente a seconda del tipo di consumo. La cifra generale è £33 a bevitore per anno, oscillante tra £116 l'anno per il consumo dannoso e £17 per il consumo rischioso. L'effetto "in portafoglio" in caso di assenza di cambiamento nelle abitudini di consumo è stato stimato in £223 l'anno per i soggetti con consumo dannoso e in £26 per quelli con consumo rischioso.

In Inghilterra, il 59% degli alcolici in vendita in negozi, supermercati, ecc. (*off trade*) e il 14% di quelli in vendita al minuto nei bar e ristoranti (*on trade*) hanno un prezzo < a 5 pence (£0,05) al grammo di alcol. La ricerca suddetta stima che fissare un prezzo minimo di vendita di 5 pence/grammo comporterebbe una riduzione del consumo complessivo pari al 2,6% (3,4 g a settimana), con effetti estremamente più evidenti per i consumatori dannosi (25 g/settimana) che tra quelli con consumo rischioso (0,01 g/settimana). Si stima un decremento nel numero di decessi per anno, 157 nel primo anno, 1381 a 10 anni. I ricoveri ospedalieri annui si ridurrebbero di 6.300 nel primo anno, 40.800 a 10 anni. Tale intervento porterebbe anche ad una flessione nel numero di crimini (16.000 in 10 anni). Nello stesso periodo, lo studio prevede una riduzione di 12.400 disoccupati e 100.000 giorni di malattia. La ricerca stima che il valore attribuibibile a questa riduzione del danno ammonterebbe a £5,4 miliardi in 10 anni. La stima del valore di questa misura politica sul prezzo minimo per il primo anno comprende: i risparmi a carico del Servizio Sanitario Nazionale (£25 milioni), il valore dei QALY guadagnati attraverso il miglioramento dello stato di salute (£63 milioni), la riduzione di spesa per la lotta alla criminalità (£17 milioni), il valore dei QALY guadagnati grazie alla riduzione dei crimini (£21 milioni) ed i benefici legati all'ambito lavorativo (£312 milioni). Anche in questo caso l'impatto dei costi di questa misura sui singoli consumatori varia a seconda del consumo. In generale ammonterebbe a £22 l'anno, oscillando tra £106 per i soggetti con consumo dannoso e £6 per quelli con consumo rischioso. L'assenza di cambiamento nel consumo comporterebbe ai soggetti con consumo dannoso una spesa aggiuntiva stimata in £138 l'anno, e in £6 per quelli con consumo rischioso.

Bibliografia

Meier P et al. (2008). *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: Part B. Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield Alcohol Policy Model Version 2008* (1-1). London, England Department of Health (<http://www.drugsandalcohol.ie/11602/>).

Descrive la metodologia di studi applicando modelli matematici con i risultati dell'impatto socio-sanitario di una gamma di interventi sul prezzo adottati in Inghilterra.

Rehm J et al. *Avoidable cost of alcohol abuse in Canada 2002*. Toronto, Centre for Addiction and Mental Health, 2008

(http://www.camh.net/News_events/News_releases_and_media_advisories_and_backgrounders/Avoidable%20Cost%20of%20Alcohol%20Final%20Report_March20_08.pdf) Descrive nel dettaglio i metodi per intraprendere studi sui costi evitabili, riportando anche i risultati per il Canada.

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. (www.euro.who.int/document/E92823.pdf).

Descrive e sintetizza i risultati delle analisi dei costi-benefici degli interventi sull'alcol in Europa.

Il prezzo di vendita delle bevande alcoliche

Background

Fra tutte le misure politiche intraprese per contrastare l'alcol, l'evidenza più forte è quella dell'impatto del prezzo dell'alcol sul consumo e sul danno alcol-correlato. Uno studio effettuato nel periodo 1996-2004 aveva già mostrato che la disponibilità a pagare per l'alcol, l'accessibilità economica – una misura composta che considera sia il prezzo relativo dell'alcol che il reddito individuale – aumentava in 19 dei 20 stati membri dell'Unione Europea, ad eccezione dell'Italia (*Rabinovich et al., 2009*). Paragonato ad altri prodotti, l'alcol è diventato relativamente più economico e, almeno fino alla flessione economica iniziata nel 2007, i residenti dell'UE percepivano un reddito maggiore da poter spendere anche per l'alcol. Uno dei fattori che ha contribuito alla riduzione del prezzo dell'alcol è stato l'introduzione del mercato unico per l'alcol nell'UE, con un'importante concorrenza nella tassazione fra i vari paesi, che ha portato di conseguenza a ridurre la sua tassazione rispetto a quanto era stabilito localmente. Tuttavia, gli stati membri dell'UE hanno sottoutilizzato il valore della tassazione sull'alcol, strumento che invece ha un grosso potenziale per migliorare la salute pubblica, aumentando le entrate e bilanciando i costi del consumo di alcol, inclusi i costi sociali e i danni diretti ai non bevitori.

La impopolarità politica di aumentare la tassazione può essere spiegata attraverso una serie di fattori .

- L'aumento della tassazione non necessariamente si traduce in un aumento del prezzo. I produttori di alcol e i rivenditori, in particolar modo le grandi catene dei supermercati, spesso bilanciano l'aumentata tassazione con la riduzione del prezzo. Un modo per controllare questa situazione è introdurre un prezzo minimo legale per grammo di alcol.
- E' stato talvolta affermato che coloro che bevono in modo moderato sono penalizzati dall'aumentata tassazione. Tuttavia, l'aumento della tassazione o l'introduzione del prezzo minimo legale difficilmente andrebbe ad influire sul consumo di alcol e sulla spesa di chi beve moderatamente. Peraltro, dal momento che nessun livello di consumo è completamente privo di rischi, vi è comunque un beneficio per la salute se chi beve moderatamente consuma ancor meno. La diminuzione dei danni che i bevitori provocano agli altri beneficerà anche coloro che bevono moderatamente.
- E' stato anche sostenuto che un'aumentata tassazione causa la perdita di posti di lavoro. In realtà, gli effetti a lungo termine dell'aumentata tassazione in rapporto al lavoro sono probabilmente neutrali, semmai con meno disoccupazione, sebbene con piccole variazioni a breve termine che potrebbero verificarsi nel settore lavorativo. Inoltre, la perdita di lavoro nel campo della produzione di bevande alcoliche è stata in gran parte causata dal passaggio da una produzione ad intenso lavoro manuale ad una ad elevato impiego di capitale ("*labour-intensive production*", "*capital-intensive production*").
- Contrariamente alle evidenze, due terzi dei cittadini dell'UE ritengono che l'aumento del prezzo dell'alcol non sia in grado di scoraggiare il consumo tra i giovani e i forti bevitori: ciò suggerisce che concentrare l'attenzione sull'accessibilità dell'alcol nelle campagne di sensibilizzazione pubbliche permetterebbe di ottenere un maggior consenso dell'opinione pubblica rispetto al tema dell'aumentata tassazione dell'alcol.

Strategie

Uno dei principali determinanti del consumo di alcol e del danno alcol-correlato è l'accessibilità dell'alcol, una misura composta dal prezzo relativo dell'alcol rispetto ad altri beni e dal reddito. Più l'alcol è accessibile –per via del prezzo più basso, o per via del reddito disponibile – più viene consumato e maggiore è il danno alcol-correlato. Per tutelare la salute pubblica, la tassazione dell'alcol andrebbe regolata in modo che l'alcol non sia facilmente accessibile.

Qualora il governo intendesse ridurre il costo del danno alcol-correlato, dovrebbe ricorrere all'aumento della tassazione in modo da rendere l'alcol meno accessibile. I dati a livello nazionale possono essere usati per stimare di quanto si dovrebbe aumentare la tassazione per le varie categorie di bevande, con lo scopo di realizzare il cambiamento desiderato. Queste proiezioni possono essere integrate con modelli economici standard, per stimare l'impatto potenziale di tali cambiamenti sia sulla salute che sul costo economico, sui crimini e sulla produttività.

Numerose sono le evidenze a favore del fatto che tutte le bevande alcoliche, incluso il vino, dovrebbero essere tassate in proporzione al loro contenuto di alcol (sebbene gli stati membri dell'UE potrebbero avere necessità di assicurare il rispetto delle direttive europee sulle imposte di fabbricazione dell'alcol). Questo tipo di tassazione riconosce che il danno alcol-correlato aumenta all'aumentare della quantità di alcol consumata. La tassazione sull'alcol viene talora vista come una misura repressiva che colpisce più il povero che il ricco: quest'ultimo concetto sebbene potrebbe essere corretto, è altresì importante notare che anche il povero si carica di un più alto costo del danno alcol-correlato rispetto al ricco, e che la tassazione sull'alcol di conseguenza aiuta a ridurre le disegualianze di salute.

Come precedentemente evidenziato, l'aumento della tassazione non si riflette necessariamente sul prezzo più elevato, poichè i produttori, i distributori e i rivenditori possono scegliere di aggiustare il prezzo per compensare la tassazione più elevata, alcune volte anche con la vendita sotto costo delle bevande alcoliche. Ciò può essere impedito fissando un prezzo minimo legale di vendita per grammo di alcol. Inoltre, i modelli possono aiutare a stimare l'impatto di diversi prezzi minimi dell'alcol sul costo della salute e su quello economico, sui crimini causati dall'alcol e sulla produttività, come è stato per lo studio effettuato nel Regno Unito.

L'esistenza di un consistente commercio illegale e irregolare di alcol può rendere anche più difficili le politiche da intraprendere sulla tassazione dell'alcol. In alcune circostanze, l'aumento della tassazione dovrebbe essere accompagnato da azioni da parte del governo per controllare il mercato, per esempio attraverso politiche di tassazione che sminuiscano le immagini delle bevande alcoliche culturalmente preferite e considerate più attraenti. I bolli d'imposta possono essere anche introdotti per dimostrare che la tassa è stata pagata su prodotti irregolari.

Il commercio di frontiera può anche rendere difficili le considerazioni sulle misure intraprese di tassazione sull'alcol. Tuttavia, è importante notare che diminuire la tassazione

non necessariamente risolve le questioni inerenti il commercio di frontiera. Per esempio, la Finlandia che è entrata a far parte dell'UE nel 1995, entro il 2003 doveva abolire le sue restrizioni sull'importazione di alcol. Dopo tale data, ci si aspettava che l'importazione di alcol sarebbe fortemente aumentata, non solo perché venivano aperte le frontiere, ma anche perché la vicina nazione, l'Estonia, con i suoi prezzi più bassi sull'alcol era in lista per entrare a far parte dell'UE nel 2004. Il governo Finlandese decise perciò, nel marzo del 2004, di diminuire la tassazione sull'alcol circa del 33%. Il consumo totale di alcol pro-capite aumentò del 10%, da 9.4 litri nel 2003 a 10.3 litri nel 2004. Il consumo registrato aumentò del 6.5% (da 7.7 litri a 8.2 litri pro-capite), mentre quello non registrato – e quindi non tassato – aumentò di circa il 25% (da 1.7 litri a 2.1 pro-capite). Mentre l'impatto sulla salute dovuto all'entrata dell'Estonia non fu significativo per la Finlandia, l'impatto sulla salute dovuto alle riduzioni della tassazione sull'alcol invece lo furono, mostrando un aumento del 17% delle morti causate dall'alcol in una settimana, con la maggior parte delle morti avvenute fra le persone più povere. Anche le entrate provenienti dalla tassazione giunsero al 17%. Infine, nel 2008, la Finlandia aumentò nuovamente la tassazione sull'alcol.

Questioni da prendere in considerazione

- 1. Come è cambiata nel tempo l'accessibilità dell'alcol?** Questo dato può essere calcolato prendendo in considerazione la media del reddito disponibile sul prezzo dell'alcol secondo la formula:

$$\text{accessibilità} = \text{reddito disponibile} / \text{costo relativo dell'alcol} * 100.$$
 Per maggiori informazioni sul calcolo si rimanda alla consultazione del rapporto RAND (*Rabinovich et al., 2009*).
- 2. Nelle politiche di tassazione si tiene conto della salute pubblica?** In genere le tasse vengono istituite per guadagnare entrate più che per migliorare la salute pubblica.
- 3. E' possibile tassare tutti i prodotti alcolici, ad esempio, per grammo di alcol?** In molti paesi, la tassa d'imposta sul vino è zero, anche se questo è un prodotto alcolico che può causare danni. In alcuni paesi la tassazione sui superalcolici è più elevata per la maggiore concentrazione di alcol, in altri la tassazione è più elevata per quelle bevande particolarmente allettanti per i giovani, quali ad esempio alcopops e prodotti simili. Tali prodotti possono anche essere tassati in base al contenuto di alcol.
- 4. Quali sono le informazioni disponibili sull'elasticità⁷ del prezzo della birra, del vino e dei superalcolici?** L'elasticità permette di stimare l'impatto di cambiamenti nella tassazione per specifiche categorie di bevande. Normalmente, l'elasticità è minore per i tipi di bevande alcoliche maggiormente consumate.
- 5. Esistono stime nazionali di costo-efficacia delle politiche sull'alcol?** Il progetto "Choosing Intervention Cost Effective" (CHOISE - WHO), ha fornito alcune stime

⁷ Gli economisti usano il termine "elasticità" per misurare quanto il consumo di un prodotto si modifica se il suo prezzo cambia. Si dice che l'alcol ha un prezzo-elastico quando il cambiamento percentuale della quantità di alcol consumato è maggiore rispetto al cambiamento percentuale del prezzo, mentre l'alcol ha un prezzo-non elastico quando il cambiamento del consumo di alcol è minore del cambiamento del prezzo. Un'elasticità di -1.2, per esempio, significa che un aumento del 10% nel prezzo dell'alcol potrebbe condurre a un 12% di ribasso nel consumo, una situazione che potrebbe essere descritta come prezzo-elastico. Prezzo-non elastico non significa che il prezzo non incide sul consumo; significa solo che il cambiamento in proporzione al consumo è minore rispetto al cambiamento del prezzo.

per tre sub-regioni dell'UE. E' stato stimato il costo di variazioni di tassazione e di tassazione di prodotti precedentemente non tassati, gli effetti sulla salute e quelli sulla mortalità dell'aumentata tassazione. Il modello ha evidenziato che, tra tutte le misure politiche di contrasto esaminate, l'aumento della tassazione ha dimostrato essere la misura migliore, in termini di costo-efficacia, nel ridurre i costi sanitari alcol-correlati.

