

La posizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità

RENZO DE STEFANI

Centro Studi e Documentazione dei problemi alcol-correlati, Trento

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con particolare riferimento alla Regione Europea¹, si è occupata molto negli ultimi anni di alcol e di problemi alcolcorrelati e ha prodotto due documenti di estremo interesse. Il primo è *“Alcol, un Piano d'azione europeo”*, Copenhagen, 1992. Il secondo è *“Alcol, meno è meglio - La Carta Europea sull'Alcol”*, Parigi, 1995.

Da questi due documenti, più generale e propedeutico il primo, più analitico e per molti versi più “politico” il secondo, si ricava molto chiaramente quale è oggi la posizione ufficiale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sull'alcol.

Piuttosto che fare una trasposizione dei due documenti ci sembra utile riportarne i brani più significativi per lasciare al lettore la possibilità di accedere direttamente al pensiero dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in tema di alcol e problemi alcolcorrelati.

Per parte nostra ci limitiamo a sottolineare alcuni dei principali fili conduttori dei due documenti che testimoniano il loro approccio fortemente innovatore rispetto a quanto la cultura generale e sanitaria europea aveva espresso in tema di alcol fino ai primi anni 90.

- Scompare la tradizionale distinzione tra uso e abuso. Il bere diventa un comportamento a basso o ad alto rischio in relazione a diversi parametri, primo tra tutti ovviamente le quantità di assunzione.
- Al rischio possono seguire danni nelle sfere più diverse della vita umana. Sono i cosiddetti problemi alcolcorrelati che possono investire la sfera fisica, psichica, relazionale sociale dell'uomo, all'interno della sua famiglia e della sua comunità.
- I problemi alcolcorrelati sono direttamente proporzionali al consumo medio di alcol pro capite nella popolazione generale.

Una politica efficace sull'alcol deve avere come obiettivo principale la riduzione dei livelli di consumo nella popolazione generale e non solo tra forti bevitori e gli alcolisti. Infatti il gruppo dei cosiddetti “bevitori moderati”, pur presentando singolarmente un relativo basso rischio di problemi alcolcorrelati, costituisce numericamente oltre la metà della popolazione di una comunità locale e totalizza un numero complessivo di problemi alcolcorrelati superiore a quello degli alcolisti.

- Occorre attivare programmi “forti” di informazione e di educazione alla salute rivolti alla popolazione generale sulle conseguenze del consumo di bevande alcoliche sulla salute, la famiglia, la società e finalizzati alla riduzione dei consumi. Da qui il Piano d'azione europeo finalizzato a ridurre di almeno del 25% i consumi entro il 2000 e che riprende il target 17 del noto programma *“Salute per tutti entro l'anno 2000”*.
- Le politiche sull'alcol necessitano di vaste e convergenti sinergie tra i vari soggetti che hanno responsabilità specifiche e responsabilità generali al riguardo (decisori politico-amministrativi, servizi sanitari e sociali, scuola, informazione, giustizia, forza dell'ordine ed esercito, associazioni di volontariato, culturali, sportive, scuole guida, produttori e distributori di bevande alcoliche, rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori autonomi e dipendenti, compagnie di assicurazione). In buona sostanza la comunità nel suo complesso a partire dalle famiglie dove la cultura di riferimento si forma, si sedimenta e si può più facilmente modificare.
- Tutti, ed in particolare i bambini e gli adolescenti, hanno diritto ad una vita familiare, lavorativa e sociale protetta dalle conseguenze negative legate al consumo di bevande alcoliche.
- Tutti coloro i quali hanno problemi alcolcorrelati e i loro familiari hanno diritto a interventi e trattamenti di cura e riabilitazione facilmente accessibili e diffusi capillarmente su tutto il territorio, con particolare

¹ La Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità comprende 46 paesi dell'Europa Occidentale ed Orientale. Ha sede a Copenhagen.

attenzione a sviluppare gli interventi dell'assistenza sanitaria di base e i programmi delle Organizzazioni non Governative di auto mutuo aiuto.

- Occorre aumentare la capacità complessiva della società ad occuparsi di alcol e dei problemi alcolcorrelati.

“Alcol, un Piano d'azione europeo”, *Copenhagen, 1992*²

Trend in Europa

Anche se esistono problemi relativi alla comparabilità e all'accuratezza dei dati, le analisi mostrano che il consumo pro-capite di alcol in Europa è aumentato rapidamente nel periodo che va dal 1950 alla fine degli anni 70. Durante il periodo 1980-1989 il consumo di alcol è diminuito o si è stabilizzato in due terzi degli Stati Europei e sta aumentando nel terzo rimanente. Si evidenzia un rapido aumento del consumo in alcuni Stati dell'Europa centrale e orientale a partire dal 1989. A livello mondiale l'Europa è il continente con produzione, esportazione e consumi di alcol più elevati. In generale il consumo di alcol in Europa rimane troppo elevato e ci sono almeno quindici Stati in cui il consumo pro-capite supera gli otto litri di alcol puro.

Esiste una forte correlazione fra livelli di consumo di alcol e salute, dal momento che l'uso di alcol provoca problemi sociali ed economici. In tutti gli Stati i problemi sono strettamente correlati con il consumo pro capite. A livello individuale esiste una relazione fra dose e risposta. All'aumentare, negli individui, del consumo di alcol, aumenta il rischio di sviluppare problemi di salute.

Anche se non ci sono stime attendibili relative ai problemi alcolcorrelati nell'Europa vista nel suo complesso, i dati provenienti da alcuni Stati Membri mostrano che:

- l'uso di alcol causa una spesa sociale considerevole in termini di perdita di produttività e costi per la salute; la spesa si riflette sull'assistenza sociale, sul sistema dei trasporti e della giustizia. Il peso economico è stato stimato in circa il 5-6% del Prodotto Nazionale Lordo;
- l'uso di alcol è causa di una parte consistente della morbilità e della mortalità e porta all'utilizzo di una quota significativa di servizi sanitari. È stato stimato che il 6% dei decessi di persone con età inferiore ai 75 anni e il 20 % delle ammissioni per patologie acute negli ospedali sono imputabili all'uso di alcol. Significativi problemi di salute associati all'alcol includono l'ipertensione, la malattia cerebrovascolare, i tumori (in particolare quelli delle vie aeree superiori e del tratto digestivo), la cirrosi epatica e, infine, i danni alla salute mentale (comprendendo dipendenza e problemi comportamentali);
- l'uso di alcol è legato a più di un terzo degli incidenti stradali e delle morti per incidenti stradali e costituisce un fattore importante negli incidenti domestici e del tempo libero nonché negli infortuni sui luoghi di lavoro;
- l'uso di alcol è collegato a una parte consistente di problemi di ordine pubblico inclusi crimini, omicidi e atti violenti;
- l'uso di alcol è una delle cause più rilevanti nelle crisi familiari, nella violenza domestica e in quella sui bambini richiedendo sforzi notevoli da parte dei servizi sociali;
- l'uso di alcol diminuisce la produttività lavorativa a causa di assenteismo, incidenti e riduzione delle prestazioni professionali;
- l'uso di alcol si associa all'uso di altre sostanze e agisce in modo sinergico con altri fattori di rischio nell'aumentare la morbilità e la mortalità.

