



COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE

Bruxelles, 24.10.2006
COM(2006) 625 definitivo

**COMUNICAZIONE DELLA COMMISSIONE AL CONSIGLIO, AL PARLAMENTO
EUROPEO, AL COMITATO ECONOMICO E SOCIALE EUROPEO E AL
COMITATO DELLE REGIONI**

**Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i
danni derivanti dal consumo di alcol**

{SEC(2006) 1358}

{SEC(2006) 1360}

{SEC(2006) 1411}

INDICE

1.	Introduzione	4
2.	Mandato.....	4
3.	Necessità di un'azione.....	6
4.	processo di consultazione e analisi di impatto	8
5.	Cinque problematiche prioritarie e buone pratiche corrispondenti.....	8
5.1.	Protezione dei giovani, dei bambini e dei nati	8
5.1.1.	Motivazione.....	8
5.1.2.	Buone pratiche	9
5.2.	Riduzione del numero di morti e feriti per incidenti stradali causati dall'alcol.....	9
5.2.1.	Motivazione.....	9
5.2.2.	Buone pratiche	10
5.3.	Prevenzione dei danni alcol-correlati negli adulti e limitazione delle ripercussioni negative sul lavoro	10
5.3.1.	Motivazione.....	10
5.3.2.	Buone pratiche	11
5.4.	Informazione, educazione e sensibilizzazione dei cittadini sulle conseguenze di un consumo nocivo e pericoloso di alcol e su corretti modelli di consumo	11
5.4.1.	Motivazione.....	11
5.4.2.	Buone pratiche	12
5.5.	Creazione e aggiornamento di una base comune di conoscenze scientificamente comprovate a livello comunitario.....	12
5.5.1.	Motivazione.....	12
5.5.2.	Misure necessarie	12
6.	Tre livelli d'azione	13
6.1.	Azione della Commissione europea.....	13
6.2.	Sussidiarietà: mappatura delle azioni realizzate dagli Stati membri.....	15
6.2.1.	Azione a livello nazionale.....	15
6.2.2.	Azione a livello locale.....	16
6.3.	Coordinamento delle misure a livello comunitario	17

6.3.1.	Forum Alcol e salute	17
6.3.2.	Guida in stato di ebbrezza	17
6.3.3.	Comunicazione commerciale	17
7.	Conclusioni	18

1. INTRODUZIONE

La presente comunicazione analizza le conseguenze nefaste di un consumo nocivo e pericoloso di alcol sulla salute¹ e le relative ripercussioni sul piano sociale ed economico, in risposta alla richiesta del Consiglio che sollecitava la Commissione a seguire, valutare e sorvegliare l'evoluzione della situazione e i provvedimenti adottati nel campo specifico, nonché a riferire in merito alla necessità di dare un seguito all'azione. Essa verte essenzialmente sulla prevenzione e sulla riduzione dei modi estremi di un consumo massiccio di alcol, sul consumo da parte dei minori, nonché su alcune delle sue conseguenze più gravi quali gli incidenti stradali per guida sotto l'effetto dell'alcol e la sindrome fetale da alcol (SFA). Di conseguenza, non si tratta di una riflessione sul consumo di alcol in quanto tale, bensì sull'abuso degli alcolici e delle sue nefaste conseguenze. La comunicazione riconosce la diversità dei costumi culturali riguardo al consumo di alcol negli Stati membri. La presente comunicazione non mira a sostituire l'azione comunitaria alle misure nazionali già in atto nella maggior parte degli Stati membri, di competenza delle autorità nazionali in virtù del principio di sussidiarietà e dell'articolo 152 del trattato CE. In particolare, con la presente comunicazione la Commissione non intende proporre l'elaborazione di una legislazione armonizzata nel campo della prevenzione dei danni alcol-correlati.

L'obiettivo della comunicazione consiste nel delineare le misure già adottate dalla Commissione e dagli Stati membri e nel definire, da un lato, le buone pratiche che hanno dato prova di efficacia e, dall'altro, i settori importanti dal punto di vista socioeconomico e di rilevanza comunitaria, suscettibili di ulteriori progressi.