- 6. Esistono modelli sull'impatto potenziale della tassazione delle bevande alcoliche sui costi sanitari e sociali?** Per le variazioni di tassazione è utile disporre di informazioni sull'impatto dell'alcol non solo sulla salute, ma anche sulla mortalità, i ricoveri ospedalieri, i reati, la produttività. L'Università di Sheffield, Regno Unito ha sviluppato il miglior modello per stimare l'impatto complessivo della tassazione sull'alcol, comprendendo anche l'impatto su diversi gruppi di popolazione, considerando sia i consumatori di moderate quantità che quelli pesanti (*Meier et al., 2008*).
- 7. Le normative vigenti permettono di stabilire un prezzo minimo per l'alcol?** I paesi che considerano veramente questa possibilità ritengono che non vi siano impedimenti legali o imprenditoriali per tale azione.
- 8. Esistono modelli sull'impatto del prezzo minimo dell'alcol sui costi socio-sanitari?** I modelli esistenti hanno dimostrato che il prezzo minimo riduce l'impatto dell'alcol sulla salute, non incide particolarmente sul potere d'acquisto di coloro che consumano piccole quantità di alcol.
- 9. In che misura il contrabbando, la produzione illegale o irregolare di alcol influiscono sulle misure di tassazione?**
L'evidenza mostra che diminuire la tassazione sull'alcol in un paese che lo importa (ossia un paese in cui i residenti comprano l'alcol all'estero) non risolve il problema del contrabbando. Per controllare i prodotti illegali è preferibile potenziare la legislazione sulla produzione che non diminuire la tassazione.
- 10. Cosa pensa l'opinione pubblica della politica di tassazione dell'alcol?** L'indagine Eurobarometer condotta nel 2006 non ha chiesto se il pubblico era favorevole o meno all'aumentata tassazione quanto piuttosto se il pubblico pensava che tale aumento avrebbe interessato i forti bevitori (*TNS Opinion and Social, 2007*). I due terzi dei rispondenti all'indagine erano dell'opinione che il prezzo più alto non avrebbe scoraggiato i forti bevitori o i giovani dal consumare alcolici. Dal momento che tale opinione è contraddetta dall'evidenza, per far sì che la tassazione sull'alcol aumenti è necessario il sostegno dell'opinione pubblica.

Possibilità di azione

- **Mantenere lo status quo e non cambiare la tassazione.** Nella maggior parte dei paesi questa scelta renderebbe l'alcol più accessibile, e si verificherebbe quindi un aumento sia del consumo che della mortalità alcol-correlata, a cui aggiungere una minore produttività lavorativa, un maggior numero di decessi, di ospedalizzazioni e di reati. Questo inoltre porterebbe anche ad aumentare le disuguaglianze in termini di salute nella popolazione.
- **Aumentare la tassazione.** I dati sull'elasticità e sul reddito dovrebbero guidare le misure rivolte all'aumento della tassazione che per essere efficaci dovrebbero rendere l'alcol meno accessibile all'acquisto e dovrebbero tener conto dei cambiamenti dei sa-

lari e del prezzo relativo di altri prodotti.

- **Istituire una tassazione comune per grammo di alcol per tutte le bevande alcoliche.** In alcuni paesi questo tipo di azione significherebbe tassare i prodotti vinicoli, il che comporta alcune difficoltà politiche. Al posto di una tassazione comune, alcuni paesi preferiscono tassazioni differenti sulla base della concentrazione di alcol delle bevande.
- **Aumentare la tassazione per quei prodotti che maggiormente attraggono i giovani consumatori.** Alcuni paesi hanno istituito tali tassazioni per gli alcolpops e bevande simili.
- **Stabilire un prezzo minimo per grammo di alcol.** Ciò assicura i cambiamenti desiderati rispetto al prezzo al dettaglio e all'accessibilità dell'alcol che la sola riduzione del prezzo potrebbe non assicurare.

Stakeholder

- Il ministero delle finanze è il primo ad essere coinvolto in tale azione (contro l'alcol) in quanto ne stabilisce i costi. Tale ministero potrebbe fornire le stime ricavate dall'oscillazione dell'elasticità del prezzo dell'alcol, determinare, in diversi gruppi di popolazione, la variazione di consumo con la tassazione, la mortalità, l'ospedalizzazione, i reati e la produttività.
- Altri importanti *stakeholder* sono quei ministeri e dipartimenti di governo responsabili della riscossione delle imposte e quelli che effettuano il controllo dei prodotti di contrabbando e dei prodotti alcolici irregolari, non a norma di legge. Questi potrebbero controllare eventuali conseguenze negative sulle variazioni di tassazione e istituire tassazioni per quelle bevande alcoliche ancora non tassate.
- In genere i produttori e i rivenditori di alcol vengono interpellati quando si ha intenzione di modificare la tassazione sull'alcol. Tuttavia, l'industria tende ad affermare che l'aumento della tassazione non riduce il danno alcol-correlato nonostante l'evidenza mostri il contrario. Alcuni settori dell'industria potrebbero essere a favore di misure sul prezzo minimo; ad esempio, il settore addetto alla somministrazione potrebbe supportare tali misure come strumento di riduzione della competitività sui prezzi adottata dal settore di vendita (supermercati).

Bibliografia

Meier P et al. (2008). *Independent review of the effects of alcohol pricing and promotion: Part B. Modelling the potential impact of pricing and promotion policies for alcohol in England: results from the Sheffield Alcohol Policy*. London, England, Dept of Health at <http://www.drugsandalcohol.ie/11602/>).

I ricercatori dell'Università di Sheffield hanno costruito un modello per studiare l'impatto del prezzo dell'alcol per il dipartimento della salute Inglese considerando l'aumento della tassazione, il prezzo minimo legale sul consumo, la mortalità, l'ospedalizzazione, i reati la produttività, fornendo stime separate per diversi livelli di consumo.

Rabinovich L et al. (2009). *The affordability of alcoholic beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Cambridge, UK, RAND Corporation (http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689).

Il rapporto RAND per la CE sull'accessibilità delle bevande nell'UE illustra come calcolare l'accessibilità dell'alcol e le variazioni in Europa, l'impatto sul consumo di alcol (e suoi cambiamenti) su alcuni indicatori di danno alcol-correlato. Include 3 studi sul consumo di contrabbando.

TNS Opinion and Social (2007). *Attitudes towards alcohol. Luxembourg, European Commission. Special Eurobarometer 272b*; (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_272b_en.pdf).

WHO (2009a). *WHO-CHOICE interventions: hazardous alcohol use*. Geneva, WHO (<http://www.who.int/entity/choice/interventions/en/>).

Per il consumo a rischio di alcol, il progetto WHO-CHOICE considera i costi, l'impatto i costi/efficacia di una serie di misure (le variazioni di tassazione e l'introduzione della tassazione su prodotti precedentemente non tassati) per ridurre il danno alcol-correlato. (WHO, Regional Office for Europe, 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/document/E92823.pdf).

Questo rapporto, complementare al presente manuale, mostra le evidenze disponibili sull'impatto di cambiamenti del prezzo sul consumo dell'alcol e sul danno alcol-correlato.

La disponibilità

Background

Nessun paese europeo vieta in modo assoluto la vendita di alcol, ma è possibile trovare nelle Regioni Europee diversi divieti sul consumo di alcol in particolari luoghi (ad esempio i parchi, le strade, gli ospedali ed i posti di lavoro) e circostanze (ad esempio durante una partita di calcio).

Un altro modo per ridurre la disponibilità dell'alcol ed il danno alcol-correlato è rappresentato dal monopolio di stato delle rivendite autorizzate dal governo mediante il controllo dei negozi e degli orari di apertura nei paesi in cui si attua la vendita privata.

La licenza per la vendita di alcol è un'altra misura con cui il governo può ridurre la disponibilità diminuendo il numero di licenze e richiedendo che vengano rispettati determinati standard, giungendo anche a revocare la licenza del rivenditore autorizzato che infrange la legge. Tuttavia, l'entrata prodotta dalla tassa di concessione potrebbe indurre alcune giurisdizioni a favorire il proliferare di licenze. Inoltre, limitare la disponibilità dell'alcol potrebbe incoraggiare lo sviluppo di un mercato parallelo illegale, anche se questo può essere controllato con l'applicazione della legge.

Strategie

Laddove esiste un monopolio di stato per la vendita al dettaglio dell'alcol si cerca di conservarlo in quanto è riconosciuto che i monopoli limitano la facile disponibilità dell'alcol e conseguentemente riducono il danno alcol-correlato. Dove il monopolio non esiste e dove non è possibile istituirlo, si dovrebbe allora introdurre un sistema di licenze per la vendita di alcol o cercare di realizzarlo. Il rinnovo delle licenze dovrebbe essere concesso solo a quelle imprese che rispettano la legge che vieta la vendita ai minori ed ai soggetti in stato di ebbrezza e che inoltre non incoraggia i clienti ad essere elementi di disturbo dell'ordine pubblico o ad avere comportamenti violenti.

Per gli esercizi commerciali può essere difficile far rispettare la legge quando i consumatori si presentano presso l'esercizio commerciale in stato di ebbrezza. Dovrebbero essere verificato che le organizzazioni locali ed i comuni non utilizzano la concessione delle licenze come una sorta di entrata, giungendo così ad una eccessiva distribuzione di licenze. Le autorità che rilasciano le licenze dovrebbero tener presente anche il mantenimento e il miglioramento della salute pubblica, e non solo offrire soluzioni che si limitano ad introdurre sanzioni. Nello stesso modo, la normativa nazionale sulle licenze dovrebbe permettere alle autorità locali di agire per ridurre gli atti violenti, la criminalità, il disturbo pubblico ed il danno alla salute alcol-correlato.

I governi dovrebbero regolamentare la densità dei punti vendita di alcol e ridurli in presenza di danni eccessivi.

Sarebbe opportuno evitare di protrarre la vendita di alcol oltre un certo numero di ore e di giorni della settimana, e limitarli ancor più nei quartieri e nelle comunità ove sono riportate esperienze negative causate dal consumo eccessivo di alcol.

Fissare un'età minima per l'acquisto di alcol riceve il consenso pubblico e il sostegno di tutte le Regioni Europee: dove questa è inferiore ai 18 anni sarebbe vantaggioso aumentarla a 18 sia negli esercizi commerciali che nelle rivendite. Per verificare se le rivendite ri-

spettano l'età minima per l'acquisto possono essere utilizzati "gli acquirenti misteriosi" (mystery shoppers) che nel caso specifico sono rappresentati da minorenni.

Questioni da prendere in considerazione

- 1. Se c'è un monopolio di stato sulla vendita di alcol, a cosa porterebbe una privatizzazione?** Quanto l'opinione pubblica e la politica sostengono il monopolio? Non c'è dubbio che il monopolio di stato riduce il danno alcol-correlato. Molti studi hanno creato dei modelli capaci di calcolare l'incidenza del cambiamento da un sistema di vendita pubblica ad uno privato ed hanno dimostrato un aumento dei costi economici e di quelli per la salute causati dall'alcol.
- 2. Dove non c'è un monopolio, ci sono governi o dibattiti pubblici per introdurlo?** In molti paesi, questo cambiamento potrebbe non sembrare politicamente realizzabile o possibile tenendo conto di alcuni accordi internazionali di commercio; tuttavia, la presenza di un elevato livello di danno alcol-correlato è una buona ragione di base per iniziare una discussione a tal riguardo.
- 3. Esiste un sistema che gestisce le licenze per l'alcol?** In altre parole, le autorità locali hanno sufficiente potere per decidere la densità dei punti vendita e gli orari di apertura in risposta alle situazioni ed alle potenziali problematiche locali? Nei paesi in cui è possibile vendere l'alcol senza licenza, le autorità locali non sono in grado di impedire la vendita a coloro che non si attengono alle leggi sulla vendita di alcol così come non possono utilizzare le licenze per controllare la disponibilità dell'alcol.
- 4. E' possibile rivedere e modificare i giorni e gli orari di vendita in modo da ridurre i danni alcol-correlati?** Sebbene la tendenza nella maggior parte dei paesi è di liberalizzare gli orari e i giorni di vendita, alcuni paesi stanno considerando di apportare delle restrizioni.
- 5. Quale è l'età minima legale per l'acquisto delle bevande alcoliche?** Quale è per le rivendite e quale per gli esercizi commerciali? Qual è l'interesse pubblico e politico nell'aumentare l'età minima per l'acquisto? Il pubblico si dichiara a favore di un aumento dell'età minima per l'acquisto di alcol. Alcuni paesi hanno stabilito un'età minima per tutte le bevande alcoliche (ad esempio in Francia è 18 anni).
- 6. Come viene fatta rispettare l'età minima per l'acquisto?** La normativa sull'età minima per l'acquisto è efficace se vengono effettuati controlli; l'evidenza suggerisce che ciò non accade frequentemente nelle Regioni Europee. Per i controlli si possono utilizzare gli "acquirenti misteriosi - mystery shoppers", ossia acquirenti sotto il limite di età autorizzati ad entrare nei negozi per effettuare il test d'acquisto. Un sistema che gestisce le licenze non necessariamente fa rispettare l'età minima per l'acquisto; eventuali violazioni comunque incorrono in sanzioni penali trasgredendo le leggi sulla vendita.

Possibilità di azione

- **Mantenere lo status quo**, non apportare nessun cambiamento alle leggi ed ai regolamenti in vigore. Fortunatamente, la maggior parte delle giurisdizioni provvedono al controllo della vendita dell'alcol in modo da poter ridurre il danno alcol-correlato, applicando, se necessario, maggiori restrizioni. E' l'applicazione di tali misure quel che

spesso manca agli stati europei, in particolare rispetto alle leggi sull'età minima e quelle che vietano la vendita di alcolici a consumatori in stato di ebbrezza. E' anche importante rivedere il controllo della densità dei punti vendita e degli orari di vendita rispetto alle leggi e ai regolamenti esistenti.

- **Prendere in considerazione la possibilità di portare a 18 anni l'età minima per l'acquisto (se è inferiore ai 18 anni) per tutte le categorie di bevande alcoliche**, incluso il vino e la birra, in tutte le rivendite compresi i supermercati, i bar e i caffè. Qualsiasi cambiamento nell'età per l'acquisto dovrà essere sostenuta da un aumento dei controlli.
- **Dare un maggior peso al sostegno politico e pubblico per rafforzare le leggi ed i regolamenti esistenti** con la finalità di ridurre la densità dei punti vendita e gli orari di apertura per la vendita di alcol, e introdurre un monopolio per la vendita.