I problemi sanitari e sociali legati all'alcol non solo sono associati alla dipendenza e all'eccessivo consumo ma insorgono anche a fronte di livelli di assunzione moderati. I problemi che derivano da un sempre più elevato numero di bevitori moderati nella popolazione hanno un impatto socio-sanitario e economico di grande peso per la società.

Ci sono forze al lavoro che potrebbero portare ad un aumento dei consumi e dei danni associati con gli attuali modelli del bere. Esse comprendono la liberalizzazione politica, l'urbanizzazione, l'industria-

² Edizione italiana a cura del Centro Studi e documentazione sui problemi alcolcorrelati di Trento, 1994

lizzazione, la migrazione, i cambiamenti nella struttura familiare, l'aumento del potere d'acquisto, la riduzione dei prezzi reali al consumo delle bevande alcoliche, l'eccessiva disponibilità di vino. L'aumento dei viaggi internazionali e l'intensa attività di commercializzazione dell'alcol.

Intenti strategici

Lo scopo del Piano d'azione europeo sul consumo di alcol è di favorire e sostenere il raggiungimento dell'obiettivo 17 della Salute per Tutti mediante significative riduzioni presso gli Stati Membri del consumo di alcol dannoso per la salute. Questa finalità può essere conseguita utilizzando misure per ridurre i livelli complessivi di consumo di alcol (un approccio basato su tutta la popolazione) e misure specifiche nei confronti dei comportamenti a rischio (un approccio nei confronti del rischio elevato).

L'approccio al rischio elevato è primariamente interessato ad identificare e ad aiutare gli individui con problemi particolari. In pratica, tuttavia, un approccio al rischio elevato è difficile da implementare ed è di scarsa utilità nei confronti dei problemi alcolcorrelati che nascono dal bere moderato.

L'approccio basato su tutta la popolazione è più produttivo in termini di guadagno in salute. Questo non solo perché una riduzione complessiva dei consumi diminuisce i problemi che nascono da tutti i tipi di bevitori, ma anche perché i forti bevitori e i loro problemi sono particolarmente sensibili agli interventi basati su tutta la popolazione.

Un approccio basato su tutta la popolazione inoltre ha lo scopo di cambiare la percezione di quelli che sono considerati i livelli normali del consumo di alcolici e dei modelli culturali del bere: tale cambiamento verrebbe ad avere importanti conseguenze culturali di lungo periodo. Un contesto in cui l'uso ridotto del bere costituisse la norma, eserciterebbe una potente pressione sui forti bevitori a ridurre il loro livello di consumo di alcol, potenziando in questo modo l'approccio al rischio elevato.

In ogni caso, gli interventi che offrono benefici alla popolazione nel suo complesso offrono poco agli individui e possono essere scarsamente motivanti a ridurre il consumo di alcolici. Un approccio al rischio elevato è pertanto necessario quale complemento all'approccio basato su tutta la popolazione.

Conclusioni

L'alcol costituisce un'area prioritaria per l'azione europea. Il consumo di alcol costituisce una delle principali cause di morte precoce e di malattie evitabili. Azioni efficaci possono essere intraprese per ridurre il consumo d'alcol; queste offrono una significativa opportunità per l'investimento in salute. Possono essere definiti obiettivi collegati con il consumo d'alcol, e possono essere monitorati i progressi nel loro raggiungimento.

La sanità e l'assistenza sociale, i trasporti, il sistema giudiziario e i luoghi di lavoro sono fra i settori più importanti della società che si debbono confrontare con i danni provocati dall'uso di alcol.

Politiche di controllo dell'alcol ben equilibrate, in particolare quelle che definiscono un'età minima per poter bere alcolici, stabilendo incrementi di prezzi e di tasse e controllando la disponibilità di alcolici, hanno dimostrato di avere un preciso valore preventivo.

Le politiche nazionali e internazionali hanno la necessità di essere sostenute dall'azione locale. I programmi di comunità hanno dimostrato di riuscire a cambiare gli stili di vita di tutta la comunità e ad avere il sostegno politico e pubblico per progetti indirizzati a regolamentare la vendita e l'uso di alcol.

Una strategia nei confronti dei bevitori ad alto rischio basata sull'assistenza sanitaria di base può costituire un importante complemento alle strategie nazionali e locali basate su tutta la popolazione. L'assistenza sanitaria di base ha un importante ruolo da svolgere a difesa della salute pubblica delle comunità locali; l'assistenza sociale e il sistema giudiziario sono importanti agenti per l'educazione delle comunità.

Il Piano d'azione europeo sull'alcol intende creare un movimento europeo integrato e sostenuto, finalizzato alla prevenzione dei rischi per la salute e dei problemi sociali che dal consumo di alcol derivano e al miglioramento della salute degli europei attraverso una riduzione complessiva del consumo di bevande alcoliche.

“Alcol, meno è meglio, la Carta Europea sull’Alcol”, Parigi, 1995³

Rapporto della Conferenza Europea dell’Organizzazione Mondiale della Sanità “Salute, Società e Alcol” Parigi, 12 - 14 dicembre 1995⁴

Presentazione

Il Dicembre 1995 ha rappresentato un’importante pietra miliare per la salute pubblica europea. Per la prima volta l’Organizzazione Mondiale della Sanità si è riunita in una Conferenza in cui i Ministri della Sanità ed altri funzionari della maggior parte degli Stati Membri della Regione Europea si sono incontrati per affrontare uno dei più difficili problemi di salute pubblica. In che modo l’Europa avrebbe potuto affrontare i problemi legati all’uso di alcol in una maniera realistica, accettabile ed efficace? La Conferenza si è riunita non solo perché un consumo elevato di alcol rappresenta una grave minaccia alla salute ed alla qualità della vita delle persone, delle comunità locali e delle Nazioni, ma anche perché l’Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene l’Europa abbastanza matura per affrontare un problema che per generazioni è stato considerato un’inevitabile maledizione che la società poteva soltanto sopportare. Questa sfida richiedeva coraggio politico. Gli Stati Membri della Regione Europea avevano già mostrato tale coraggio nel 1992, quando il Comitato Regionale per l’Europa dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, al fine di combattere i problemi alcolcorrelati aveva adottato il Piano d’Azione Europeo sull’Alcol.