La comunicazione spiega inoltre come la Commissione possa sostenere ed integrare le politiche nazionali in materia di sanità pubblica perseguite dagli Stati membri in coordinamento con le parti interessate², a fronte del fatto che i modelli di consumo e le culture variano da un paese all'altro dell'Unione. L'impegno della Commissione a voler proseguire e sviluppare la sua azione nella sfera di sua competenza, nonché definire un elenco delle buone pratiche attuate in vari Stati membri, e l'istituzione di un forum Alcol e salute, che contribuirà a divulgare tali pratiche, saranno la chiave di volta di una strategia globale finalizzata a contenere i danni alcol-correlati in Europa.

2. MANDATO

Risolvere i problemi della salute pubblica, quale il consumo nocivo e pericoloso di alcol con un'azione che completi le misure nazionali nel campo specifico rientra nelle competenze e responsabilità dell'Unione europea in virtù dell'articolo 152 del trattato.

¹ Un consumo pericoloso di alcol è stato definito come un livello o un modello di consumo suscettibile di cagionare danni qualora persistano le abitudini di consumo preesistenti (Babor, T., Campbell, R., Room, R. & Saunders, J., (1994) *Lexicon of Alcohol and Drug Terms*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra). Tuttavia, non esiste tuttora un accordo normalizzato riguardo al livello di consumo di alcol da considerarsi pericoloso. Per 'consumo nocivo' si intende 'un modello di consumo che cagiona danni fisici, ad esempio la cirrosi epatica, o mentali, quale la depressione indotta da consumo di alcol' (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità 1992)

² Tra queste vi sono organizzazioni non governative nel campo della salute e della tutela dei consumatori, gruppi di autosostegno, produttori e dettaglianti di bevande alcoliche, ospedali, scuole, associazioni professionali, sindacati, agenzie pubblicitarie, media ed altri.

La Corte di giustizia europea ha affermato più volte che la lotta contro i danni arrecati dall'alcol costituisce un importante e valido obiettivo della sanità pubblica³.

Nel 2001 il Consiglio ha adottato una raccomandazione sul consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani, in particolare bambini e adolescenti⁴, nella quale ha invitato la Commissione a seguire, valutare e sorvegliare l'evoluzione della situazione e i provvedimenti adottati e a riferire in merito alla necessità di un seguito dell'azione⁵.

Nelle sue conclusioni del 5 giugno 2001 il Consiglio ha sollecitato la Commissione a presentare proposte per una strategia comunitaria globale intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcol al fine di integrare le politiche nazionali. Esso ha ribadito tale invito nelle sue conclusioni del giugno 2004 sul tema "alcol e giovani"⁶.

La maggior parte degli Stati membri ha adottato provvedimenti per ridurre i danni legati all'alcol e molti di loro dispongono di una vasta gamma di misure al riguardo. Nonostante l'applicazione di strategie nel campo della salute a livello sia comunitario che nazionale, negli Stati membri il costo per la società, soprattutto per i giovani e per la sicurezza sulle strade e sul posto di lavoro, è tuttora troppo gravoso. Inoltre, studi realizzati su scala nazionale e comunitaria⁷ rilevano la necessità, nei casi, ad esempio, caratterizzati da fattori transfrontalieri, di migliorare il coordinamento a livello dell'Unione europea e di creare sinergie con quest'ultima. Si segnalano, a titolo di esempio, le vendite promozionali transfrontaliere di alcolici, suscettibili di allettare i giovani o la comunicazione commerciale televisiva transfrontaliera per bevande alcoliche in potenziale ontraddizione con le restrizioni nazionali.

Ciò tende a dimostrare che taluni problemi sono comuni a tutti gli Stati membri (ad esempio, il consumo d'alcol prima dell'età legale o gli incidenti stradali causati dalla guida in stato di ebbrezza), che le strategie adottate per risolvere tali problemi non sono state del tutto efficaci in quanto i problemi permangono, anzi si sono in alcuni casi aggravati, e che talune questioni, per le loro connotazioni transfrontaliere, rientrano nella competenza dell'UE. Da qui la necessità di rafforzare l'azione e la cooperazione a livello comunitario e nazionale. La presente comunicazione definisce un approccio comunitario che sottenda e supporti una strategia coordinata intesa a ridurre i pericoli derivanti dal consumo di alcol, basata sull'impegno della Commissione a favore del prosieguo e dello sviluppo di azioni nelle sfere di sua competenza e della divulgazione delle buone pratiche attuate negli Stati membri.