Stakeholder

- Il principale collaboratore del Ministero della Salute in questa area di azione è l'organismo responsabile della regolamentazione delle licenze. I due enti possono intraprendere azioni concordi per rivedere o introdurre un'adeguata regolamentazione delle licenze e analizzare come i cambiamenti influenzano i danni alcol-correlati ed il disturbo alla quiete pubblica.
- Altri importanti collaboratori sono i ministeri ed i dipartimenti responsabili di rafforzare le leggi ed i regolamenti sulle vendite di alcol, ad esempio i dipartimenti di polizia responsabili dell'applicazione effettiva dei divieti; questi possono discutere insieme come meglio monitorare concretamente l'applicazione.
- Generalmente i produttori di alcol e i rivenditori vengono consultati in caso di cambiamenti sulla vendita o quando vengono introdotte normative che limitano il consumo di alcol; tuttavia le evidenze mostrano che le industrie non sostengono le misure che riducono la disponibilità d'acquisto, né quelle sull'aumento dell'età minima per l'acquisto.

Bibliografia

Holder H et al. (2008). *Alcohol monopoly and public health: potential effects of privatization of the Swedish alcohol retail monopoly*. Stockholm, Swedish National Institute of Public Health (http://www.fhi.se/PageFiles/4006/R200827_Alkoholmonopol_eng_0809.pdf).

WHO (2009). *WHO-CHOICE interventions: hazardous alcohol use*. Geneva, WHO (<http://www.who.int/entity/choice/interventions/en/>).

Il progetto WHO-CHOICE è un modello sull'impatto, i costi-benefici di una serie di misure politiche di contrasto all'alcol, inclusi i cambiamenti nella disponibilità di alcol. (WHO Regional Office for Europe 2009).

WHO Regional Office for Europe (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/document/E92823.pdf).

Questo rapporto, complementare al presente manuale, mostra le evidenze disponibili sull'impatto di modifiche nella disponibilità dell'alcol sul consumo e sul danno alcol-correlato.

La commercializzazione (*marketing*) delle bevande alcoliche

Background

Le strategie di mercato sull'alcol sono numerose. Una strategia completa di marketing comprende non solo la pubblicità e le attività promozionali, ma prende anche in considerazione lo sviluppo del prodotto, la determinazione del prezzo, la distribuzione e stabilisce i diversi segmenti di mercato raggiungibili dai diversi prodotti. Tuttavia, l'alcol non viene solo pubblicizzato attraverso le vie di comunicazione tradizionali (come televisione e radio) ma anche attraverso quelle non tradizionali (come stampa, cartelloni pubblicitari e prodotti commerciali a marchio di bevande alcoliche). La pubblicità si attua anche abbinando marche di alcol allo sport e alle attività culturali mediante sponsor e investimenti sul prodotto, e indirizzando il mercato pubblicitario verso l'uso di tecnologie, come ad esempio Internet, i podcast e i messaggi di testo. Inoltre, l'intero settore dello spettacolo ha un ruolo fondamentale nell'influenzare i comportamenti dei giovani rispetto al consumo di alcol, mostrandone il consumo nei film, negli spettacoli televisivi, nelle parole delle canzoni ed in altri prodotti culturali. Infine, anche il mercato di vendita comprende le azioni sociali e le attività di educazione alla salute finanziate, promosse e realizzate dall'industria dell'alcol, rientrano nelle strategie di marketing. Di conseguenza, qualsiasi intervento per regolamentare il mercato dell'alcol dovrebbe tenere presenti e rivolgersi alle diverse componenti delle strategie di mercato. Quando vengono applicate restrizioni ad una sola di queste componenti, il risultato è l'espansione delle altre. Questa è la ragione per la quale l'UE ultimamente ha attuato un completo divieto a qualsiasi forma di marketing per quanto riguarda il tabacco.

Strategie

I contenuti dei messaggi pubblicitari sull'alcol e l'entità dell'esposizione ai messaggi sono punti critici per i giovani, i quali sono particolarmente sensibili agli effetti dannosi dell'alcol. Il contenuto del messaggio commerciale è ideato in modo da generare una risposta emozionale positiva. L'interesse dei giovani per aspetti specifici del materiale pubblicitario, quali l'umorismo, l'animazione e la musica pop, contribuisce in modo significativo alla loro efficacia. In genere, nei giovani vi è una relazione dose-risposta fra l'esposizione ai messaggi pubblicitari sull'alcol e la probabilità che questi inizieranno a bere o berranno di più. Maggiore è l'esposizione, più grande è l'impatto. L'evidenza suggerisce che limitare il tipo e la quantità di messaggi pubblicitari sull'alcol riduce fra i giovani la possibilità di iniziare a bere e il consumo eccessivo. Una difficoltà è data dal fatto che le modifiche, sia che limitino o che liberalizzino la regolamentazione del marketing, non sono state studiate scientificamente. E' stato analizzato se cambiamenti normativi, quali quelli sulle spese pubblicitarie ed altre normative influiscano sul consumo di alcol. La difficoltà di tali studi sta nel fatto che sono in grado di evidenziare solo piccole differenze e purtroppo non è possibile isolare le influenze specifiche sul comportamento giovanile. E' stato comunque riscontrato che nei paesi in cui si investe maggiormente in pubblicità sull'alcol, il consumo di alcol è maggiore.

Anche se molte giurisdizioni impongono delle norme sul contenuto della pubblicità sull'alcol, tali regolamenti non prendono in considerazione le risposte dei giovani a tal riguardo. La pubblicità dovrebbe tener conto di come i giovani percepiscono il messaggio in quanto spesso se una pubblicità non è in grado di soddisfare un codice di autoregolamentazione esistente finisce che un codice viene interpretato troppo letteralmente. Ad esempio, dal momento che alcuni elementi quali l'umorismo, l'animazione e la musica pop contribuiscono a rendere efficace la pubblicità che promuove il consumo di alcol, questi dovrebbero essere tenuti in considerazione nei codici di regolamentazione. Dal momento che potrebbe essere difficile per un codice di regolamentazione specificare tutto ciò che non dovrebbe essere permesso nella pubblicità dell'alcol, alcuni paesi (come la Francia) hanno scelto di specificare che cosa è possibile includere, in quanto ciò risulta più semplice da monitorare e far rispettare.

Alcune giurisdizioni impongono delle restrizioni in modo tale che i giovani siano meno esposti alla pubblicità sull'alcol specificando, ad esempio, che non deve esserci pubblicità sull'alcol in televisione prima di una certa ora, o permettendo che vengano trasmessi programmi televisivi con pubblicità sull'alcol solo quando l'audience della popolazione generale è composta da pochi giovani. In aggiunta a ciò, molte forme di esposizione pubblicitaria spesso rimangono senza alcuna regolamentazione, come ad esempio la rappresentazione del consumo di alcol nei film, la vendita del prodotto nei film o negli spettacoli televisivi, la pubblicità in Internet e dispositivi mobili di comunicazione. Per queste ragioni, alcune giurisdizioni hanno vietato del tutto certe forme di pubblicità sull'alcol – come ad esempio la pubblicità in televisione o al cinema, o il divieto di utilizzo di sponsor nello sport (come ha fatto la Francia) – o vietando tutte le forme di pubblicità sull'alcol (come l'UE ha fatto con la pubblicità del tabacco).

In alcune giurisdizioni, il marketing dell'alcol è controllato attraverso l'autoregolamentazione tramite i principali operatori economici, includendo le agenzie di pubblicità, i mezzi di comunicazione e i produttori di alcol. Tuttavia l'autoregolamentazione per essere efficace richiede un chiaro quadro legislativo. Un sistema di autoregolamentazione ha inoltre bisogno di incentivi sufficienti per avere successo; in genere, i sistemi di autoregolamentazione funzionano maggiormente dove la pressione da parte del governo o da parte di azioni legali è più forte. Così come per le normative governative, l'autoregolamentazione dovrebbe coprire l'intera attività di marketing che è rivolta ai giovani, per impedire che la pubblicità usi mezzi di comunicazione più innovativi per sfuggire alle norme. Le indicazioni derivanti dall'opinione pubblica, in particolare quelle derivanti da gruppi vulnerabili come i giovani, dovrebbero essere acquisite nella valutazione delle pubblicità dal momento che alcuni studi hanno dimostrato che l'autoregolamentazione volontaria non è in grado di eliminare modalità di marketing che influenzano i giovani. L'autoregolamentazione può funzionare solo in funzione della disponibilità di sistemi di contestazione da parte di terzi delle violazioni. Sanzioni e diffide sono necessari per assicurare che queste vengano rispettate. Il monitoraggio delle modalità di marketing dovrebbe essere responsabilità di una struttura indipendente o di un'agenzia di governo, e dovrebbe essere attuato sistematicamente e di routine.

Questioni da prendere in considerazione

- 1. Esistono studi o un'adeguata documentazione sulla comunicazione commerciale sull'alcol?** Questi materiali dovrebbero dare un'indicazione del volume e dell'ampiezza di queste comunicazioni, includendo sia le stime delle spese che le comunicazioni commerciali, ad esempio tramite Internet e la telefonia mobile. Non è facile ottenere queste informazioni, e alcuni sono giunti alla conclusione che le industrie dell'alcol dovrebbero renderle pubbliche. Una visione completa del marketing sull'alcol permette una migliore regolamentazione ed il suo monitoraggio.
- 2. E' stato valutato se le norme che regolamentano il marketing di alcol sono efficienti ed efficaci?** Tali analisi potrebbero servire a valutare come migliorare il sistema normativo esistente. Esistono svariate norme e sistemi di regolamentazione nelle Regioni Europee, molti di questi non sono stati studiati o non è reperibile una documentazione. Esiste il rischio che alcune pratiche di marketing sfuggano al sistema di regolamentazione e quindi alle normative ed ai controlli.
- 3. Esistono studi scientifici che hanno esaminato dettagliatamente l'impatto delle normative vigenti sul marketing di alcol?** Gli enti per la regolamentazione e l'autoregolamentazione, dove esistenti, spesso producono rapporti ma frequentemente descrivono solo i processi piuttosto che la loro capacità di gestire il commercio di alcol e i suoi effetti sui giovani.
- 4. Esistono studi su come i giovani percepiscono la pubblicità sull'alcol?** I giovani esprimono le loro opinioni sui codici pubblicitari? L'evidenza suggerisce che i giovani interpretano la pubblicità sull'alcol rispetto al messaggio originario e possono cambiarne il significato. È quindi importante coinvolgere i giovani nelle analisi e nelle interpretazioni dei messaggi per avere un quadro completo del loro probabile impatto. Sono stati ideati alcuni strumenti standardizzati per monitorare le interpretazioni dei giovani rispetto al marketing sull'alcol (*ELSA, 2009*).
- 5. Organismi indipendenti esprimono la loro opinione sui messaggi pubblicitari sull'alcol?** Un problema generale sui messaggi autoregolamentati è che il rispetto della norma viene garantito proprio da quelle persone che vengono pagate o investite nella commercializzazione del prodotto rendendo molto difficile un'azione oggettiva. Un altro problema diffuso è la tempestività del processo delle azioni di reclamo. I reclami vengono spesso solo registrati e la valutazione della specifica campagna pubblicitaria viene effettuata molto tempo dopo il lancio pubblicitario, alcune volte anche dopo che la campagna ha avuto termine. In questi casi, la sentenza è irrilevante.
- 6. Le violazioni del codice sono punite con sanzioni efficaci?** A volte non vi sono sanzioni o queste sono molto lievi e prive di conseguenze.

Possibilità di azione

- **Mantenere lo status quo** e non cambiare i sistemi di regolamentazione per quanto riguarda il marketing di alcol. Da notare che quasi senza eccezioni, tali sistemi possono essere revisionati e resi più efficienti a beneficio della salute pubblica.
- **Iniziare un'accurata revisione e analisi dei sistemi di regolamentazione esistenti per ottimizzarli, apportare cambiamenti che possano renderli più efficaci per controllare il contenuto pubblicitario ed il volume d'esposizione, e rafforzare il con-**

trollo e l'osservanza delle normative. Tale analisi dovrebbe anche garantire che ciascuna attività di marketing non sfugga al controllo e sia regolamentata.

- **Limitare il contenuto e la diffusione della pubblicità sull'alcol**, ad esempio permettendo solo quelle che descrivono in modo diretto il prodotto e vietando la comunicazione pubblicitaria nella prima parte dei programmi televisivi, alla radio, nei film e negli sponsor sportivi. Le più recenti indicazioni in materia sono quelle della legge Loi Evin, in Francia, legge che venne approvata dalla Corte Europea di Giustizia.
- **Vietare ogni forma di pubblicità commerciale per l'alcol**, ad eccezione delle riviste specializzate nel settore. L'UE ha adottato questa iniziativa per il tabacco.

Stakeholder

- Il ministero della salute è l'ente di governo più coinvolto, dal momento che ha la responsabilità di assicurare che gli obiettivi di salute pubblica siano presi in considerazione nel regolamentare il marketing sull'alcol.
- Suoi principali collaboratori sono i ministeri responsabili per la regolamentazione delle comunicazioni commerciali quali i mezzi di comunicazione mediatici, non mediatici e le telecomunicazioni, internet incluso. In più potrebbe essere necessario includere i ministeri responsabili della cultura, dello sport e dell'infanzia. Per assicurare che tutte le forme di marketing siano prese in considerazione e che nessuna sfugga alla regolamentazione, potrebbe essere utile formare una *task force* permanente che possa analizzare e monitorare la specifica regolamentazione.
- Diretti interessati all'azione sono anche quegli enti che il governo potrebbe aver incaricato per osservare e monitorare la pubblicità. In tal caso, se enti differenti controllano i diversi mezzi di comunicazione di massa, sarà necessaria una *task force* globale.
- I produttori di alcol, i rivenditori e le industrie produttrici vengono normalmente consultate quando il governo modifica le norme di vendita e le sanzioni. Tuttavia, i dati pubblicati mostrano che l'industria non supporta le restrizioni di vendita, anche se non pubblicamente.

Bibliografia

Enforcement of National Laws and Self-Regulation on Advertising and Marketing of Alcohol (ELSA) (2009). Welcome to the ELSA website [web site]. Utrecht, ELSA (<http://stap.nl/elsa>).

Il progetto ELSA, un'iniziativa cofinanziata dalla Commissione Europea, ha prodotto una serie di pubblicazioni sul marketing e la sua regolamentazione disponibili sul sito web. European Centre for Alcohol Marketing (EUCAM) (2009). EUCAM [web page]. Utrecht, EUCAM (<http://eucam.info>).