Politiche efficaci e programmi atti a ridurre i problemi sociali e di salute causati dall’uso dell’alcol servono non solo per stabilire una serie di interventi specifici, ma anche per promuovere un cambiamento culturale ampio, a lungo termine e duraturo verso una società in cui l’uso dell’alcol sia diverso e più moderato rispetto ad ora.

Tale cambiamento richiede un dibattito aperto sulle tematiche, basato su evidenze realmente scientifiche, sul comportamento del bere ed i suoi effetti sulla salute e sulla società di ciascun Paese. Gli esperti sulla salute e sui problemi sociali devono promuovere il dibattito; essi conoscono i problemi ed i dati, ed hanno sia la responsabilità che la preparazione scientifica per affrontare tematiche difficili con i rappresentanti politici nei vari Paesi. A tal fine i gruppi professionali possono ricevere un rilevante sostegno da mass media responsabili. I media non dovrebbero comportarsi da spettatori passivi, ma essere attivi e critici protagonisti nella promozione di una migliore qualità di vita per i popoli europei.

Un ruolo particolarmente importante può essere svolto da Organizzazioni non Governative illuminate, che sono spesso in grado di parlare con passione ed a ragion veduta dell’impatto reale dell’alcol sulle persone, le famiglie e le comunità. Tali Organizzazioni sono anche in grado di approfondire l’impegno e l’energia necessari per lavorare anche in un contesto politicamente rischioso.

Se vogliamo ora considerare le condizioni necessarie al successo, ciascun Paese ha bisogno di una vasta politica nazionale e di un programma che comprenda i principali approcci e questi devono essere attentamente elaborati per andare incontro ai bisogni specifici ed alle caratteristiche del Paese. Gli sforzi in ordine sparso falliranno se non saranno sostenuti da una politica nazionale chiara. Si troveranno, a lungo termine, privi del sostegno che può essere creato solo da una direttiva nazionale e da un programma d’azione, con l’attiva collaborazione di molti settori e gruppi della società.

La Conferenza Europea su “*Salute, Società e Alcol*” ha rappresentato l’apice della prima fase del Piano d’Azione Europeo nei confronti dell’alcol e il lancio di ciò che noi, all’Organizzazione Mondiale della Sanità, speriamo sia un “cambiamento oceanico” nella consapevolezza pubblica e nella motivazione per l’azione in ciascuno e in tutti i Paesi della Regione Europea.

Introduzione

Questi ultimi dieci anni hanno visto una azione senza precedenti a livello europeo per ridurre i danni provocati dall’alcol.

Il primo passo è stato fatto nel 1991, quando gli Stati Membri della Regione Europea dell’Organizza-

³ Ai lavori della Conferenza di Parigi ha partecipato ufficialmente anche il Governo italiano e la Carta Europea sull’alcol è stata formalmente recepita e fatta propria dal nostro Ministero della sanità

⁴ Edizione italiana a cura del Centro Studi e documentazione sui problemi alcolcorrelati di Trento, 1997

zione Mondiale della Sanità hanno riconfermato il loro impegno nella politica della salute per l'Europa, come espresso nei 38 obiettivi della *'Salute per Tutti'*. L'obiettivo 17 propone la riduzione del 25% nel consumo di alcol tra il 1980 e il 2000, con particolare attenzione alla riduzione dell'uso dannoso.

Questo obiettivo costituisce uno stimolo per lo sviluppo delle politiche ed è importante per tre ragioni:

- c'è una forte relazione tra il livello di consumo medio di alcol pro-capite di un Paese e la presenza nella popolazione di quel Paese di problemi legati all'uso di alcol;
- dei 40 Paesi Europei per cui sono disponibili i dati, 21 hanno avuto un incremento del consumo di alcol sia durante l'intero periodo 1980 - 1993 sia negli anni più recenti;
- il 90% dei Paesi europei spesso supera il consumo annuale di 2 litri di alcol anidro pro capite. È dimostrato che a questa soglia corrisponde il più basso livello di rischio di mortalità per le popolazioni.

Il secondo passo è stato fatto nel 1992 quando gli Stati Membri appoggiarono con energia il Piano d'Azione Europeo sull'Alcol proposto come un insieme positivo di linee guida da seguire. Lo scopo del Piano d'Azione è di aiutare i Paesi a prevenire i rischi per la salute e le conseguenze sociali che insorgono a seguito dell'uso di alcol attraverso:

- l'introduzione di politiche globali;
- il riconoscimento dell'importanza di azioni multisettoriali e del ruolo importante delle comunità locali;
- lo sviluppo nel contesto della assistenza sanitaria di base di programmi globali di prevenzione e gestione dei problemi legati all'uso di alcol.

Bere e danno in Europa

La Regione Europea mostra un'immagine variegata ed in fase di cambiamento del consumo di alcol e del danno ad esso correlato. Tra il 1980 e il 1993 il consumo medio pro-capite dichiarato di alcol anidro ha subito una riduzione di circa il 18%, e si colloca intorno a 9,65 litri in 15 Paesi dell'Unione Europea.

L'andamento in discesa è stato particolarmente notevole in Francia, Italia e Spagna. Tuttavia, 7 Paesi dell'Unione Europea hanno un consumo annuo pro-capite di 10 o più litri di alcol anidro.

Fuori dall'Unione Europea, l'aspetto più rilevante è l'alto livello di consumo in molti dei Paesi dell'Europa centrale e dell'Est e nei nuovi Stati indipendenti della ex Unione Sovietica.

Nella Regione Europea solo 9 dei 40 Paesi per i quali sono disponibili i dati hanno avuto livelli di consumo inferiori a 5 litri pro-capite (incluso, dove noto, il consumo non registrato); nel 90% dei Paesi il consumo supera i 2 litri pro-capite.

Circa 21 Paesi hanno avuto incrementi nel consumo di alcol, sia per l'intero periodo 1980-1993, sia negli anni più recenti. Il consumo è diminuito in 11 Paesi e rimane relativamente stabile in 8.

Contemporaneamente alla variazione dei livelli di consumo, la Regione Europea presenta in molti Stati Membri un'immagine in fase di cambiamento anche in relazione alle modalità di consumo. In generale le modalità del bere stanno convergendo.

I più scontati indicatori di danno alcolcorrelato - mortalità per malattie croniche del fegato, cirrosi e tassi di ammissione per psicosi alcolica - mostrano ampie variazioni all'interno della Regione. Degli 11 Paesi con tassi di mortalità per cirrosi epatica particolarmente elevati, 9 appartengono all'area orientale della Regione. Dei 43 Paesi di cui sono disponibili i dati, i tassi sono andati aumentando in 10 e diminuendo in 19. Nei rimanenti 14 i tassi sono stabili o gli intervalli temporali di rilevazione sono così brevi da non permettere di stabilire un trend.