³ Causa Franzen (C-189/95), causa Heinonen (C-394/97), causa Gourmet (C-405/98), Catalonia (C-190 e C-179/90), Loi Evin (C-262/02 e C-429/02)

⁴ Raccomandazione 2001/458/CE del Consiglio- GU L 161/38 del 16/06/2001 http://eur-lex.europa.eu/pri/en/oj/dat/2001/l_161/l_16120010616en00380041.pdf

⁵ Il testo integrale è pubblicato su <http://ec.europa.eu/comm/health>

⁶ Conclusioni del Consiglio del 5 giugno 2001 relative ad una strategia comunitaria intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcol (2001/C 175/01 - http://eur-lex.europa.eu/pri/en/oj/dat/2001/c_175/c_17520010620en00010002.pdf), Conclusioni del Consiglio su giovani e alcol del 1-2 giugno 2004 (http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/en/lsa/80729.pdf)

⁷ ad es.: What are the most effective and cost-effective interventions in alcohol?, WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) 2004; Alcohol Policy and the Public Good, Griffith Edwards 1994, Cochrane Library; EconLit and the Alcohol and Alcohol Problems Science Database (ETOH), National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA)

L'azione dell'Unione Europea in materia favorirà la realizzazione di altri obiettivi strategici pertinenti, già fissati a livello comunitario, ad esempio nel campo della sicurezza stradale⁸, della salute e sicurezza sul lavoro⁹, nonché nel contesto della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo¹⁰.

3. NECESSITÀ DI UN'AZIONE

Il consumo nocivo e pericoloso di alcol incide sensibilmente sulla salute pubblica e genera costi nel campo dell'assistenza sanitaria, dell'assicurazione malattia, delle misure di repressione per il mancato rispetto della legge e dell'ordine pubblico, nonché nell'ambito del lavoro; esso rappresenta, di conseguenza, un pericolo anche per lo sviluppo economico e la società nel suo insieme. Il consumo nocivo e pericoloso di alcol è un fattore determinante della salute e costituisce una delle principali cause di morte prematura e di malattia evitabile. Esso è responsabile del 7,4%¹¹ dei problemi di salute e della mortalità prematura nell'Unione europea e si ripercuote negativamente sull'occupazione e sulla produttività. Le strategie finalizzate alla prevenzione e al trattamento del consumo nocivo e pericoloso di alcol e ad una corretta informazione su modelli di consumo responsabili sono oltremodo positive sia per i singoli che per le famiglie, ma hanno effetti benefici anche sui costi sociali e sul mercato del lavoro; esse contribuiranno a rafforzare la competitività in linea con gli obiettivi di Lisbona, nonché ad allungare la speranza di vita in buona salute di tutti i cittadini. Occorre pertanto incoraggiare le iniziative sui posti di lavoro. Una responsabilità particolare incombe al riguardo alle parti interessate (associazioni professionali, sindacati).

Nell'Unione europea una categoria particolarmente a rischio sono i giovani: nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 29 anni, il tasso di mortalità da consumo pericoloso di alcol è del 10% e oltre per le ragazze e del 25% circa per i ragazzi¹². Il consumo nocivo e pericoloso di alcol ha effetti negativi non solo su coloro che bevono, ma anche su terzi e sulla società. Gli effetti deleteri dell'alcol sono in genere più marcati nei gruppi socialmente meno favoriti e contribuiscono pertanto ad acuire le disuguaglianze in materia di salute.

Mentre il consumo medio di alcol è in calo nell'Unione, la percentuale di giovani e di giovani adulti con abitudini nocive e pericolose è aumentata in molti Stati membri nel corso degli ultimi dieci anni¹³. I modelli di consumo in molte parti dell'UE, e in particolare la tendenza al diffondersi del "binge-drinking"¹⁴ e l'assunzione frequente di alcolici da parte di consumatori

⁸ Raccomandazione 2004/345/CE della Commissione, del 6 aprile 2004, relativa all'applicazione della normativa in materia di sicurezza stradale, GU L 111 del 17/04/2004, raccomandazione 2001/116/CE della Commissione del 17 gennaio 2001 sul tasso massimo di alcolemia (TA) consentito per i conducenti di veicoli a motore, GU L 43 del 14/02/2001 e comunicazione della Commissione, GU C 48 del 14/02/2004

⁹ Strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006/* COM(2002) 118 def

¹⁰ Risoluzione ONU 44/25 del 20 novembre 1989

¹¹ The WHO's Global Burden of Disease Study (Rehm et al 2003a e b, Rehm et al 2004 e Rehm 2005)

¹² Alcohol in Europe A public health perspective, P Anderson and B Baumberg, Institute of Alcohol Studies, UK 2006 http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm (based on The WHO's Global Burden of Disease Study, Rehm et al 2003a and b, Rehm et al 2004 and Rehm 2005)

¹³ Cifre in aumento si registrano principalmente tra i giovani adulti (che hanno raggiunto l'età prevista dalla legge). Le cifre relative all'assunzione eccessiva di alcol in occasione di feste, il cosiddetto binge-drinking, praticato dai minori, si sono stabilizzate nell'UE-15, mentre sono aumentate nell'UE-10.