EUCAM riporta regolarmente il *trend* del marketing nelle Regioni Europee, così come descrive le regolamentazioni nelle Regioni.

Science Group of the European Alcohol and Health Forum (2009a). *Does marketing communication impact on the volume and patterns of consumption of alcoholic beverages, especially by young people? A review of longitudinal studies*. Luxembourg, European Communities (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/docs/science_o01_en.pdf).

The Science Group of the European Commission's Alcohol and Health Forum ha effettuato una revisione scientifica dell'impatto del marketing sull'alcol.

WHO (2009a). *WHO-CHOICE interventions: hazardous alcohol use*. Geneva, WHO (<http://www.who.int/entity/choice/interventions/en/>).

Il progetto WHO-CHOICE ha creato un modello sui costi, sull'impatto costi benefici di una serie di misure di contrasto per ridurre il danno alcol-correlato, inclusi i messaggi pubblicitari (WHO Regional Office for Europe, 2009).

WHO Regional Office for Europe, (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. (www.euro.who.int/document/E92823.pdf).

Questo rapporto, complementare al presente manuale, descrive l'evidenza disponibile sull'impatto del marketing sull'alcol sul consumo e sul danno alcol-correlato.

La produzione illegale e irregolare di alcolici

Background

Il termine 'alcol non registrato' comprende l'alcol prodotto in casa, quello prodotto illegalmente e i prodotti di contrabbando, ma anche surrogati che non vengono utilizzati per il consumo (quali colluttori, profumi e acqua di colonia). I prodotti illegali e i surrogati di alcol quando consumati possono avere conseguenze sulla salute, per un più elevato contenuto di etanolo o di contaminanti, quali l'acetaldeide, la cumarina, lo ftalato o carbammato etilico, tutte sostanze tossiche per il fegato. Il commercio illegale di alcol è un rischio per la salute a causa sia del contenuto di sostanze nocive che per il costo più basso rispetto all'alcol legalmente venduto, cosa quest'ultima che ne favorisce un consumo maggiore. Si sa poco di quanto il contrabbando incida in Europa, sebbene una stima effettuata nel 1996 per l'EU15 ha dimostrato che tali frodi sottraggono circa l'8% del totale delle imposte di consumo.

Strategie

Esistono pochi studi e dati raccolti nelle Regioni Europee riguardo ai possibili danni alla salute causati dalle componenti chimiche dell'alcol non registrato. Un piccolo studio su campioni raccolti da punti di vendita in Ungheria, Lituania e Romania ha messo in evidenza che i surrogati di alcol contenevano elevati livelli di etanolo (60% del volume) e a volte livelli epatotossici di cumarina, mentre le bevande alcoliche a base di frutta presentavano un'alta concentrazione di carbammato etilico. È importante disporre di una visione d'insieme dei componenti nell'alcol non registrato per tutti i paesi europei, in modo che la sorveglianza dell'alcol non registrato sia in grado di identificare con più accuratezza la presenza di componenti tossiche e possa valutare quale sia la vera entità del problema. Uno sguardo d'insieme permetterebbe anche di definire delle linee guida più precise delle sostanze tossiche contenute in queste bevande, in modo tale che i laboratori di controllo possano utilizzarle anche per i prodotti alcolici registrati.

Se nell'alcol non registrato vengono riscontrate sostanze tossiche mai evidenziate prima nell'alcol registrato, si possono prendere misure per legittimare il consumo di alcol precedentemente non registrato, introducendo controlli di qualità, fornendo istruzioni di riferimento ai produttori di alcol non registrato per evitare le contaminazioni con prodotti tossici. Tutti i composti non idonei per denaturare l'alcol dovrebbero essere vietati, in particolare il metanolo e lo ftalato di dietile, e altre sostanze tossiche che non possono essere riscontrate nelle bevande alcoliche.

Sebbene ogni prodotto fortemente tassato ha più probabilità di finire in un'attività fraudolenta, questo non significa che ridurre la tassazione sull'alcol riduca automaticamente il contrabbando di alcol. Il contrabbando del tabacco, che è stato analizzato molto più dettagliatamente rispetto a quello dell'alcol, ne è un valido esempio. Sebbene il prezzo al dettaglio del tabacco sia maggiore al nord dell'UE rispetto al sud, nel sud dell'EU si acquista e consuma un maggiore quantitativo di tabacco di contrabbando ed è possibile osservare che le vie di contrabbando seguono una rotta che va maggiormente dal nord al sud e non viceversa. Pertanto sarebbe utile eseguire valutazioni costanti sulle dimensioni, sulla struttura e sulle dinamiche (incluso le vie commerciali) del mercato di contrabbando

dell'alcol nelle regioni. Due strumenti che potrebbero aiutare a monitorare e combattere il contrabbando sono la raccolta dei dati di sorveglianza sul movimento dei prodotti soggetti ad imposte, e l'utilizzo dei bolli d'imposta per dimostrare quando e dove sono stati pagati.

Questioni da prendere in considerazione

1. **Si è a conoscenza di quanto sia diffuso e di come è composto il mercato dell'alcol non registrato, includendo una stima del danno ad esso correlato?** La finanza e la dogana dovrebbero avere stime valide dei dati di mercato, anche se la loro informazione sistematica varia da paese a paese. La polizia dovrebbe anche avere stime del mercato domestico per l'alcol illecito, anche se potrebbero non avere una completa informazione della sua reale dimensione.
2. **Per stimare l'incidenza del mercato illecito sulla salute**, è necessario raccogliere quanti più campioni possibili e analizzarne il contenuto di etanolo e di potenziali contaminanti chimici, che oltre al metanolo, sono l'acetaldeide, gli alcolici ad elevate gradazione, i metalli pesanti, l'etil-carbammato, gli aromi biologicamente attivi, e gli ptalati.

Possibilità di azione

- **Mantenere lo status quo**, e non intraprendere altri studi o azioni. Un tale approccio non prende in considerazione la mancanza di informazioni rispetto a quanto sia diffuso il commercio illegale e ignora quanto l'alcol non registrato incida sulla salute.
- **Effettuare test chimici su campioni di alcol non registrato** per identificare i prodotti più a rischio ed il loro potenziale nocivo.
- **Produrre nuove stime della dimensione del mercato illegale.**
- **Lavorare dove possibile con i produttori di prodotti irregolari o surrogati** per ridurre il rischio di danno causato dai processi di produzione.
- **Informatizzare la tracciabilità dei prodotti alcolici e introdurre i bolli d'imposta**, come è stato fatto per il tabacco, per tracciare e facilitare l'identificazione dei prodotti illeciti.
- **Trasferire una parte della responsabilità per la riduzione del commercio illegale e dei prodotti contraffatti alle industrie che producono bevande alcoliche.**

Stakeholder

- I dipartimenti responsabili della riscossione dei dazi doganali e il ministero delle finanze sono direttamente interessati all'azione. Dovrebbero essere intraprese iniziative congiunte per delineare una mappa completa dell'estensione del mercato illecito e del contrabbando, sia interno al paese che oltre confine. Tra le possibili azioni da perseguire, informatizzare la tracciabilità dei prodotti alcolici facilitata dall'uso di bolli d'imposta sull'alcol.
- La polizia è l'altro principale *stakeholder* in quanto responsabile del rilevamento di alcol domestico e della confisca di prodotti illegali. Iniziative congiunte possono essere intraprese per fare una mappa completa della dimensione del mercato domestico di alcol irregolare.

- I laboratori che hanno l'incarico di analizzare routinariamente i prodotti alcolici esistenti rappresentano un altro importante gruppo di *stakeholder*. Dovrebbero essere consultati rispetto alla possibilità di estendere le loro analisi ai prodotti illeciti. Questa nuova responsabilità potrebbe richiedere apparecchiature diverse per le analisi soprattutto per quei prodotti che non vengono in genere analizzati nelle bevande legali.
- L'ultimo *stakeholder* è rappresentato dall'industria dell'alcol che ha mostrato interesse nel monitorare il mercato di alcol illegale, compreso il mercato di bevande contraffatte. È risaputo che l'industria ha molte informazioni sulla dimensione e la natura del mercato di contrabbando, anche se non rese pubblicamente accessibili.

Bibliografia

European Police Office (Europol) (2009). Publications. *The Hague, Europol* (<http://www.europol.europa.eu/?page=publications>).

Europol produce un rapporto annuale denominato "European Organised Crime Threat Assessment (OCTA)" che valuta la minaccia del mercato di contrabbando delle bevande alcoliche.

Rabinovich L et al. (2009). *The affordability of alcoholic beverages in the European Union: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms*. Cambridge, United Kingdom, RAND Corporation (http://www.rand.org/pubs/technical_reports/TR689).

Anche se non si occupa espressamente di contrabbando, il rapporto Europeo RAND per la Commissione Europea sull'accessibilità delle bevande alcoliche nell'UE descrive tre studi di consumo di alcol di contrabbando.

WHO Regional Office for Europe, (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. (www.euro.who.int/document/E92823.pdf)

Questo rapporto, complementare al presente manuale, descrive l'evidenza disponibile sull'impatto della produzione illegale e irregolare dell'alcol sulla salute pubblica.

L'alcol e la guida

Background

Le vittime e gli incidenti causati dalla guida in stato di ebbrezza da alcol sono diminuiti in molti paesi Europei, sebbene ci sia ancora molto da fare.

I dati di mortalità e le sanzioni della polizia per violazioni del codice della strada possono dare alcune informazioni della dimensione del fenomeno, fornendo dati suddivisi per genere e classi di età. Sebbene i giovani hanno un rischio relativo più elevato per incidenti in stato di ebbrezza, tali incidenti, e le vittime ad essi correlate, sono più diffusi tra le persone di età media.

I dati di sorveglianza e i sondaggi di opinioni forniscono informazioni sull'atteggiamento e il pensiero del pubblico rispetto al consumo di alcol e la guida, così come della conoscenza dei limiti del BAC (concentrazione di alcol nel sangue). Potrà sorprendere, ma una parte dei cittadini europei non conosce i limiti legali di alcolemia alla guida del proprio paese, e molti guidatori ammettono di guidare sotto l'influenza dell'alcol. Ciò nonostante, molti europei sono a favore di misure più restrittive per diminuire le possibilità di guidare in stato di ebbrezza, anche aumentando le sanzioni da parte della polizia.

Dal momento che il numero di conducenti professionisti e privati che oltrepassano i limiti è in crescente aumento, è necessario trovare soluzioni adeguate che mettano d'accordo le leggi in materia di alcol e guida, i livelli e le sanzioni tra le Regioni Europee. La popolazione generale è sempre stata favorevole all'utilizzo di misure più rigide per contrastare la guida sotto l'influenza dell'alcol.

I reati ripetuti o livelli molto elevati di alcol nel sangue possono essere un indicatore dei disturbi correlati al consumo di alcol ed all'alcoldipendenza, per i quali il trattamento dovrebbe essere sistematicamente disponibile.

Strategie

Molte misure intraprese per contrastare l'alcol hanno portato ad una riduzione degli incidenti stradali mortali. Le misure sono rappresentate dall'aumento del prezzo dell'alcol, dall'età minima legale di acquisto e dalla riduzione della densità dei punti vendita, tramite campagne divulgative sui i mass-media.

Le azioni inerenti l'alcol e la guida sono misure politiche che si avvalgono di un intenso sostegno pubblico. Tali misure non riducono soltanto il rischio del danno per il conducente ma anche quello per i passeggeri, i pedoni e gli altri conducenti (in UE, i guidatori che bevono costituiscono circa i 2/5 di tutte le morti causate dalla guida sotto l'influenza dell'alcol). Uno degli interventi più efficaci consiste semplicemente nel ridurre il limite legale di concentrazione di alcol nel sangue (BAC) per il conducente. Per ogni paese con un limite di BAC superiore ai 0.5 g/l, è bene ridurre il livello a 0.5 g/l, mentre i paesi con un livello di 0.5 beneficerebbero della riduzione a 0.2 g/l. Tuttavia, più è basso il limite legale del BAC più questa misura risulta valida se ne viene controllato il suo rispetto. Il modo migliore per far rispettare tali limiti è effettuare su un campione casuale il test dell'etilometro (breath testing) in posti di blocco stradali (*sobriety checkpoints*). Le normative dovrebbero essere divulgate con adeguate campagne di educazione pubblica per assicurare che vi sia informazione anche sulle conseguenze di un eventuale arresto. Si è osservato che le norme funzionano maggiormente quando la pena è immediata, ad esempio con

multe direttamente sul posto, oppure con punti patente decurtati e con la sospensione della patente. Ciò potrebbe essere ulteriormente rinforzato con un mandato di trattamento forzato del disturbo alcol-correlato da parte del giudice e con l'uso di dispositivi di blocco dell'accensione dell'auto (*alcohol ignition lock-AIL*). I dispositivi di blocco dell'accensione dell'auto possono essere usati come misura preventiva specialmente per i guidatori professionisti.