Le informazioni ricavabili dai tassi di ammissione ospedaliera o di cura per psicosi alcoliche non è altrettanto esauriente, ma permette di rilevare che degli 8 Paesi con tassi di ammissione particolarmente elevati, 7 appartengono all'area orientale della Regione. In tutti questi Stati sono aumentati i ricoveri ospedalieri. Inoltre 12 dei Paesi con i tassi di mortalità più elevati per cause non imputabili a malattia appartengono all'area orientale della Regione.

Politica nei confronti dell'alcol in Europa

In molti casi l'aspetto più discusso della politica di controllo dell'alcol in Europa è che, come all'inizio del 1995 solo otto (21%) dei trentanove Paesi che hanno fornito informazioni sulla questione, hanno

indicato la loro politica nazionale come globale. Cinque di questi otto sono Paesi nordici. Sei (15%) considerano la loro politica nazionale quasi inesistente; quattro di questi sei Paesi appartengono all'area orientale della Regione.

Le più comuni priorità negli anni 90 sono state:

- sviluppare servizi specialistici di trattamento;
- lavorare in particolari settori (soprattutto le scuole);
- occuparsi del bere alla guida;
- sviluppare campagne tramite i mass media.

Il 40-60 % dei Paesi hanno citato tutti questi programmi. Priorità significative, ma meno frequenti, includono l'uso di politiche sui prezzi per ridurre la domanda, lo sviluppo del ruolo della protezione sociale e/o dei sistemi di giustizia criminale nel prevenire e contenere i problemi alcolcorrelati e la riduzione della disponibilità di alcol. Molti Paesi hanno tradotto gli aspetti di questa politica sull'alcol nella legislazione. Uno degli esempi più diffusi è la legislazione sul bere alla guida. Virtualmente tutti i Paesi hanno adottato un qualche limite per quanto riguarda la concentrazione di alcol nel sangue permessa durante la guida. Un livello di 40-50 mg per 100 ml di sangue (40-50 mg %) è il più comune, ed infatti il 42% dei trentasei Paesi che hanno fornito dati osserva questo limite; il 31% invece ha ancora una concentrazione limite di 80 mg.

Dei quaranta Paesi per cui è disponibile questa informazione, circa il 60% aveva una legislazione per creare o sostenere ambienti liberi dall'alcol, soprattutto nelle scuole e nelle loro vicinanze, nei luoghi di lavoro, sui mezzi di trasporto, nei parchi, nelle discoteche e nei club. Alcune di queste limitazioni sono state riscontrate in tutti i Paesi della Regione.

I limiti di età per comprare alcolici variano dai 16 ai 21 anni. In un numero limitato di Paesi non vi sono limiti. Il limite più frequente di età è a 18 anni. Circa il 50% dei Paesi pone questo limite in modo assoluto, altri lo applicano solo in circostanze specifiche, come ad esempio la vendita di superalcolici. Solo quindici Paesi considerano che il limite sia fatto rispettare in maniera ragionevolmente efficace.

Restrizioni negli orari o nei giorni di vendita o sui tipi di alcolici sono presenti in meno del 50% dei Paesi. I Paesi dell'Est della Regione sono a questo proposito sottorappresentati. Quindici paesi hanno limiti e restrizioni nel concedere licenze di vendita; questi sono più uniformemente distribuiti nella Regione, benché l'imposizione appaia essere meno efficace nei Paesi del Centro e dell'Est Europa e negli Stati che hanno raggiunto recentemente l'indipendenza.

Dei ventiquattro Paesi che hanno fornito informazioni sulla tassazione la metà, approssimativamente, ha livelli di tassazione del 20% o meno per birra e vino. All'altra estremità della scala, circa un sesto (nel caso della birra) ed oltre un quarto (nel caso del vino) hanno livelli tra il 41% e il 60%. Per i superalcolici un terzo dei Paesi ha un livello dell'80% o più e un quinto ha un livello compreso tra il 61% e l'80%.

I limiti imposti alla pubblicità sono molto diversi nella Regione. Ad una estremità della scala, cinque Paesi bandiscono la pubblicità sugli alcolici in tutti i media ed altri tre, in questi ultimi tempi, si stanno muovendo in questa direzione. All'altro limite della scala, sette Paesi non pongono alcun limite. Tra questi due estremi esiste una varietà di regolamenti imposti per legge o assunti su base volontaria. Quattordici Paesi bandiscono la pubblicità dei superalcolici e del vino in televisione, tredici di questi estendono il divieto alla radio, anche se l'efficacia di questa imposizione risulta variabile. In otto Paesi trovano spazio codici di autoregolamentazione della pubblicità sui superalcolici, sul vino e sulla birra in tutti i media.

Il monopolio statale sulla produzione e/o distribuzione di alcolici è stato uno strumento tradizionale nelle strategie sull'alcol e/o in quelle economiche, particolarmente nei Paesi del Nord e dell'Est della Regione. Allo stesso tempo molti Paesi dell'Est stanno trovando particolari difficoltà legate alla fase di transizione politica, sociale ed economica.

Le loro precedenti regolamentazioni non sono più in grado di garantire un consenso sociale o possono addirittura essere obsolete. Entrambi i fattori, sia economici (come l'improvviso sviluppo delle attività private in contesti privi di regole) che i numerosi pressanti problemi sociali possono rendere particolarmente difficile per alcuni di questi Stati una prospettiva a lungo termine nel continuare in modo efficace i programmi nazionali sull'alcol.

Salute e politiche sull'alcol

L'evoluzione della politica è sempre un processo che mira a risolvere le difficoltà introdotte da richieste conflittuali. I risultati nella politica sull'alcol sono spesso contestati con molta forza e le richieste conflittuali comprendono quelle del mercato e quelle del benessere pubblico. La politica dovrà rappresentare un punto di equilibrio tra i benefici ed il piacere legati al bere ed i suoi costi.

Le evidenze che si sono accumulate negli anni 80 e nei primi anni 90 hanno dimostrato un ridotto rischio di danno coronarico in coloro che bevono moderatamente in confronto agli astinenti. Questo ha significativamente contribuito al dibattito tra pubblico, mondo accademico e politico sul rapporto costi-benefici dell'uso di alcol.

A livello di popolazione generale l'effetto del bere sulla riduzione del rischio è annullato dall'aumento delle altre cause di morte. Inoltre le malattie cardiache rappresentano una patologia significativa solo nella seconda metà della vita, mentre molti dei danni legati all'uso di alcol si verificano più precocemente. L'uso di alcol, perciò, riduce l'attesa di vita anche in quei Paesi in cui è stato stimato che ha avuto un effetto benefico sulla mortalità per malattie cardiache. Tale perdita di aspettativa di vita nei giovani adulti è una conseguenza particolarmente seria per le prospettive economiche.