¹⁴ Per "binge-drinking", ossia il bere fino ad ubriacarsi, si intende normalmente l'assunzione di oltre 5 bevande alcoliche una dopo l'altra.

minorenni osservata in molti paesi europei¹⁵, possono avere, a lungo termine, effetti pregiudizievoli sulla salute e aumentare il rischio di danni sociali.

Motivo di serie preoccupazioni sono anche gli incidenti stradali legati al consumo di alcol. Circa un incidente su quattro è addebitabile all'abuso di alcol e sono non meno di 10 000 le persone che muoiono ogni anno nell'Unione Europea in incidenti stradali alcol-correlati. L'Unione europea si è prefissata l'obiettivo di dimezzare, da oggi al 2010, il numero dei morti sulle strade europee, ossia da 50 000 (nel 2000) a 25 000¹⁶; gli sforzi tesi a contenere il fenomeno della guida in stato di ebbrezza possono contribuire sensibilmente alla realizzazione di tale obiettivo.

L'assunzione di alcol in gravidanza può pregiudicare lo sviluppo del cervello nel feto e si accompagna a ritardi cognitivi che si manifestano più avanti, nell'infanzia¹⁷. Dal momento che il consumo ad alto rischio è in aumento tra le giovani donne nella maggior parte degli Stati membri e che l'alcol può compromettere la salute del feto fin dall'inizio della gravidanza, è di estrema importanza sensibilizzare le donne al riguardo.

Per rispondere alle preoccupazioni su esposte e sulla base dei risultati dell'analisi di impatto, la Commissione ha individuato le seguenti cinque problematiche prioritarie che interessano tutti gli Stati membri e alla cui soluzione un'azione comunitaria, abbinata alle misure nazionali e coordinata con le azioni degli Stati membri, apporta un valore aggiunto:

- protezione dei giovani, dei bambini e dei nascituri;
- riduzione del numero di morti e feriti per incidenti stradali causati dall'alcol;
- prevenzione dei danni alcol-correlati negli adulti e limitazione delle ripercussioni negative sul lavoro;
- informazione, educazione e sensibilizzazione dei cittadini sulle conseguenze di un consumo nocivo e pericoloso di alcol e su corretti modelli di consumo;
- creazione e aggiornamento di una base comune di conoscenze scientificamente comprovate a livello comunitario.

Si tratta di problematiche comuni ai livelli comunitario, nazionale e locale, che richiedono azioni multilaterali da parte dei diversi attori e settori interessati. Con la presente strategia si propone pertanto di evidenziare i risultati conseguiti dalla Commissione e dagli Stati membri e di adottare azioni nuove o dare un seguito alle misure in corso. Sono presentate inoltre le buone pratiche applicate negli Stati membri, che possono ispirare azioni analoghe e generare sinergie a livello nazionale.

¹⁵ The ESPAD Report 2003, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries, Björn Hibell et al, Stockholm 2004 <http://www.espad.org/reports.asp>

¹⁶ COM(2001) 370 def. "La politica europea dei trasporti fino al 2010: il momento delle scelte".

¹⁷ In Francia, ad esempio, nel 2001 sono nati più di 700 bambini affetti da sindrome fetale da alcol (SFA) e oltre 60 000 persone si ritiene vivano in tali condizioni (dati calcolati da INSERM - "Expertise collective" nel settembre 2001 – a seguito di due studi epidemiologici realizzati nel nord della Francia e nella regione La Réunion).

4. PROCESSO DI CONSULTAZIONE E ANALISI DI IMPATTO

Dal 2004 ad oggi i servizi della Commissione hanno condotto intense consultazioni con gli esperti degli Stati membri, le organizzazioni internazionali, i ricercatori e le parti interessate¹⁸. Inoltre, la Commissione ha partecipato a tavole rotonde organizzate sotto l'egida del Centro di politica europea (*European Policy Centre, EPC*) insieme a gruppi di interesse selezionati¹⁹.