Questioni da prendere in considerazione

- 1. Esistono banche dati per monitorare gli incidenti e le vittime dovute alla guida in stato di ebbrezza da alcol?** I dati di mortalità si riferiscono ai morti per incidenti stradali, l'aggiornamento periodico degli incidenti mortali causati dall'alcol varia da paese a paese. Ad ogni deceduto per un incidente stradale dovrebbe essere misurato il livello di alcol nel sangue, per rendere nota e monitorare la prevalenza di vittime da guida in stato di ebbrezza. (In alcune giurisdizioni, quando si ha un incidente di una sola macchina dove muore il solo conducente, i test post-mortem sulle cause del decesso potrebbero non essere presi in considerazione in quanto potrebbero violare i diritti del deceduto). I rapporti della polizia dovrebbero includere dati su tutti gli incidenti stradali, comprendendo l'età, il genere del conducente e il luogo dell'incidente. In teoria, ogni conducente che causa incidente dovrebbe essere sottoposto all'etilotest per misurare la presenza e la quantità di alcol. Le Regioni Europee dovrebbero definire gli incidenti dovuti alla guida in stato di ebbrezza, per esempio, ogni incidente in cui è coinvolto un conducente che ha un livello di alcol nel sangue superiore a 0.2 g/l.
- 2. E' possibile inserire nei sondaggi di opinione / ricerche domande sull'alcol e la guida sulle conoscenze sulle politiche, il limite legale BAC ed il comportamento da adottare?**
- 3. Esistono politiche in materia di alcol e guida e misure di sicurezza stradale per ridurre la severità ed il rischio di incidenti alcol-correlati?** Alcune misure potrebbero prendere in considerazione le infrastrutture e i limiti di velocità. Le azioni su alcol e guida potrebbero essere considerate un tutt'uno con le politiche sulla sicurezza stradale. Gli incidenti causati dalla guida in stato di ebbrezza possono diventare più gravi o più frequenti in presenza di alta velocità o se si viaggia su strade non ben progettate e con scarsa manutenzione.
- 4. La polizia stradale collabora con il Ministero della salute nelle campagne ed attività per ridurre la guida sotto l'influenza dell'alcol?** Di solito la polizia supporta tali azioni congiuntamente, quali le campagne d'informazione, che possono aumentare la consapevolezza pubblica riguardo al problema ed alle misure da adottare per risolverlo.
- 5. Le risorse della polizia sono sufficienti per rendere operative le disposizioni? Le sanzioni sono utilizzate per finanziare le attività della polizia?** L'applicazione efficace delle leggi su alcol e guida richiede alla polizia un grosso impegno per gestire e eseguire in modo casuale i controlli tramite l'etilotest ed i *checkpoint* stradali. Ulteriori risorse sono necessarie per le attrezzature per effettuare i test.
- 6. Il sistema sanitario dispone di servizi specialistici in grado di fornire trattamenti adeguati a coloro che sono recidivi nella guida in stato di ebbrezza?** Gli alti livelli

di BAC e i frequenti reati per guida in stato di ebbrezza sono segni di disordini alcol-correlati e di alcol dipendenza e sono necessari mezzi adeguati per il trattamento, verosimilmente da considerare come possibilità anche i mandati del tribunale.

Possibilità di azione

- **Mantenere lo status quo** e non cambiare i limiti BAC ed i controlli. Pochi sono i paesi che non traggono beneficio dall'abbassare i limiti BAC o aumentare i controlli. Scegliere di continuare la politica attuale rende vana l'opportunità di ridurre le morti evitabili e gli incidenti sotto l'influenza dell'alcol.
- **Ridurre il livello legale di BAC alla guida per tutti i conducenti.** Qualunque sia il livello legale di BAC, i dati suggeriscono che si può evitare un maggior numero di morti portandolo il più possibile vicino a 0.2 g/l. Una tale azione invia un messaggio fondamentale alla popolazione e aiuta a renderlo una norma culturale che, con il tempo, viene acquisita e che si può sintetizzare in: 'non bere se guidi'. Tuttavia, per essere efficace, un limite più basso di BAC deve essere controllato.
- **Aumentare i controlli**, sia aumentando il numero etilotest casuali che nei *checkpoint* stradali per il controllo della sobrietà. Perché i limiti del BAC siano efficaci i conducenti devono sapere che c'è un rischio reale di essere fermati e sottoposti al test in ogni momento. La norma dovrebbe essere sostenuta da un'azione immediata, incluse le sanzioni sul posto, la sottrazione di punti patenti e, per gravi violazioni, il ritiro della licenza di guida. La revoca della patente in genere indica un disordine alcol-correlato e dovrebbe essere accompagnata da un trattamento obbligatorio, e dall'installazione di dispositivi di blocco dell'accensione dell'autovettura (*alcohol ignition lock*) quando la patente viene restituita.

Stakeholder

- Il principale stakeholder per ridurre gli incidenti causati dalla guida in stato di ebbrezza è la polizia stradale responsabile dell'applicazione delle leggi in materia, in genere favorevole ad un aumento di misure sulla guida in stato di ebbrezza, misure che richiedono risorse adeguate.
- Un altro importante *stakeholder* è il dipartimento dei trasporti che ha in genere la responsabilità di rendere effettive le leggi per aumentare la sicurezza stradale.
- Anche i somministratori di alcol sono *stakeholder* responsabili nel non servire alcol in quantità eccessive ai conducenti.

Bibliografia

Anderson P (2008). *Reducing drinking and driving in Europe*. Hamm, German Centre for Addiction Issues-DHS (<http://www.ias.org.uk/resources/papers/europe/phproject/drinkdriving-report.pdf>).

Fornisce evidenze sull'impatto di politiche su alcol e guida, pubblicato da Pathways for Health, progetto cofinanziato dalla CE e gestito dal DHS.

WHO (2009). *WHO-CHOICE interventions: hazardous alcohol use*. Geneva, WHO (<http://www.who.int/entity/choice/interventions/en/>).

Il progetto WHO-CHOICE è un modello sui costi, l'impatto dei costi-benefici di una serie

di misure per ridurre il danno alcol-correlato incluso l'alcol e la guida. (WHO Regional Office for Europe, 2009).

WHO Regional Office for Europe, (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/document/E92823.pdf).

Questo rapporto, complementare al presente manuale, descrive l'evidenza disponibile sulle evidenze in tema di alcol e guida.

I contesti in cui si beve

Background

Esiste una forte relazione tra i contesti in cui si beve (autorizzati alla vendita) e fattori quali lo stato di ebbrezza, il guidare in stato di ebbrezza, i comportamenti violenti ed aggressivi; inoltre locali autorizzati alla vendita sono associati ad una maggior proporzione di danno alcol-correlato.

La relazione fra il bere e il danno alcol-correlato può essere sia influenzata che mediata dai contesti fisico-sociali del bere. L'intervento nei luoghi in cui si beve può essere importante per evitare problemi che spesso danneggiano le persone che non bevono, in particolare i problemi della guida sotto l'influenza dell'alcol e la violenza.

Strategie

Vi sono condizioni particolari nei locali in cui si servono bevande alcoliche, ad esempio nei bar, che aumentano la probabilità di problemi alcol-correlati, come ad esempio il servire i clienti in modo tale da incoraggiare lo stato di ebbrezza, l'imposizione di orari di chiusura dei bar, l'incapacità dello staff del bar di gestire i problemi comportamentali, e caratteristiche come il sovraffollamento e il servire individui non maggiorenni o in stato di ebbrezza. I problemi possono dipendere anche dal tipo di esercizio coinvolto, dal grado di benessere fisico fornito, dalla disponibilità di trasporti pubblici e dalla multi etnicità dei clienti.

Alcuni studi che hanno preso in considerazione il livello di applicazione di linee di condotta nei locali per prevenire lo stato di ebbrezza hanno dimostrato una riduzione moderata del bere pesante e del consumo a rischio. Tali misure preventive non sono state di grande successo, come anticipato all'inizio, e si sono rivelate poco efficaci nel ridurre i danni alcol-correlati. L'impatto del servire bevande alcoliche in modo responsabile è fortemente migliorato quando vi è una continua ed attiva applicazione del divieto di vendita di alcolici a soggetti in stato di ebbrezza e quando vengono attivati interventi che supportano il bere responsabile e riducono gli episodi di violenza. Le imposizioni sono dunque necessarie, ed hanno successo se unite a codici di autoregolamentazione di comportamento per chi serve alcol nei locali.

Una regolamentazione per il rilascio di licenze può garantire che il personale che serve sia a conoscenza di determinati standard per diminuire le probabilità del danno alcol-correlato. Tali norme dovrebbero essere monitorate regolarmente e dovrebbero essere imposte adeguate sanzioni per la loro violazione, compresa la revoca della licenza. Programmi di addestramento per la vendita dovrebbero essere un pre-requisito per il rilascio e il mantenimento di una licenza, ma hanno bisogno di essere monitorati regolarmente e integrati da norme che proibiscano la vendita di alcol ai minorenni e a soggetti in stato di ebbrezza. Le sanzioni e le loro applicazioni dovrebbero essere indirizzate a chi vende e a coloro che servono le bevande, poiché numerose evidenze indicano che tali sforzi sono più efficaci che non rivolgersi esclusivamente ai bevitori e ai potenziali bevitori.

Questioni da prendere in considerazione

- 1. Esistono precise linee guida nell'emissione e nel rinnovo delle licenze ai locali per le autorità che le rilasciano?** Ciò potrebbe ridurre il rischio del danno alcol-correlato che in genere avviene all'interno o nei dintorni di un contesto in cui si beve. Potrebbero essere richiesti standard minimi ai locali per il rilascio o il rinnovo della licenza.
- 2. Ci sono programmi accreditati ed indipendenti di formazione dei somministratori di bevande sulla loro responsabilità legale e su cosa fare per ridurre il rischio di danni nei luoghi in cui si beve?** Allo staff che serve in un locale dovrebbe essere richiesto di effettuare un programma di addestramento, come pre-requisito di impiego, così come agli esercizi che somministrano bevande alcoliche dovrebbe essere chiesto di fornire programmi di formazione come pre-condizione per ricevere la licenza di servire gli alcolici.
- 3. Si cerca di identificare i locali che presentano livelli di danno alcol-correlato e di violenza più alti?** In ogni giurisdizione, un esiguo numero di locali sono tipicamente associati ad un'alta proporzione di danno alcol-correlato. Identificare questi esercizi permette alle autorità di indicare agli stessi interventi risvolti ad una riduzione del danno.
- 4. Le sanzioni per le violazioni delle leggi per la licenza sono sufficientemente rigorose ed includono la revoca della licenza? L'autorità che applica le sanzioni ha risorse sufficienti per compiere controlli regolari? Gli incaricati delle sanzioni sono motivati sufficientemente nello svolgere il loro lavoro? L'evidenza mostra che per ridurre il danno associato ai luoghi in cui si beve è necessaria un'adeguata legislazione sulle licenze della polizia o di altri amministratori designati alla loro applicazione.**

Possibilità di azione

- **Mantenere lo status quo**, e non intensificare gli sforzi per ridurre il danno associato ai locali in cui si beve. Anche se tutte le giurisdizioni comprendono anche normative sul personale che somministra bevande alcoliche, sebbene talora non ben definite per quanto riguarda sia la somministrazione a minori che a soggetti in stato di ebbrezza, vi è ancora un grosso argine d'azione per ridurre il danno.
- **Sviluppare adeguate linee guida e principi da seguire nella progettazione di locali in cui si servono alcolici che riguardino l'istruzione di chi serve, il controllare e far rispettare le norme sulle licenze, e divulgare questi materiali alle autorità che rilasciano le licenze e nei locali in cui si serve.** Queste linee guida e i principi dovrebbero essere preparati indipendentemente e riflettere l'orientamento della salute pubblica.
- **Rivisitare le norme esistenti sulle licenze e rafforzarle dove appropriato.** Le norme dovrebbero assicurare che: gli esercizi commerciali rispettino gli standard stabiliti; che la formazione di chi serve sia un pre-requisito per la licenza; che le norme siano controllate e rafforzate costantemente; che vengano applicate sanzioni sufficientemente severe (inclusa la revoca della licenza) per violazioni di chi serve o dei locali in cui si serve, e che ci siano provvedimenti sufficientemente rigorosi per gli organismi che rilasciano le licenze che falliscono nel regolamentare adeguatamente i locali in cui si beve.

Stakeholder

- Le autorità che rilasciano le licenze sono i principali stakeholder nella preparazione e diffusione delle linee guida per la progettazione dei locali e la formazione dello staff, e per l'applicazione delle norme di concessione delle licenze. Dovrebbero avere sufficiente responsabilità e risorse per assicurare che tutti i locali soddisfino requisiti di base e che tutto il personale di servizio porti a termine e partecipi a corsi di formazione accreditati.
- Coloro che applicano le sanzioni sono un altro gruppo di stakeholder dal momento che le norme per la formazione del personale e la progettazione dei locali in cui si serve alcol sono efficaci soltanto quando vengono fatte applicare.
- Se non esiste un sistema di licenze, i comuni sono gli stakeholder che assicurano, attraverso l'utilizzo di un congruo sistema di pianificazione, che i locali in cui si servono alcolici siano conformi ai requisiti standard in vigore.

Bibliografia

Anderson P (2008a). *Binge drinking and Europe*. Hamm, German Centre for Addiction Issues (DHS) (<http://www.ias.org.uk/resources/papers/europe/phproject/bingedrinking-report.pdf>).

Il documento descrive l'evidenza internazionale sull'efficacia delle misure per contrastare il fenomeno del bere per ubriacarsi, incluse quelle che riguardano i contesti in cui si beve. E' pubblicato da *Pathways for Health*, un progetto cofinanziato dalla Commissione Europea e gestito dal DHS.

WHO Regional Office for Europe, (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/document/E92823.pdf).

Questo rapporto, complementare al presente manuale, descrive le evidenze disponibili sull'impatto dei contesti in cui si beve sul consumo di alcol e sul danno alcol-correlato.

Gli interventi sanitari

Background

I disordini legati al consumo di alcol, incluso il consumo dannoso e l'alcoldipendenza, sono ufficialmente riconosciuti come disordini mentali e comportamentali ed inseriti nella lista della *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, X revisione (ICD-10) (WHO, 2006). I dati nazionali, o gli screening rappresentativi di popolazione, indicano il numero di soggetti con un consumo rischioso o dannoso di alcol, il numero di consumatori che eccedono le quantità che le agenzie per la tutela della salute indicano come limite massimo oltre il quale dovrebbe essere offerta un intervento breve. Le stime sul consumo di alcol sono rilevanti. Per esempio, nell'UE si è stimato che un soggetto adulto su sei consuma alcol in maniera definita rischiosa o dannosa e cioè che consuma almeno 40g di alcol al giorno per i maschi e 30g per le femmine. Gli stessi studi possono anche fornire informazioni sulla proporzione di adulti con alcoldipendenza, ed anche in questo caso, tali stime possono essere rilevanti essendo stato stimato che il 6% della popolazione adulta dell'UE è alcoldipendente. Nella quasi totalità degli studi nazionali c'è una considerevole discrepanza tra il numero di soggetti che necessitano di un intervento breve o trattamento ed il numero di coloro che lo ricevono. E' stato stimato che solo 1 soggetto su 20 con consumo rischioso e dannoso viene identificato e gli viene offerto un intervento breve da parte degli operatori dell'assistenza sanitaria primaria. Allo stesso modo, meno del 5% dei soggetti con alcoldipendenza riceve attualmente un trattamento specialistico.

Strategie

Numerose evidenze dimostrano l'importanza dell'implementazione dell'identificazione precoce e di programmi d'intervento breve nell'assistenza sanitaria primaria in soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol. E' anche dimostrato che tali programmi condotti in dipartimenti d'emergenza e pronto soccorso possono essere efficaci. Tuttavia, non vi sono sufficienti evidenze sull'efficacia di questi interventi in ambiti diversi da quelli dell'assistenza primaria.