Alcol, Europa e Paesi in via di sviluppo

In chiaro contrasto con la continua diminuzione dei consumi di alcol nella maggior parte dei Paesi sviluppati, nei Paesi in via di sviluppo si sta manifestando un costante incremento. Questo incremento è di gran lunga maggiore di quello che sarebbe giustificato soltanto dall'incremento di popolazione ed alcuni dei Paesi in via di sviluppo mostrano un notevole aumento della produzione ed importazione di alcolici. Se la presente tendenza continuerà in maniera incontrollata, molti di questi Paesi si troveranno a dover fronteggiare sempre maggiori difficoltà legate all'uso di alcol.

Vi è ragione di credere che i danni alla salute provocati da una certa quantità di alcol potranno essere più grandi nei Paesi in via di sviluppo che in quelli sviluppati. Le ragioni comprendono lo stato di scarsa nutrizione, la presenza di altre malattie (incluse le infezioni), la presenza di impurità nelle bevande alcoliche e la associazione frequente del bere eccessivo con l'uso di varie sostanze, incluso il tabacco da masticare e il fumo.

Un altro effetto molto dannoso del bere, rilevante nei Paesi in via di sviluppo, viene spesso ignorato nelle discussioni internazionali: le conseguenze economiche per chi beve ed i suoi familiari. Sebbene non tutti i poveri bevano, quelli che lo fanno usano il denaro che sarebbe servito per le spese alimentari e scolastiche dei bambini. Il bere degli uomini è una causa frequente di malnutrizione e di abbandono scolastico da parte dei figli e nella famiglia si crea un circolo vizioso fra povertà, violenza e malattia.

Alcol, una questione individuale o collettiva?

Nel discutere una possibile scelta per la politica nazionale sull'alcol si può partire con due osservazioni piuttosto banali che non dovrebbero essere poste in discussione sebbene possano apparire contraddittorie. Da un lato la maggior parte della gente beve alcol - liquori, vino, birra - senza avere esperienza di problemi seri. Dall'altro, l'alcol causa probabilmente più danni alla salute ed al benessere di ogni altra sostanza.

In ogni Stato la politica sull'alcol, per essere credibile, deve tener conto di entrambi questi aspetti del bere. La politica nazionale sull'alcol, come la politica in altri settori, include alcune forme di intervento per mezzo delle quali lo Stato tenta di influenzare il comportamento dei suoi cittadini. Naturalmente la discussione circa le politiche sull'alcol concerne perciò la libertà degli individui. Questo problema, tuttavia, non può essere posto semplicemente come una questione dello Stato che tenta di limitare la libertà del singolo a consumare quello che vuole.

In primo luogo, le conseguenze del bere vanno al di là della persona che beve. Così un programma efficace contribuirà a renderci più liberi dalla violenza e da molti altri problemi sanitari, sociali ed economici.

In secondo luogo, il bere frequentemente può provocare dipendenza, che è causa di una involontaria e seria limitazione della libertà per la persona dipendente (e spesso per molti altri). Le strategie nazionali sull'alcol, che vorrebbero includere alcune limitazioni minori alla libertà nel comprare e consumare

alcolici, potrebbero in realtà aumentare la libertà di molti individui in maniera molto più significativa prevenendo la dipendenza dall'alcol.

In terzo luogo, gli interventi dello Stato sul mercato dell'alcol nei Paesi con una forte politica sull'alcol sono di solito indirizzati alla produzione ed alla vendita, non ai consumatori. Naturalmente questi interventi hanno un effetto indiretto sul consumo, cosa che essi si propongono, ma non necessariamente devono essere percepiti come una violazione alla libertà personale del consumatore. Ad esempio, i consumatori nei Paesi che hanno vietato la pubblicità, non ne sentono il bisogno nè si sentono deprivati di una significativa parte delle loro libertà civili. Molti addirittura possono percepire la libertà dalla pubblicità sull'alcol come un sollievo, specialmente se sono genitori. Questo tipo di intervento limita soprattutto la libertà dei produttori e dei commercianti.

Riguardo all'alcol vi sono molti interessi che differiscono da Paese a Paese: i viticoltori, i produttori, i grossisti, i dettaglianti, i ristoratori, i media e le aziende di pubblicità. Al posto di una riduzione dei consumi, gli interessi commerciali vogliono che lo Stato combatta "il consumo eccessivo" o "il cattivo uso" o "l'abuso".

Questi ragionamenti sono chiaramente illusori. Una sostanziale riduzione nel consumo eccessivo di alcol è impossibile senza una riduzione del consumo totale. Si sa d'altra parte che la distribuzione del consumo non è uniforme, il che significa che nell'ambito di un gran numero di consumatori vi è solo una piccola percentuale di forti bevitori. Se questo gruppo abbassasse il suo consumo ai livelli descritti normalmente come moderati, bassi, ragionevoli o sicuri, il risultato sarebbe una considerevole riduzione nel consumo totale. Questo significherebbe però una riduzione delle vendite per le industrie delle bevande alcoliche. La dimensione di questo calo nelle vendite dipende dalla distribuzione dei consumi in ogni Paese e dalla definizione di consumo eccessivo.

L'esame della posizione delle industrie di bevande alcoliche sulle questioni delle politiche sull'alcol conduce ad una quarta ragione per cui guardare all'alcol come a un problema di comunità e non solo del singolo individuo. Chi ha interessi commerciali nel mercato dell'alcol lavora per promuovere il proprio tornaconto economico, che non necessariamente coincide con l'interesse del singolo cittadino o con la salute collettiva. Senza una forte politica pubblica, quanti sono interessati al commercio degli alcolici riusciranno ad incrementare il consumo dell'alcol e questo condurrà ad un aumento dei problemi alcol-correlati.

Il diritto a trattamenti e cure accessibili

Negli ultimi anni il più significativo sviluppo nel trattamento dei problemi legati all'uso di alcol è stato l'estensione dei programmi a persone che in passato non erano state considerate passibili di intervento. Questo ampliarsi delle attività di trattamento ha abbracciato un vasto gruppo di bevitori, i cui problemi sono meno gravi di quelli tradizionalmente riscontrati nelle persone cosiddette "alcoliste", ma che hanno livelli elevati di dipendenza. Sono stati anche inclusi bevitori che non mostrano evidenti problemi alcolcorrelati, ma che sono a rischio di svilupparli. Molti di questi nuovi candidati all'intervento non si lamentano, oppure non cercano aiuto per un problema alcolcorrelato. Essi devono necessariamente essere individuati all'interno della comunità e persuasi a ridurre il proprio bere o a smettere del tutto.