Con la pubblicazione di un bando di una gara la Commissione ha incaricato l'istituto di studi sull'alcol (*Institute of Alcohol Studies*)²⁰ dell'elaborazione di una relazione peritale sulla salute pubblica.

Per analizzare i problemi sanitari, sociali, economici e ambientali alcol-correlati, nonché le diverse soluzioni strategiche, la Commissione ha effettuato un'analisi di impatto²¹.

Inoltre, i gruppi di interesse hanno avuto l'opportunità di formulare osservazioni nel quadro della consultazione pubblica sull'etichettatura dei generi alimentari e delle bevande, indetta dalla Commissione²².

5. CINQUE PROBLEMATICHE PRIORITARIE E BUONE PRATICHE CORRISPONDENTI

5.1. Protezione dei giovani, dei bambini e dei nati

Obiettivi

Obiettivo 1: porre un freno al consumo di alcol tra i minori e ridurre il consumo pericoloso e nocivo tra i giovani, in cooperazione con i tutti soggetti interessati.

Obiettivo 2: ridurre i danni cui sono esposti i bambini in famiglie alcol dipendenti.

Obiettivo 3: ridurre l'esposizione all'alcol delle donne incinte e, di conseguenza, il numero di neonati affetti da disturbi da sindrome fetale da alcol.

5.1.1. Motivazione

Nei problemi legati all'alcolismo i giovani sono spesso presentati, a torto, non come vittime, bensì come colpevoli. Secondo le stime, l'alcol è considerato una concausa nel 16% dei casi di maltrattamento e di abbandono dei minori²³.

¹⁸ Includono organizzazioni non governative (ONG nel campo della salute e della difesa dei consumatori, gruppi di autosostegno, ecc) e organizzazioni rappresentanti i produttori di bevande alcoliche

¹⁹ La relazione dell'EPC sulla tavola rotonda sull'alcol è pubblicata sul sito www.theepc.be.

²⁰ Pubblicata sul portale e sito web dell'UE Salute unitamente ad una relazione sulla riunione del comitato paritetico di valutazione, a commenti del comitato, pareri dei gruppi interessati sulla politica in materia di alcol e sull'attuazione della raccomandazione del Consiglio (http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm)

²¹ Inoltre, un contraente esterno ha condotto un'analisi economica più dettagliata dell'impatto dell'alcol sullo sviluppo economico dell'Unione nell'ambito della procedura di valutazione d'impatto: "RAND Report", pubblicata sul sito <http://ec.europa.eu/comm/health>

²² Il documento di riferimento utilizzato per la consultazione è disponibile in Internet all'indirizzo http://ec.europa.eu/food/food/labellingnutrition/betterregulation/index_en.htm

²³ English et al. 1995, Single et al. 1999, Ridolfo and Stevenson 2001, da Alcohol in Europe – a public health perspective, http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

È stato dimostrato che l'abuso di alcol da parte dei giovani ha effetti negativi non solo sulla salute e sul benessere sociale, ma anche sul livello di istruzione²⁴. La tendenza tra i giovani ad assumere alcol occasionalmente in misura smodata è tuttora in crescita nell'Unione europea ed è aggravata dal fatto che le bevande alcoliche continuano ad essere accessibili a persone di età inferiore a quella legale. Occorre pertanto adottare nuove misure per ridurre il consumo di alcol da parte dei minori e correggere le pericolose abitudini dei giovani

Nella maggior parte degli Stati membri, i protagonisti della filiera degli alcolici si sono impegnati attivamente a garantire il rispetto delle normative nazionali e si sono dichiarati pronti ad adottare sempre maggiori iniziative per vigilare sull'applicazione delle disposizioni regolamentari e delle misure di autoregolamentazione.

Alcuni Stati membri hanno aumentato le imposte sulle bevande alcoliche che sarebbero le preferite dai consumatori minorenni²⁵.

5.1.2. Buone pratiche

Misure di ordine pubblico possono contrastare efficacemente l'inquietante tendenza all'abuso di alcol da parte dei giovani. La raccomandazione adottata nel 2001 dal Consiglio ha contribuito all'elaborazione di tali misure. Tra i provvedimenti efficaci introdotti dagli Stati membri vi sono, ad esempio: le restrizioni alla vendita di alcol, all'accesso alle bevande alcoliche e alle pratiche commerciali suscettibili di influenzare i giovani, iniziative di vasto raggio nella collettività, per prevenire danni e comportamenti a rischio, che coinvolgano gli insegnanti, i genitori, i soggetti interessati e i giovani stessi²⁶, accompagnate da campagne nei media e da programmi di formazione per sviluppare le capacità personali. L'industria degli alcolici e i dettaglianti possono contribuire notevolmente all'assunzione di comportamenti responsabili nei confronti del consumo di alcol.