Sono disponibili numerosi strumenti di identificazione e screening del consumo rischioso e dannoso di alcol. Tra questi il più studiato, conosciuto ed efficace è il test AUDIT *Alcohol Use Disorders Identification Test* dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (*Babor et al., 2001*). L'AUDIT è costituito da 10 domande che possono richiedere tempo per le risposte. L'AUDIT C, composto dalle sole prime 3 domande del test AUDIT, è più veloce e facile da utilizzare ed ha quasi la stessa efficacia nell'identificare i soggetti con consumo rischioso e dannoso rispetto al test completo.

I programmi d'intervento breve basati sul counselling comportamentale utilizzano "il metodo delle 5A":

1. *ask/assess (chiedere/valutare)* il consumo di alcol con strumenti di screening seguiti, se necessario, da valutazioni cliniche;
2. *advise (fornire avvertenze)* ai soggetti per ridurre il consumo di alcol;

3. *agree (concordare)* obiettivi per ridurre il consumo di alcol o l'astinenza (se indicato);
4. *assist (facilitare)* il paziente ad acquisire la motivazione, la capacità di auto-aiuto, ed il supporto necessario al cambiamento comportamentale; e
5. *arrange (organizzare)* controlli periodici e sedute successive di counselling, incluso l'invio di soggetti alcolodipendenti a centri di trattamento specialistici.

Un intervento breve può essere rapido (5–10 minuti) o richiedere più di un incontro successivo.

I governi possono sostenere i programmi di identificazione precoce ed intervento breve assicurando che siano disponibili le linee guida cliniche per tali interventi; che gli operatori dell'assistenza primaria ricevano un'adeguata formazione, materiale clinico ed informazioni per l'implementazione di tali programmi; che gli operatori siano adeguatamente retribuiti per gli interventi, o con iniziative d'incentivazione oppure con il pagamento della prestazione.

E' necessario decidere se proporre l'implementazione dell'identificazione precoce e dell'intervento breve a tutti i soggetti adulti afferenti all'assistenza primaria oppure procedere per gradi iniziando con tutti i nuovi pazienti e con quelli che si rivolgono all'assistenza primaria per un controllo medico di altre condizioni, quali ad esempio l'ipertensione o la tubercolosi.

Gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria trovano più semplice effettuare tali interventi quando supportati da centri specialistici ai quali eventualmente inviare consumatori di più difficile gestione.

Nella gestione di un disturbo alcol-correlato, il passaggio dall'assistenza primaria alla cura specialistica dovrebbe essere facilitato. Servizi specialistici per la cura dell'alcolodipendenza dovrebbero essere offerti a coloro che ne hanno necessità. Sebbene la gestione di questi disordini non rientri negli scopi di questo manuale, è necessario conoscere se esistono evidenze scientifiche sul trattamento farmacologico e comportamentale.

La tendenza è quella di inviare i soggetti che necessitano di trattamento dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale e territoriale. Trattamenti obbligatori non sono più raccomandati, fatta eccezione per i casi in cui viene stabilito dalla legge, quale è per i bevitori recidivi che guidano in stato di ebbrezza per i quali esistono evidenze di efficacia.

Questioni da prendere in considerazione

1. ***Ci sono linee guida per l'identificazione precoce e l'intervento breve?*** Le linee guida dovrebbero basarsi sulle evidenze scientifiche dei programmi di identificazione precoce ed intervento breve, sottolineando cosa può essere fatto, quando ed in che modo. Dovrebbero essere redatte da organismi appositi che preparano linee guida o da istituti di eccellenza clinica coinvolti in alcuni paesi nella preparazione e diffusione delle linee guida. Dovrebbero anche essere coinvolte le organizzazioni professionali per assicurare che le linee guida riflettano i bisogni degli operatori dell'assistenza primaria ed assicurarsi il loro supporto. *The Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA)* ha preparato linee guida sull'identificazione precoce e l'intervento breve per l'UE, e tali linee guida possono essere adattate a livello locale (*Anderson, Gual &*

Colom, 2005). Le linee guida nazionali possono essere integrate con modelli di efficacia e di costo-beneficio di scenari diversi per l'implementazione di programmi di identificazione precoce ed intervento breve.

2. ***Ci sono programmi di formazione per gli operatori dell'assistenza primaria sull'identificazione precoce e l'intervento breve?*** Durante la loro formazione clinica, soltanto alcuni operatori hanno ricevuto un'adeguata preparazione per poter fornire tali interventi. I programmi di formazione potrebbero essere sviluppati sulla base di linee guida e dovrebbero essere offerti sistematicamente a tutti gli operatori dell'assistenza primaria. Le versioni accreditate di tali corsi potrebbero essere incluse tra quelle obbligatorie per l'educazione continua in medicina. PHEPA oltre alle linee guida ha anche preparato un programma di formazione che può essere adattato a livello territoriale (Gual et al., 2005).
3. ***Esistono dei sistemi per monitorare la quantità e la qualità dei programmi di identificazione precoce ed intervento breve, in modo che si possa analizzare e migliorare l'efficacia?*** E' importante misurare la diffusione e la qualità di tali programmi. Il monitoraggio può essere effettuato tramite verifiche regolari (audit) delle schede mediche e mediante l'implementazione di un programma di garanzia di qualità. PHEPA ha preparato uno strumento di valutazione per monitorare la somministrazione di tali interventi (2009).
4. ***Esistono dei contributi finanziari per l'identificazione precoce e l'intervento breve?*** Tali contributi possono essere stabiliti sia sotto forma di programmi di miglioramento della qualità che come pagamento di una quota per prestazione. Gli incentivi finanziari possono giocare un importante ruolo motivazionale per gli operatori dell'assistenza primaria, specialmente considerando la riluttanza di alcuni operatori a svolgere interventi preventivi nella loro pratica.

Possibilità di azione

- **Mantenere lo status quo** assumendo che i soggetti con consumo rischioso e dannoso ricevono interventi da parte degli operatori dell'assistenza primaria, e quelli con altri disordini alcol-correlati dai centri specialistici. Tuttavia, numerose evidenze suggeriscono che è improbabile che tale assunzione sia vera. In assenza di sondaggi o stime affidabili è impossibile conoscere la situazione attuale. Mantenere lo status quo può essere visto come privo di costi, ma si tratta di una supposizione falsa. Investimenti su programmi di identificazione precoce ed intervento breve non solo migliorano lo stato di salute, ma riducono anche le spese sanitarie. Inoltre potrebbe essere sostenuto che soggetti con disordini alcol-correlati, incluso il consumo dannoso e l'alcoldipendenza, hanno diritti morali e legali di ricevere trattamenti appropriati.
- **Stabilire come target di offrire programmi di identificazione precoce e intervento breve al 30% della popolazione con consumo rischioso e dannoso di alcol.** Questo target può essere raggiunto mettendo a punto programmi appropriati, inclusa la formazione degli operatori. In tal modo, a ciascun paziente che si registra con un nuovo operatore sanitario, o che è sottoposto ad un controllo sanitario, o che consulta uno specialista per determinate patologie (come l'ipertensione o la tubercolosi) viene offerto tale intervento.

- **Stabilire come target l'offrire programmi di identificazione precoce ed intervento breve al 60% della popolazione a rischio.** Questo target più ambizioso prevede che a ciascun paziente che afferisce ai servizi di assistenza primaria, a prescindere dalle ragioni della consultazione, venga proposto tale intervento. Ciò necessiterà di un maggiore investimento nella formazione ed un maggior supporto per gli operatori dell'assistenza sanitaria primaria.

Stakeholder

- Le istituzioni coinvolte nella stesura delle linee guida cliniche per l'identificazione precoce e l'intervento breve sono i principali *stakeholder*.
- Altri importanti *stakeholder* sono i rappresentanti degli operatori dell'assistenza primaria, il cui coinvolgimento aiuterà ad assicurare che le linee guida riflettano il loro punto di vista professionale, così come ad assicurare l'utilizzo ed il supporto di tali programmi.
- Una terza categoria di *stakeholder* è rappresentata dagli enti pubblici ed organizzazioni private che finanziano e forniscono servizi di assistenza primaria. Questa categoria include il servizio sanitario nazionale, le associazioni, le compagnie assicurative, gli enti locali ed i comuni. Questi *stakeholder* dovrebbero essere motivati a finanziare programmi di identificazione precoce ed intervento breve. A tal fine, può essere utile analizzare l'impatto e il costo-beneficio in differenti situazioni al fine di realizzare questi programmi

Bibliografia

Anderson P, Gual A, Colom J (2005). *Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions*. Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia (http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/pdf/cg_1.pdf).

Così come per Gual et al., 2005, e per *Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA)*, 2009, questo lavoro è stato pubblicato dal PHEPA, un progetto cofinanziato dalla Commissione Europea.

Scafato E, Gandin C, Patussi V ed il gruppo di lavoro IPIB (a cura di). *Alcol e assistenza sanitaria primaria: linee guida cliniche per l'identificazione e l'intervento breve*. (http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/pres_linee_cliniche.asp)

Il volume è basato sulla traduzione e adattamento del testo *Alcohol and primary health care: clinical guidelines on identification and brief interventions* di Anderson P, Gual A, Colom J.

Babor TF, Higgins-Biddle JC (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in primary care*. Geneva, WHO (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf).

Questo manuale è scritto per operatori dell'assistenza primaria – medici, infermieri, operatori sanitari di comunità ed altre figure professionali che hanno a che fare con soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol.

Babor TF et al. (2001). *AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary care, second edition*. Geneva, WHO (http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf).

Introduce l'AUDIT e descrive come utilizzarlo per identificare soggetti con consumo rischioso e dannoso di alcol.

Scafato E, Patussi V, Mezzani L, Londi I, Codenotti T, Gandin C, Galluzzo L, Di Rosa M, Bruni S, Vanni E, Ghirini S, Martire S, Di Pasquale L, Scafato A, Parisi N, Chessa E, Scipione R, Russo R. *Programma di formazione IPIB-PHEPA Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care. Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria*, 2008 (<http://www.gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir361/doc9736.html>).

Il volume è basato sulla traduzione ed adattamento del testo *Alcohol and primary health care: training programme on identification and brief interventions* di Gual A. Anderson P, Segura L, Colom J del 2005.

Primary Health Care European Project on Alcohol (PHEPA) (2009). *Assessment tool report: hazardous and harmful alcohol consumption*. Barcelona, Health Department of the Government of Catalonia (http://gencat.net/salut/phepa/units/phepa/pdf/_assessment_tool.pdf).

Questo strumento descrive le procedure di identificazione precoce ed intervento breve nella PHC e fornisce risultati in alcuni paesi Europei. (gencat.cat/salut/phepa/units/phepa/html/en/dir532).

WHO (2006). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th revision: version for 2007* [online database]. Geneva, WHO (<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>).

WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care (2006). *WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care: report on Phase IV: development of country-wide strategies for implementing early identification and brief intervention in primary health care*. Geneva, WHO (http://www.who.int/substance_abuse/publications/identification_management_alcoholproblems_phaseiv.pdf).

WHO Regional Office for Europe, (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/document/E92823.pdf).

Questo rapporto, complementare al presente manuale, descrive le evidenze disponibili sull'impatto di programmi di identificazione precoce e di intervento breve sul consumo di alcol e sul danno alcol-correlato.

La sensibilizzazione pubblica

Background

Molte strategie ed iniziative nazionali sull'alcol sottolineano la necessità di informare ed educare la popolazione. Le ragioni per dare importanza all'educazione ed all'informazione sono varie. A volte, tale necessità esprime una semplice convinzione morale cioè che la popolazione deve avere conoscenze sull'alcol e su quanto sia rischioso per la salute. Altre volte ciò riflette il concetto che l'educazione e l'informazione possono risolvere i problemi alcol-correlati, una visione che talora è contraddetta dall'evidenza. Ed ancora, ciò può anche indicare il desiderio di evitare discussioni e andare a sostenere altri approcci per ridurre il danno alcol-correlato, per esempio regolando la disponibilità di alcol o incrementandone la tassazione.

L'educazione sull'alcol raramente va oltre il fornire informazioni sui rischi alcol-correlati, il promuovere la disponibilità di aiuto per i soggetti con consumo rischioso e dannoso, ed il mobilitare l'opinione pubblica ed il supporto per politiche effettive sull'alcol. Spesso, i programmi di educazione sull'alcol si basano sull'informare la popolazione sul livello di consumo rischioso o dannoso e su come calcolare il contenuto di alcol di una bevanda standard. Sebbene tali informazioni siano utili, non vi sono molte evidenze che dimostrino l'efficacia di tali campagne nei cambiamenti comportamentali, e spesso i livelli di consumo descritti si basano su concetti superati del rischio.

Ciò nonostante, anche se le evidenze indicano che l'impatto dei programmi di educazione è limitato, questo non significa che essi devono essere abbandonati. Piuttosto, dovrebbero essere migliorati, in primo luogo valutando le conoscenze e le convinzioni pubbliche per meglio indirizzare tali sforzi, ed in secondo luogo costruendo un supporto per migliorare le politiche sull'alcol rendendole più operative. Ciascun studente dovrebbe continuare a ricevere un'educazione scolastica sull'alcol. Quest'ultima, il cui supporto finanziario dovrebbe essere adeguato, è basata sul fatto che è improbabile ottenere un cambiamento comportamentale positivo da soli. Tale educazione scolastica dovrebbe mirare a coltivare le conoscenze ed ad essere di supporto alle politiche alcolologiche, e dovrebbe motivare i soggetti con consumo rischioso e dannoso a chiedere un aiuto. Infine, i programmi d'educazione finanziati dall'industria dell'alcol non dovrebbero essere supportati. Limitate evidenze suggeriscono che tali iniziative falliscono, paradossalmente portando ad una visione positiva dell'alcol e dell'industria – un andamento comparabile a quanto è largamente dimostrato per l'educazione sul fumo di tabacco e sull'industria del tabacco.

Strategie

Le campagne di sensibilizzazione ed educazione pubblica sull'alcol dovrebbero concentrarsi e limitarsi a fornire informazioni sui rischi alcol-correlati e sulla possibilità di ricevere aiuto e trattamenti adeguati finalizzati a ridurre il consumo dannoso. Tali programmi dovrebbero anche essere usati per rafforzare le politiche alcolologiche, in particolare quando vengono introdotte nuove norme come la riduzione dei limiti di alcol nel sangue alla guida, l'aumento dell'età minima per l'acquisto di bevande alcoliche o la tassazione sull'alcol.