Numerose sono le ragioni per cui tali attività dovrebbero essere estese. La prima e più ovvia è la necessità di agire prima che il problema abbia danneggiato in modo permanente la salute e il benessere di chi beve e prima che la dipendenza abbia raggiunto un livello tale da rendere più difficili i successivi trattamenti. Il secondo motivo per allargare la rete di trattamento è il danno prodotto alla società da bevitori che sviluppano con minor frequenza problemi meno gravi, in associazione a quello provocato da persone affette da grave dipendenza. Per molti tipi di problemi (incidenti, violenza e perdita di produttività industriale) il maggior contributo ai costi sociali proviene dal primo gruppo, che è molto più numeroso del secondo.

Nella prevenzione dei problemi legati al consumo di alcol, il "paradosso preventivo" è questo: la strada migliore per ridurre il numero di problemi alcolcorrelati nella società è puntare alla riduzione del bere moderato più che a quello dei forti bevitori.

La stessa logica può essere applicata al trattamento; per ridurre il danno totale causato dall'alcol alla società è meglio puntare su un più largo numero di persone con problemi relativamente meno gravi che su un numero molto più piccolo con problemi molto gravi.

Questo è chiaramente coerente con un approccio di comunità ai problemi legati all'alcol e con altre misure destinate a ridurre gli effetti dannosi dell'alcol sulla società.

Informare per prevenire

Sebbene le campagne di educazione costituiscano un approccio diffuso per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati, le ricerche non evidenziano nel breve periodo risultati di un loro impatto sul consumo di bevande alcoliche. Ciò non sorprende dato che le campagne di educazione entrano in competizione con i messaggi opposti della pubblicità commerciale. Le risorse disponibili per l'educazione della comunità sono insignificanti se paragonate ai budget della pubblicità dei produttori di bevande alcoliche.

Nel Regno Unito, per esempio, un'analisi di 104 ore di trasmissioni televisive contava 1258 spot pubblicitari sulle bevande alcoliche e nessuno a favore della moderazione o della prevenzione.

In Finlandia sul finire degli anni 80 gli investimenti per la pubblicità della birra a basso contenuto alcolico (il solo tipo permesso di pubblicità) era tre volte maggiore di quello dedicato all'educazione sull'alcol.

Inoltre i messaggi commerciali sono probabilmente molto più incisivi sui gruppi a cui si propongono, poiché non cercano di cambiare le loro convinzioni sull'alcol e sul bere, ma le incoraggiano e le approvano. L'educazione ha un compito più difficile: cercare di cambiare le tendenze culturali nei confronti del bere, in modo da modificare il comportamento.

Nondimeno le campagne di educazione possono influenzare la coscienza pubblica nei confronti dei problemi legati all'alcol. Insieme ad altre dichiarazioni relative ad aspetti della salute collettiva che sono ampiamente trattate dai media, le campagne possono accrescere l'interesse per i problemi alcolcorrelati e portare alla pubblica attenzione la necessità di adottare politiche efficaci nei confronti dell'alcol.

È stato dimostrato che l'educazione nella scuola influenza la conoscenza dei giovani e le loro opinioni nei confronti del bere, ma non il loro comportamento, almeno nel breve periodo.

Riuscire ad avere risultati in questo contesto sembra quindi quanto mai improbabile, perché gli studenti tendono a vedere la vita al di fuori della scuola come separata da ciò che si impara in classe.

Sempre in relazione a questo contesto, è anche poco probabile quindi che l'educazione nella scuola giochi un ruolo significativo nella discussione pubblica sull'alcol e perciò nell'influenzare il punto di vista sociale sull'alcol, tranne nel caso in cui l'insegnamento in classe sia collegato a più ampie attività all'interno della comunità.

Alcol e guida

Le contromisure adottate per il bere alla guida sono efficaci se vengono vigorosamente rinforzate e pubblicizzate. La prevenzione e la stretta applicazione delle leggi sul bere alla guida sono di fondamentale importanza. I giovani che bevono e guidano sono particolarmente a rischio, a causa della loro mancanza di esperienza sia alla guida che nel bere. I test casuali sull'aria espirata, opportunamente pubblicizzati, possono produrre una riduzione degli incidenti stradali mortali di almeno il 20% e di quelli non mortali di almeno un terzo.

La recente diminuzione dell'assunzione di alcol alla guida in numerosi Paesi dell'Europa Occidentale è il risultato di una maggiore consapevolezza sulle tematiche riguardanti la salute e l'applicazione con successo di un complesso di misure per la sicurezza stradale.

Il bere è ancora uno dei fattori più importanti che influenza la sicurezza alla guida. Sotto l'effetto dell'alcol una piccola percentuale di guidatori (circa il 5% o meno) causa una percentuale significativa di danni seri e mortali (20%) negli incidenti stradali. Più gli incidenti diventano gravi, più acquista importanza il ruolo svolto dall'alcol. Anche una modesta riduzione del bere alla guida avrebbe un effetto considerevole sul verificarsi degli incidenti.

In generale tutte le funzioni necessarie per guidare in sicurezza un veicolo a motore possono essere influenzate da livelli di alcol ben inferiori ai limiti legali previsti nella maggior parte dei Paesi della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'alcol può anche ridurre la motivazione ad osservare le regole di sicurezza, forse perché spinge a rischiare.

Gli attuali limiti legali dell'alcolemia nei paesi Europei variano da 0 a 100 mg%. I dati sugli incidenti e quelli che emergono dagli studi sperimentali dovrebbero essere chiaramente tenuti in considerazione nello stabilire i limiti, poiché un livello di 70 mg% o più alto non riflette i dati a disposizione.

Molti Paesi hanno ridotto il loro limite legale nell'ultimo decennio e altri stanno prendendo in considerazione questa eventualità. Nondimeno la massima concentrazione ematica di alcol dovrebbe essere parificata in tutti i Paesi; essi dovrebbero adottare un limite legale pari o inferiore a 50 mg%. I guidatori più giovani hanno un incremento di rischio per gli incidenti a partire da livelli di 20 mg% e pertanto in questo gruppo di popolazione dovrebbe essere introdotto un limite legale pari o inferiore a 20 mg%.

Ogni Paese dovrebbe adottare normative che prevedano l'utilizzo di apparecchi probatori per il test sull'aria espirata. Una combinazione adeguatamente pubblicizzata del test sull'aria espirata, sistematico o a caso, ed altri tipi di test sono risultati il miglior modo per individuare i trasgressori e dissuadere quelli potenziali. Un prerequisito per tutte le contromisure è un clima di opinioni secondo il quale la guida in stato di ebbrezza costituisce un atteggiamento riprovevole.

Le sanzioni riguardanti la guida dopo aver fatto uso di alcolici differiscono da Paese a Paese. Vanno da multe pesanti alla detenzione, spesso in combinazione a periodi di sospensione della patente. La ricerca indica che la sospensione della patente di guida, a seguito della positività del test sull'aria espirata, può costituire un deterrente per coloro che guidano in stato di ebbrezza. Quel che è più importante è che i corsi di riabilitazione per coloro che sono stati trovati alla guida dopo aver fatto uso di alcol hanno influenzano positivamente i tassi di recidiva.

Alcol e pubblicità

L'alcol è una sostanza che crea dipendenza. La pubblicità sull'alcol dovrebbe essere limitata come avviene per la droga e per il tabacco. La Corte di Giustizia della Comunità Europea, per esempio, ha ritenuto giustificato fissare per legge limiti alla pubblicità sull'alcol perché aiutano a proteggere la salute pubblica.

L'alternativa all'intervento legislativo sono codici di autoregolamentazione sull'alcol da parte delle industrie produttrici o delle agenzie di pubblicità o dei media. Le attuali regole di condotta basate sull'autoregolamentazione mirano principalmente a rimuovere i messaggi a comprare e a bere l'alcol, non a limitare il volume della pubblicità. Tali sistemi però tendono a non disporre di procedure di monitoraggio e di sanzioni da applicare ai trasgressori.

Nei casi soggetti ad arbitrato sono spesso in discussione le impressioni procurate dalla pubblicità ed esse costituiscono, naturalmente, materia soggetta ad interpretazione. Inoltre le misure di autoregolamentazione possono essere introdotte, cambiate o rigettate a seconda delle istituzioni coinvolte.

Così come i sistemi di autoregolamentazione anche la legislazione ha bisogno di essere rinforzata e di essere sostenuta da un efficace sistema di supporto. Controlli fissati per legge e male elaborati non sono probabilmente più efficaci di sistemi liberi di autoregolamentazione. La pressione a far pubblicità è forte e i pubblicitari non esiteranno a trarre vantaggi dai buchi dei regolamenti.

Dove non è possibile un bando totale della pubblicità, vincoli parziali possono limitare il volume, i canali o i contenuti della pubblicità sull'alcol. Il volume della pubblicità può essere limitato anche dall'eliminazione delle detrazioni di tasse sui vari tipi di attività promozionale o limitando i canali disponibili per pubblicizzare l'alcol.

I controlli fissati per legge esistenti proibiscono o limitano l'uso di certi canali pubblicitari, nella maggior parte dei casi relativi alla televisione e ad altri mezzi di diffusione. A causa della sua natura audiovisiva e dell'ampio raggio di influenza, la pubblicità televisiva è non solo considerata la più potente forma di pubblicità, ma anche quella in pratica inevitabile. Sono difficili da evitare anche le pubblicità legate al tempo libero ed ai prodotti connessi e le pubblicità su prodotti e sponsor relativi allo sport ed ad altri avvenimenti pubblici importanti.

Un approccio adeguato consisterebbe nella proibizione delle forme occulte di pubblicità sull'alcol e dovrebbe permettere solamente l'uso di canali quali le pubblicazioni in abbonamento o i punti di vendita al dettaglio che richiedono una autoesposizione attiva da parte del pubblico.

Costruire assieme una comunità più responsabile

Si è accertato nel tempo che gli approcci preventivi più promettenti si basano sulla comunità e la coinvolgono nella sua totalità e focalizzano l'attenzione sia sul comportamento individuale sia sulle influenze ambientali.

Una comunità può essere definita come un gruppo di persone che vivono in una particolare area o

condividono alcuni interessi. Essa consiste di aggregazioni relativamente piccole e non istituzionali di persone che condividono scopi e obiettivi comuni. È il più efficace veicolo per le attività che promuovono la salute, sia rivolta alla politica di cambiamento ambientale che allo sviluppo di abilità personali. È un aggregato di persone che può offrire sostegno sociale ed esprimere capacità organizzative. I gruppi della comunità possono stabilire priorità nel campo della promozione della salute, stilare programmi, sollecitare i funzionari pubblici, aiutarsi in numerosi e diversi modi.

Tre tematiche uniscono questi modi di vedere il processo di cambiamento sociale e del comportamento fondato sulla comunità.

Il primo rappresenta il potere delle forze sociali che influenzano il comportamento individuale. Le comunità formano il comportamento dei loro membri sia simbolicamente sia realmente, trasmettendo valori e regole. Questo porta ad un secondo tema: la capacità potenziale delle comunità di funzionare da agente di cambiamento sociale e di comportamento. Il terzo tema è la necessità di una tempestiva e continuativa partecipazione da parte dei membri e dei leader della comunità. La comunità deve sentire i programmi di prevenzione come propri, per poterli sostenere e mantenere nel tempo. A causa della capacità della comunità di influenzare il comportamento e per l'ampia distribuzione del carico del danno alcolcorrelato, i programmi preventivi attuati sulla comunità offrono una serie di vantaggi.

Gli approcci di comunità si caratterizzano in quanto:

- influenzano l'ambiente sociale e mirano a cambiare le regole, i valori, e le politiche che sostengono il loro comportamento;
- sono ben integrati dal momento che gli interventi sono creati nel contesto di comunità esistenti;
- sono ben strutturati, in modo da assicurare cambiamenti a lungo termine, in quanto la società condanna alcuni tipi di comportamento e il legame al territorio genera continue responsabilità;
- sono di solito globali e assicurano un'efficiente allocazione e coordinamento delle scarse risorse destinate alla sanità;
- riflettono una condivisione di responsabilità per la salute e aumentano la capacità individuale al cambiamento.

La Carta Europea sull'Alcol (Æ)

Principi etici e obiettivi

A sostegno del progressivo sviluppo del Piano d'Azione Europeo sull'Alcol, la Conferenza di Parigi invita tutti gli Stati Membri a promuovere politiche globali sull'alcol e ad attuare programmi che esprimano, conformemente alle esigenze dei contesti economico-giuridici e socio-culturali dei diversi Paesi, i seguenti principi etici ed obiettivi, tenendo conto del fatto che questo documento non conferisce diritti legali.

1. *Tutti hanno diritto a una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza ed altri effetti dannosi, che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche.*
2. *Tutti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione e un'educazione valida e imparziale sugli effetti che il consumo di bevande alcoliche ha sulla salute, la famiglia e la società.*
3. *Tutti i bambini e gli adolescenti hanno diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche e, per quanto possibile, dalla pubblicità di bevande alcoliche.*
4. *Tutti coloro che assumono bevande alcoliche secondo modalità dannose o a rischio, nonché i membri delle loro famiglie hanno diritto a trattamenti e cure accessibili.*
5. *Tutti coloro che non desiderano consumare bevande alcoliche o che non possono farlo per motivi di salute o altro hanno il diritto ad essere salvaguardati da pressioni al bere e sostenuti nel loro comportamento di non-consumo.*

Dieci strategie

Le ricerche ed il successo degli interventi in diversi Paesi hanno dimostrato che si possono ottenere benefici a livello sanitario ed economico in tutta la Regione Europea qualora vengano implementate le seguenti 10 strategie per la promozione della salute nell'ambito di una azione sull'alcol, al fine di rendere

effettivi i principi e gli obiettivi sopra elencati, nel rispetto delle differenze culturali e dei diversi contesti giuridici e socio-economici di ciascun Stato Membro.