Sebbene le evidenze del loro impatto sul comportamento siano limitate, le etichette con informazioni sulla salute (*warning label*) dovrebbero essere apposte su tutti i contenitori di bevande alcoliche, seguendo il modello già utilizzato per i prodotti contenenti tabacco. Una volta attivati, i costi di tali iniziative sono minimi e tali etichette possono ricordare ai consumatori i rischi legati al consumo, alla società che l'alcol non è un prodotto di prima necessità.

Un programma d'educazione sull'alcol scolastica dovrebbe essere proporzionato (nel senso di non richiedere un grosso investimento finanziario) e far parte integrante di un approccio olistico di promozione della salute scolastica. Potrebbe basarsi su tecniche educative che si sono dimostrate efficaci, quali ad esempio:

- concentrandosi su alcuni periodi evolutivi del giovane,
- parlando con i giovani a partire dalle fasi di sviluppo del programma,
- testando l'intervento sia con gli insegnanti che con un gruppo di studenti,
- assicurandosi che il programma sia interattivo e basato sullo sviluppo di conoscenze,
- fissando obiettivi di cambiamento comportamentale rilevanti per ciascun partecipante,
- ripetendo l'intervento negli anni successivi includendo informazioni d'utilizzo pratico immediato per i giovani,
- conducendo appropriati programmi di formazione per gli insegnanti sulla distribuzione di materiali interattivi,
- sostenendo i programmi di efficacia effettiva e riconosciuta.

I programmi d'informazione ed educazione sull'alcol dovrebbero rimanere di responsabilità degli organismi pubblici e non dell'industria dell'alcol dal momento che, come accennato, da alcune ricerche sembrerebbe che le campagne finanziate dall'industria tendono ad incoraggiare una visione più positiva dell'alcol e dell'industria che l'ha sostenuta.

Questioni da prendere in considerazione

1. ***Sono disponibili studi di popolazione sulle conoscenze, le opinioni e le attitudini concernenti l'alcol?*** Studi su gruppi di popolazione – quali gli adolescenti, le giovani donne che considerano la possibilità di una gravidanza e uomini di mezza età particolarmente a rischio di danni alcol-correlati– potrebbero essere utili nel pianificare programmi di educazione ed informazione.
2. ***Sono noti studi su come l'opinione pubblica recepisce le diverse misure politiche per contrastare l'alcol?*** Tali studi forniscono informazioni di indubbio valore su quali misure incontrano un supporto pubblico o meno. Sebbene le campagne di educazione ed informazione possano aumentare le conoscenze della popolazione sull'importanza delle misure di politica alcolologica, raramente hanno questa finalità. Quando una politica è intrapresa, tuttavia, come la riduzione dei limiti BAC alla guida, spesso diventa più facile programmare campagne per ottenerne consensi.
3. ***Esistono rassegne scientifiche sulle esistenti campagne di educazione ed informazione sull'alcol per stabilirne l'impatto ed il potenziale riguardo alla possibilità di un miglioramento?*** Sebbene con queste campagne, scolastiche e non, sia improbabile giungere a sostanziali cambiamenti comportamentali, esse rappresentano comunque una buona pratica educativa da incrementare.

4. **Esistono linee guida basate sull'evidenza sul ruolo dell'educazione della popolazione generale e di quella scolastica?** Preparare e disseminare linee guida può aiutare a stabilire il contesto politico e a raggiungere obiettivi politici.
5. **Quanto è coinvolta l'industria dell'alcol in tali iniziative educative?** Pur considerando il potenziale negativo di tali iniziative, è importante calcolare gli sforzi dell'industria nell'investire in campagne di educazione della popolazione. È importante che i finanziamenti pubblici delle azioni continuino ad essere forniti, e che i contributi dell'industria dell'alcol siano scoraggiati, dal momento che essi sono sempre più considerati come elementi di strategie globali di marketing.

Possibilità di azione

- **Mantenere lo status quo** e non cambiare il contenuto e gli scopi delle iniziative delle campagne di educazione sull'alcol: ciò rischia di utilizzare le risorse in maniera inappropriata ed inefficace, ad esempio implementando programmi non ben disegnati. C'è inoltre il rischio che l'industria dell'alcol prenda lo "spazio" educativo e ciò può condurre a situazioni opposte, ad esempio, l'aumento del consumo di alcol.
- **Revisionare e reinvestire nelle campagne di educazione ed informazione sull'alcol nelle scuole.** Tali sforzi dovrebbero essere finanziati in proporzione al loro potenziale impatto. La revisione dovrebbe essere basata sulla valutazione dei bisogni derivanti dai risultati di studi di popolazione sull'alcol. La rielaborazione di campagne di educazione dovrebbe fornire informazioni sui rischi legati al consumo di alcol, la disponibilità e l'efficacia degli interventi e dei trattamenti che mirano a ridurre il consumo dannoso, e l'evidenza delle politiche efficaci sull'alcol.
- **Sostenere campagne d'informazione ed educazione che possano essere di supporto all'introduzione o intensificazione di azioni basate sull'evidenza sull'alcol**, come la riduzione dei livelli di BAC alla guida, l'aumento dell'età minima legale per l'acquisto di bevande alcoliche, l'aumento della tassazione.
- **Introdurre, a rotazione, una serie di etichette con avvertimenti (warning labels) da apporre sui contenitori delle bevande e su tutti i materiali di comunicazione per le bevande alcoliche.** Il contenuto delle etichette dovrebbe essere determinato da enti sanitari pubblici. L'attenzione iniziale per questi messaggi dovrebbe essere indirizzata ad aspetti quali il consumo di alcol in gravidanza o durante la guida, estendendo, in un secondo momento, ai rischi a lungo termine del consumo di alcol quali quelli sull'ipertensione arteriosa ed il cancro.

Stakeholder

- Questi comprendono i dipartimenti ed i ministeri responsabili dell'educazione dei giovani, delle famiglie, delle comunicazioni e dei media. Il ministero della salute può attivare iniziative congiunte tra tali istituzioni per verificare l'efficacia delle iniziative educative.
- Altri importanti *stakeholder* sono il corpo docente ed il settore dell'istruzione, così come le organizzazioni che promuovono la salute e l'educazione sanitaria. Iniziative congiunte possono essere attivate per verificare l'impatto delle iniziative educative.

- Un altro stakeholder è il ministero per la tutela dei diritti dei consumatori; può collaborare con il ministero della salute per sviluppare ed implementare le etichette con gli avvertimenti sulla salute (warning label) sui contenitori delle bevande alcoliche.

Bibliografia

Anderson P (2008). *Consumer labelling and alcoholic drinks*. Hamm, German Centre for Addiction Issues (DHS) (http://dhs.de/makeit/cms/cms_upload/dhs/consumer_report.pdf).

Questo documento descrive le evidenze di efficacia delle warning label, pubblicato da Pathways for Health, un progetto cofinanziato dalla CE e coordinato da DHS.

WHO Regional Office for Europe, (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/document/E92823.pdf).

Questo rapporto, complementare al presente manuale, descrive le evidenze disponibili sull'impatto delle iniziative di educazione sul consumo di alcol e del danno alcol-correlato.

Gli interventi comunitari ed in ambito lavorativo

Background

Dare una regolamentazione alle misure sull'alcol a livello di comunità ha numerosi vantaggi. I problemi legati all'alcol hanno conseguenze immediate a livello locale alle quali la comunità deve rispondere direttamente; hanno a che fare con danni e decessi in seguito ad incidenti stradali, alla necessità di fornire assistenza medica ospedaliera e di pronto intervento ed offrire interventi sul consumo di alcol e sull'alcoldipendenza. Per i membri della comunità, i problemi alcol-correlati si basano su esperienze personali, così come i tentativi per affrontare o prevenire gli stessi. Quando i promotori di politiche alcolologiche locali prendono posizioni particolari, l'opposizione derivante dagli interessi acquisiti o da altri *stakeholder* può attrarre l'attenzione dei media. E' importante notare che esiste un'estrema variabilità nell'ambito di diverse comunità nel trattare problemi alcol-correlati. Una determinata area urbana costituisce un fattore di rischio alcol-correlato, in particolare quando è un'area a basso capitale sociale⁸, o quando sviluppa un'economia basata sulla vita notturna e genera fastidi e molestie alcol-correlate.

Nei luoghi di lavoro, il consumo dannoso di alcol ed i consumi eccessivi episodici aumentano il rischio di problemi quali l'assenteismo, il presentismo (presenza al lavoro con scarsa produttività), l'arrivare al lavoro in ritardo, il lasciare il lavoro prima del tempo, un aumentato turnover legato a morti premature, la scarsa produttività, i comportamenti inappropriati, i furti ed altri reati così come altri problemi che richiedono provvedimenti disciplinari, difficoltà nel lavoro di gruppo ed uno scarso spirito aziendale. Al contrario, fattori strutturali degli ambienti di lavoro, incluso lo stress eccessivo ed una bassa soddisfazione, possono aumentare il rischio di disordini alcol-correlati e di dipendenza da alcol.

Strategie

Programmi di prevenzione a livello di comunità possono essere efficaci nel ridurre il consumo di alcol alla guida, gli incidenti stradali. La mobilitazione della comunità può anche essere usata per aumentare la consapevolezza dei problemi nei luoghi in cui si consumano alcolici (i rumori, i comportamenti aggressivi) per sviluppare soluzioni specifiche e per indurre i proprietari dei locali alla presa di responsabilità.

La comunità e le caratteristiche del quartiere giocano un importante ruolo nel ridurre la disponibilità, nella promozione delle bevande alcoliche e nel ridurre il consumo eccessivo episodico. Le comunità che sostengono il divieto di vendita ai minori hanno più bassi livelli di consumo di alcol e di consumo episodico eccessivo. Progetti di comunità possono favorire la consapevolezza dei danni alcol-correlati. Il capitale sociale, se misurato tra studenti volontari, è associato ad un minor rischio di consumo eccessivo episodico, ubria-

⁸ *Il capitale sociale* è il tempo e l'energia individuale e di gruppo disponibili per lo sviluppo della comunità, *social network*, partecipazione sociale, attività ricreative ed altre attività che creano un legame sociale tra gli individui ed i gruppi. Situazioni che prevengono o limitano la disponibilità di capitale sociale per la comunità possono avere effetti negativi sulla salute ed il benessere dei suoi membri, ed a sua volta sulla comunità nella sua totalità (US CDC, 2009).

chezza e danni alcol-correlati, e se misurato tra i membri della comunità è associato ad una ridotta prevalenza di produzione e vendita illegale di alcol.

Interventi di comunità e scolastici possono essere utilmente combinati in quanto gli sforzi della comunità possono limitare l'accesso all'alcol ai giovani. Le comunità possono anche essere incoraggiate nel mobilitare l'opinione pubblica per affrontare fattori locali che determinano un aumento del consumo e dei problemi alcol-correlati – per esempio:

- contrastando le immagini che raffigurano come modelli persone che bevono;
- riducendo l'iniquo privilegio legato al consumo di alcol;
- migliorando la ricognizione sulla natura ed il peso delle conseguenze sociali e sanitarie del consumo dannoso;
- identificando ed opponendosi alle influenze che incoraggiano un maggior consumo;
- incoraggiando le persone a smettere di bere o ridurre il consumo dannoso;
- ed infine incoraggiando l'implementazione di politiche efficaci sull'alcol a livello locale.

Un'importante componente dei programmi comunitari sull'alcol che dimostra di avere un impatto sul bere dei giovani e sul danno alcol-correlato, quali ad esempio gli incidenti stradali e la violenza, è rappresentato dal regolamentare i mezzi di comunicazione. Ciò può educare il pubblico ed altri *stakeholder* nella comunità con il risultato di dare maggiore attenzione all'alcol nelle politiche pubbliche. Questa maggiore attenzione può portare a modificare l'approccio ai problemi alcol-correlati per fare in modo che si ottenga un risultato coordinato nei settori rilevanti come la società civile, il settore sanitario, le forze dell'ordine e le autorità comunali.

La principale caratteristica di un programma efficace di comunità è che implementi e sostenga interventi riconosciuti come efficaci, come le leggi su alcol e guida, quelle sulla restrizione delle vendite ai minori ed ai soggetti in stato di ebbrezza.

Gli interventi sui posti di lavoro che possono ridurre i danni alcol-correlati includono la promozione di posti di lavoro liberi dall'alcol, uno stile manageriale che riduca lo stress da lavoro ed incrementi gli incentivi lavorativi, ed interventi sui posti di lavoro quali la formazione in competenze psicosociali, l'intervento breve e le campagne di informazione sull'alcol.

Questioni da prendere in considerazione

1. *Sono disponibili rassegne sugli interventi sull'alcol a livello di comunità, incluse raccomandazioni e suggerimenti su come adattare tali interventi rispetto ai bisogni specifici di una comunità locale?* Molte comunità locali mostrano interesse nello sviluppare tali iniziative; programmi basati sulle evidenze potrebbero fornire loro un'utile guida.
2. *Sono stati sviluppati programmi di formazione per costruire competenze per attivare programmi comunitari efficaci sull'alcol?* C'è la tendenza a devolvere una maggiore responsabilità per azioni preventive di salute pubblica a livello comunitario e municipale. Tuttavia, non c'è sufficiente esperienza e capacità a livello locale per organizzare,

implementare e monitorare azioni basate sulle evidenze. Sarebbe utile sviluppare programmi di formazione per costruire tali competenze a livello locale.

3. *C'è la capacità di valutare e documentare programmi di comunità sull'alcol di modo che, per il loro supporto e miglioramento, si possa imparare dall'esperienza?* Programmi d'azione di comunità non sono sempre strutturati e condotti sulla base del principio dell'evidenza. Valutare e documentare i programmi esistenti può aiutare ad incrementare il numero di quelli a maggiore impatto.
4. *Vi sono rassegne di programmi sull'alcol sui luoghi di lavoro?* Queste rassegne dovrebbero comprendere sia iniziative pubbliche che private, internazionali e nazionali, a livello di piccole e grandi aziende. Dovrebbero includere raccomandazioni sull'efficacia e suggerimenti su come adattare i programmi alle esigenze specifiche dei diversi lavoratori. Molti posti di lavoro che non hanno attivato alcun programma o politica alcolica locale possono essere interessati a svilupparli e pertanto le informazioni basate sulle evidenze potrebbero essere di grande aiuto.
5. *Ci sono competenze per valutare e documentare programmi sull'alcol nei posti di lavoro, così che sia possibile rafforzarli e migliorarli imparando dall'esperienza a?* Così come per i programmi di comunità, anche quelli sui posti di lavoro non sono sempre strutturati ed implementati su principi basati sull'evidenza. Valutare e documentare i programmi esistenti potrebbe aiutare ad incrementare il numero di quelli strutturati per un impatto massimale.