1. *Informare le persone degli effetti che il consumo di bevande alcoliche può avere sulla famiglia e la società e delle misure efficaci che si possono prendere per prevenire o ridurre i possibili danni, realizzando a partire dalla prima infanzia programmi educativi di vasta portata.*
2. *Promuovere ambienti pubblici, privati e di lavoro, protetti da incidenti, violenza e da altre conseguenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche.*
3. *Emanare ed applicare leggi che scorraggino efficacemente di mettersi alla guida dopo aver consumato bevande alcoliche.*
4. *Promuovere la salute attraverso il controllo della disponibilità - ad esempio in relazione alla popolazione giovanile - ed attraverso interventi sui prezzi delle bevande alcoliche - ad esempio tramite la tassazione.*
5. *Attuare severe misure di controllo, tenendo conto dei limiti o dei divieti esistenti in alcuni Paesi sulla pubblicità, diretta e indiretta, di bevande alcoliche e assicurare che nessuna forma di pubblicità sia specificamente diretta ai giovani, ad esempio collegando alcol ed eventi sportivi.*
6. *Assicurare l'accesso e la disponibilità di efficaci servizi di trattamento e riabilitazione, con personale opportunamente formato, alle persone con consumi a rischio o dannosi ed alle loro famiglie.*
7. *Incoraggiare un maggior senso di responsabilità etica e giuridica tra coloro che operano nei settori del marketing o del commercio di bevande alcoliche e incentivare severi controlli sulla qualità e sicurezza del prodotto ed attuare norme appropriate contro la produzione e la vendita illegali.*
8. *Accrescere le capacità della società di occuparsi delle problematiche dell'alcol attraverso la formazione degli operatori dei vari settori coinvolti, quali quello sanitario, sociale, educativo e giudiziario, contestualmente al rinforzo ed allo sviluppo del ruolo centrale della comunità.*
9. *Sostenere le Organizzazioni non Governative e i gruppi di auto-mutuo-aiuto che promuovono stili di vita sani, in particolare coloro che operano nell'ambito della prevenzione o della riduzione dei danni alcolcorrelati.*
10. *Formulare programmi di ampia portata negli Stati Membri tenendo conto di questa Carta Europea sull'Alcol; definire chiaramente obiettivi e indicatori di risultato; monitorare i progressi e assicurare l'aggiornamento periodico dei programmi basato sulla valutazione.*

(Æ) Traduzione ufficiale del Ministero della Sanità Italiano

Bibliografia

- 1 *Health for all targets. The health policy for Europe.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (European Health for All Series, No. 4).
- 2 *European Alcohol Action Plan.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1993 (document EUR/ICP/ADA 035).
- 3 HARKIN, A. - M. et al. *Alcohol in Europe - a health perspective.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01).
- 4 *Alcohol and health - implications for public health policy: report of a WHO working group.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 02/MT 12).
- 5 EDWARDS, G. et al. *Alcohol policy and the public good.* Oxford, Oxford Medical Publications, 1994.
- 6 EDWARDS, G. *Alcohol policy and the public good.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/7).
- 7 CASSWELL, S. *Health and alcohol policy.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/27).
- 8 GUAL, A & COLOM, J. *Why has alcohol consumption declined in countries of southern Europe?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/46).
- 9 GEFOU-MADIANOU, D. *Alcohol, diet and European culture.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/15).
- 10 ROOM, R. *Alcohol, the individual and society: what history teaches us.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/8).
- 11 SIMPURA, J. *Alcohol and European transformation. Addiction* (in press).
- 12 SAXENA, S. *Alcohol, Europe and the developing countries.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/32).
- 13 ROMANUS, G. *Alcohol, an individual or state issue.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/34).
- 14 HOLDER, H. & EDWARDS, G. *Alcohol and public policy: research and evidence.* Oxford, Oxford University Press, 1995.

- 15 *A guide for action - a summary of Alcohol policy and the public good.* Saint Ives, EUROCARE, 1995.
- 16 LEHTO, J. *Approaches to alcohol control policy.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 60).
- 17 HEATHER, N. *Treatment approaches to alcohol problems.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 65).
- 18 GODFREY, C. *Lost productivity and costs to society.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/22).
- 19 HOLMILA, M. *Alcohol and harm in the family.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/29).
- 20 MONTONEN, M. *Alcohol and the media.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 62).
- 21 ANDERSON, K. *Young people and alcohol, drugs and tobacco.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 66).
- 22 CASSWELL, S. *Educational approaches.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/50).
- 23 HENDERSON, M. et al. *Alcohol and the workplace.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 67).
- 24 ALVAREZ, J. *Drink driving and other public safety issues. In: The elements of alcohol policy - what does science have to say? A compilation of presentations.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/9).
- 25 HOLDER, H. *The impact of availability. In: The elements of alcohol policy - what does science have to say? A compilation of presentations.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/9).
- 26 GODFREY, C. *The impact of price. In: The elements of alcohol policy - what does science have to say? A compilation of presentations.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/9).
- 27 MONTONEN, M. *Advertising controls. In: The elements of alcohol policy - what does science have to say? A compilation of presentations.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/9).
- 28 OLAFSDOTTIR, H. *Individually directed interventions as a public health approach. In: The elements of alcohol policy - what does science have to say? A compilation of presentations.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/9).
- 29 ANDERSON, P. *Alcohol and primary health care.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1996 (WHO Regional Publications, European Series, No. 64).
- 30 ORFORD, J. Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug and alcohol review*, 13:417-429 (1994).
- 31 BABOR, T. & GRANT, M., ED. *Project on identification and management of alcohol-related problems. Report on phase II: a randomized clinical trial of brief interventions in primary health care.* Geneva, World Health Organization, 1992 (document WHO/PSA/91.5).
- 32 RITSON, B. *Community and municipal action on alcohol.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 63).
- 33 MATHRANI, S. *Guidelines for city action on alcohol.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01).
- 34 HANNIBAL, J.U. et al. *Alcohol and the community.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document).
- 35 HOLMILA, M., ED. *The reflexive response. Community prevention of alcohol problems.* New York, Macmillan (in press).
- 36 CRAPLET, C. *The role of nongovernmental organizations.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (document EUR/ICP/ALDT 94 03/CN 01/31).
- 37 *Statement of nongovernmental organizations to the WHO Conference on Health, Society and Alcohol.* St Ives, EUROCARE, 1995.
- 38 ANDERSON, P. & LEHTO, J. *Evaluation and monitoring of action on alcohol.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995 (WHO Regional Publications, European Series, No. 59).
- 39 *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, tenth revision. Geneva, World Health Organization, 1992.