Possibilità di azione

- **Mantenere lo status quo** e non sviluppare più programmi di comunità e nei luoghi di lavoro. In tal caso, non investendo più in programmi di comunità si perderebbe l'opportunità di mobilitare il sostegno pubblico per le nuove politiche sull'alcol. Inoltre, è possibile che molti dei programmi di comunità e nei luoghi di lavoro non siano stati progettati, implementati e tanto meno valutati in maniera ottimale.
- **Sviluppare risorse per azioni comunitarie sull'alcol nei luoghi di lavoro.** Queste risorse dovrebbero servire a dare indicazioni su programmi efficaci sull'alcol e all'analisi dei fattori che contribuiscono al loro successo, sia a livello comunitario che nei luoghi di lavoro includendo strumenti di valutazione.
- **Finanziare e creare un meccanismo di valutazione e documentazione di questi programmi,** per rafforzare l'attuazione e la prosecuzione di vecchi e nuovi programmi e raggiungere migliori risultati nella comunità e nei luoghi di lavoro.
- **Effettuare una rassegna della legislazione nazionale sull'alcol** per potenziali miglioramenti ed assicurare che siano facilitate (e non ostacolate) e supportate iniziative nella comunità e nei luoghi di lavoro

Stakeholder

- Per i programmi di comunità, i partner chiave sono le reti municipali e di comunità che forniscono l'opportunità di discutere e sviluppare iniziative sull'alcol.
- Per i programmi sui luoghi di lavoro, è necessario coinvolgere un certo numero di *stakeholder*, inclusi alcuni ministeri o dipartimenti responsabili del lavoro, dell'impiego ed i sindacati.

Bibliografia

The Netherlands Institute for Health Promotion (NIGZ) (2005). *Getting Evidence into Practice*. Woerden, NIGZ (<http://subsites.nigz.nl/systeem3/site2/index.cfm>).

Il progetto “*Getting Evidence into Practice*” ha sviluppato il primo di due strumenti che può essere utilizzato per la determinazione della qualità dei programmi di comunità. Il “*European Quality Instrument for Health Promotion*” (EQUIHP) è stato progettato per valutare e migliorare attività di promozione della salute.

The Netherlands Institute for Health Promotion (2009). Preffi. Woerden, (http://www.nigz.nl/index_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54)

Il secondo strumento di valutazione dei programmi di comunità è “*l’Health Promotion Effect Management Instrument*” (Preffi), uno strumento diagnostico per incrementare l’efficacia di programmi di promozione della salute. Preffi 2.0 è stato introdotto nel 2003 ed è stato progettato per professionisti coinvolti nello sviluppo e nell’attuazione di interventi di promozione della salute.

United States Centers for Disease Prevention and Control (US CDC) (2009). *Healthy places terminology: social capital*. Atlanta, CDC (<http://www.cdc.gov/healthyplaces/terminology.htm#p>).

WHO Regional Office for Europe, (2009). *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (www.euro.who.int/document/E92823.pdf).

Questo rapporto, complementare al presente manuale, descrive l’evidenza disponibile sull’impatto dei programmi di comunità e sui luoghi di lavoro.

Il monitoraggio e la valutazione delle azioni

Background

Come sottolineato nel capitolo “Sviluppare ed implementare un piano di azione”, per essere efficaci le strategie e le azioni nazionali dovrebbero includere obiettivi e *target* elaborati a tal fine. E’ necessario sviluppare, con rapporti annuali, i processi e gli indicatori di *outcome* ed i *target* destinati ad informare gli *stakeholder*. Una valutazione sistematica permette di seguire lo sviluppo delle strategie e del piano d’azione nazionale, aiutando ad identificare cosa funziona o meno, e permette una revisione regolare del piano o della strategia. Gli strumenti nazionali ed i rapporti di monitoraggio dovrebbero essere pubblici, e la popolazione e gli *stakeholder* dovrebbero essere invitati a fornire suggerimenti e feedback ad intervalli regolari.

Strategie

Il *Committee on Data Collection, Indicators and Definitions* (2008) della Commissione Europea indica 3 indicatori chiave per monitorare i cambiamenti del consumo e del danno alcol-correlato. Questi indicatori misurano:

1. *Il volume di consumo* (espresso come consumo pro-capite di litri di alcol puro totale nell’adulto (≥ 15 anni), con sottoindicatori per il tipo di bevanda: birra, vino e superalcolici;
2. *Le modalità di consumo* (l’assunzione di almeno 60 grammi di alcol in una singola occasione almeno una volta al mese nel corso degli ultimi 12 mesi); e
3. *Il danno alcol-correlato* (anni di vita persi (YLL) attribuibili all’alcol, con sottoindicatori attribuibili all’alcol YLL di malattie croniche ed infortuni.

Vi sono diverse fonti potenziali di dati per monitorare l’impatto delle politiche sull’alcol e delle strategie, incluse le seguenti.

Dati sull’accessibilità L’indice del prezzo dell’alcol mostra quanto il prezzo dell’alcol è cambiato rispetto ad un prezzo base. L’indice del prezzo di vendita al dettaglio (RPI) è una misura dell’inflazione che mostra quanto il prezzo di un prodotto cambia rispetto al prezzo di base.

L’indice relativo del prezzo dell’alcol è così calcolato:

indice del prezzo al consumo dell’alcol / indice del prezzo di vendita (RPI)* 100.

Il numero risultante dimostra come il prezzo dell’alcol sia cambiato rispetto al prezzo di altri prodotti. Un valore inferiore a 100 indica che il prezzo è aumentato meno dell’inflazione durante il periodo di tempo esaminato. *L’indice di reddito reale disponibile delle famiglie* indica il totale delle entrate famigliari al netto delle tasse, contributi pensionistici ed altri pagamenti, convertiti in termini reali (ad esempio dividendo per l’indice del prezzo di vendita al dettaglio per correggere dall’inflazione). *L’accessibilità dell’alcol* indica la sua accessibilità relativa comparando i cambiamenti del suo prezzo relativo rispetto ad altri beni, ai cambiamenti delle entrate disponibili nello stesso periodo.

Può essere calcolato come segue:

L'accessibilità dell'alcol =

Indice di reddito reale disponibile delle famiglie / Indice relativo del prezzo dell'alcol * 100

Se il valore è superiore a 100, l'alcol è più accessibile rispetto ad un dato anno di riferimento.

La disponibilità dell'alcol. La disponibilità, espressa come il volume di alcol pro-capite giornaliero a livello domestico, può essere ottenuta tramite i dati riguardanti le entrate ed i dazi doganali.

I dati di criminalità. Gli studi di popolazione e gli archivi della polizia possono fornire dati sulle tipologie e sull'andamento dei crimini alcol-correlati.

Le indagini sui consumi alimentari. Le indagini sui consumi alimentari, tipicamente basate su raccolte di dati famigliari, possono fornire dati sulla spesa alimentare, incluse le bevande alcoliche. I dati si riferiscono però alla spesa ed alle quantità degli acquisti piuttosto che al consumo di alimenti e bevande.

Le indagini generali sulle famiglie. Le indagini generali sulle famiglie sono studi che forniscono informazioni su diversi argomenti legati agli aspetti della vita quotidiana delle famiglie. Domande sul consumo di alcol possono essere incluse per stimare, ad esempio, i cambiamenti della prevalenza di consumo episodico eccessivo.

Le statistiche ospedaliere. Le schede di ammissione ospedaliera sono classificate mediante l'ICD (WHO, 2006). L'ICD è una classificazione diagnostica internazionale utilizzata a fini epidemiologici e per altri aspetti di gestione sanitaria. E' utilizzata per classificare malattie e problemi sanitari correlati composta da diversi settori, incluse le schede ospedaliere ed i certificati di morte. La WHO pubblica l'ICD che è attualmente alla decima revisione (ICD-10). Ricoveri per condizioni totalmente alcol-attribuibili (per esempio la psicosi alcolica) possono essere integrate da quelli parzialmente alcol-attribuibili (per esempio l'ipertensione) per avere un quadro più completo degli effetti dell'alcol sulla salute.

La classificazione ICD-10. La decima revisione dell'ICD (WHO, 2006), l'ultima di una serie di classificazioni di malattie, riorganizza maggiormente la struttura ed i raggruppamenti rispetto alla nona versione. Un codice alfanumerico sostituisce il precedente numerico, ad esempio, l'alcoldipendenza che aveva un codice 303 nell'ICD-9 è F10.2 nell'ICD-10. La riorganizzazione delle classificazioni significa che non sempre vi è una corrispondenza tra le due revisioni; ad esempio, il codice equivalente più prossimo all'ICD-9 571.1 (epatite alcolica acuta) è nell'ICD-10 il codice K70.1 (epatite alcolica) e K70.9 (epatopatie alcoliche, non specificate). I decessi possono anche essere classificati con i codici ICD-10 e calcolati come frazioni di mortalità alcol-attribuibile dovuta a patologie alcol-correlate.

Le indagini multiscopo. Sono studi effettuati da uffici statistici nazionali in alcuni mesi dell'anno per mandato di diversi dipartimenti governativi ed enti che includono specifiche domande sul consumo di alcol.

I rapporti sugli incidenti stradali. Essi forniscono informazioni dettagliate sulle cause dell'incidente (incluso l'alcol e la guida), il coinvolgimento di veicoli e persone ed altri dati sull'incidente, nonché sulle cause determinanti e l'andamento degli incidenti nel tempo.

Le indagini sulle scuole e gli adolescenti. Molti paesi partecipano allo studio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) (hbsc.org) ed al progetto *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*, che forniscono regolarmente dati sul consumo di bevande alcoliche nei giovani.

I rapporti annuali sull'alcol. Sono resi disponibili annualmente per coprire almeno 4 aspetti:

1. *il consumo di alcol degli adulti*, incluso l'andamento dei consumi alcolici nel tempo, il tipo di bevanda consumata, le variabili socio-economiche, le caratteristiche demografiche, il bere in gravidanza, i comportamenti e le conoscenze sul bere dell'adulto, la distribuzione dei consumi rispetto alle diverse aree geografiche;
2. *il consumo di alcol dei minori*, incluso l'andamento dei consumi di alcol nel tempo, il tipo di bevanda consumata, il consumo tra diversi gruppi etnici, il bere e la salute mentale, i comportamenti e le conoscenze del bere dei minori;
3. *lo stato di salute e malattia alcol-correlato*, incluso il consumo rischioso, dannoso e l'alcoldipendenza, le consultazioni sul bere con professionisti della salute, le ammissioni ospedaliere alcol-correlate e la mortalità alcol-correlata; e
4. *i costi per la società*, incluse le spese sull'alcol, la disponibilità e l'accessibilità dell'alcol, i crimini e gli incidenti stradali alcol-correlati.

Questioni da prendere in considerazione

1. ***Sono presenti dati sull'alcol raccolti sistematicamente che possono rendersi disponibili in tempi brevi?*** Questo è il prerequisito chiave per la compilazione di un rapporto annuale sull'alcol. Vi sono numerose fonti di dati correlate all'alcol, spesso di diversi dipartimenti ed enti governativi. E' necessario mettere insieme tali fonti di dati e disporre di una rassegna sul consumo di alcol e sul danno alcol-correlato descrivendo gli andamenti nel tempo per rendere possibile il monitoraggio dell'impatto delle attuali politiche e programmi esistenti.
2. ***Le indagini esistenti includono le domande necessarie per sviluppare un rapporto annuale sull'alcol?*** Se no, ad una serie di indagini periodiche, sia condotte da uffici statistici nazionali che da altri dipartimenti governativi, alcune domande relative all'alcol possono essere facilmente aggiunte.

Possibilità di azione

- **Mantenere lo status quo.** Sebbene alcune nazioni producono già rapporti nazionali annuali sull'alcol, è auspicabile che tutte le nazioni possano trovare il modo per attivarsi a tal fine. Inoltre, è difficile migliorare i piani d'azione e le strategie esistenti in assenza di diffusi sistemi di valutazione e monitoraggio.
- **Assemblare tutti i dati esistenti sull'alcol in un unico rapporto annuale** comprendente il consumo, il danno alcol-correlato ed i costi sociali, rendendolo pubblico. Tale rapporto può anche includere informazioni più dettagliate su aspetti specifici a rotazione.
- **Raffinare i metodi analitici utilizzati nel generare dati sull'alcol.** I dati di morbilità e mortalità dovrebbero includere il calcolo delle frazioni alcol-attribuibili. E' anche importante stimare i costi sociali, in particolare quelli evitabili, come risultato di specifiche misure politiche sull'alcol.

Stakeholder

- Dal momento che più dipartimenti governativi sono responsabili della raccolta dati e nella conduzione di indagini diverse che possono contribuire alla stesura di un rapporto annuale sull'alcol, è opportuno creare un gruppo di esperti per sostenere la raccolta e la disponibilità di dati sull'alcol. A livello internazionale, i paesi Europei sono anche obbligati a riportare regolarmente determinati dati alla WHO (se membri della UE) ed alla Commissione Europea.

Bibliografia

Committee on Data Collection, Indicators and Definitions (2008). *1st meeting: Luxembourg, 4.12.2008: summary report*. Luxembourg, European Communities (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/Forum/docs/ev_20081204_mi_en.pdf). La Commissione sta sviluppando indicatori per monitorare l'implementazione dell'*European Commission's communication on alcohol, 2006*.

National Health Service (NHS) Information Centre for Health and Social Care (2008). *Statistics on alcohol: England, 2008*. London, NHS Information Centre for Health and Social Care (www.ic.nhs.uk/pubs/alcohol08).

Un esempio di rapporto annuale sull'alcol del Regno Unito.

WHO (2006). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 10th revision: version for 2007*. Geneva, WHO (<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>).

WHO (2009b). *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)* Geneva, WHO (<http://apps.who.int/globalatlas>).

GISAH fornisce un accesso rapido e di semplice utilizzo di una serie di indicatori alcol-correlati. E' uno strumento essenziale per determinare e monitorare lo stato di salute e l'andamento nel tempo del consumo e del danno alcol-correlato e le risposte politiche in ciascuna nazione.

consulta anche i siti:
www.epicentro.iss.it/alcol

info:
alcol@iss.it