5.2. Riduzione del numero di morti e feriti per incidenti stradali causati dall'alcol²⁷

Obiettivi

Obiettivo 4: contribuire a ridurre il numero di vittime e feriti di incidenti stradali causati dall'abuso di alcolici.

5.2.1. Motivazione

Nell'Unione europea, un incidente su quattro circa è imputabile al consumo di alcol e sono almeno 10 000 ogni anno le vittime della strada a causa dell'alcol. Particolarmente esposti al rischio di incidente sono i giovani di età compresa tra 18 e 24 anni. In questo gruppo di età, il 35% - 45% dei decessi è rappresentato da vittime della strada. Gli incidenti stradali sono la

²⁴ RAND: An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU (Horlings, Scoggins 2006)

²⁵ Essi hanno gravato di una tassa speciale determinati prodotti, ad esempio gli "alcopops", cui hanno imposto anche un'etichettatura obbligatoria (Danimarca, Francia, Germania, Irlanda e Lussemburgo).

²⁶ La Commissione ha coinvolto i giovani nel processo di consultazione nel quadro della presente comunicazione, in progetti cofinanziati attraverso il programma di salute pubblica. Il forum europeo della gioventù ha istituito un gruppo di lavoro per contribuire alla realizzazione delle attività in corso.

²⁷ Alla luce dell'inquietante problema dell'assunzione di alcol sul posto di lavoro (vedi punto 5.3), è necessario controllare, oltre alla circolazione stradale, anche il consumo di alcol negli altri settori dei trasporti, ossia quello ferroviario, aereo e marittimo. La presente comunicazione non si sofferma, tuttavia, ad analizzare tali aspetti particolari.

prima causa di morte (47%, secondo numerose fonti) tra i giovani. Negli incidenti per guida in stato di ebbrezza due terzi delle persone coinvolte avevano tra i 15 e i 34 anni e il 96% erano maschi.

5.2.2. Buone pratiche

Numerosi studi hanno riscontrato che il rischio di incidenti stradali legati all'alcol cresce con l'aumento del tasso alcolemico (TA) del conducente. Tutti gli Stati membri hanno provveduto ad introdurre limiti massimi di alcolemia. Alcuni studi tendono ad indicare che sarebbe auspicabile l'osservanza di una soglia massima obbligatoria di 0,5 mg/ml²⁸. L'applicazione efficace di misure di lotta contro la guida in stato di ebbrezza potrebbe ridurre drasticamente il numero di coloro che perdono la vita (almeno del 25% per gli uomini e del 10% per le donne), subiscono traumi o lesioni permanenti a seguito di incidenti stradali. Esempi di misure adottate con successo a livello nazionale sono l'introduzione e la realizzazione frequente e sistematica di alcoltest a campione e l'organizzazione parallela di campagne di formazione e di sensibilizzazione con la partecipazione di tutti i soggetti interessati. Un rigoroso controllo dell'applicazione delle norme, associato ad azioni volte ad un'efficace presa di coscienza del problema, sono determinanti per la riuscita di queste iniziative. I giovani e i neopatentati sono i conducenti più spesso implicati in incidenti stradali connessi con l'alcol. Un altro esempio di misura efficace è l'introduzione di un tasso inferiore o di un tasso zero di alcolemia per questa categoria di automobilisti e, per ragioni di sicurezza, anche per i conducenti di mezzi pubblici e di veicoli commerciali, in particolare quelli adibiti al trasporto di merci pericolose.

5.3. Prevenzione dei danni alcol-correlati negli adulti e limitazione delle ripercussioni negative sul lavoro

Obiettivi

Obiettivo 5: ridurre le patologie fisiche e mentali croniche legate all'abuso di alcol.

Obiettivo 6: ridurre il carico di mortalità alcol-correlata.

Obiettivo 7: informare i consumatori affinché possano operare scelte consapevoli.

Obiettivo 8: contribuire a ridurre i danni causati dall'assunzione di alcol sul posto di lavoro e incoraggiare l'adozione di provvedimenti nell'ambito del lavoro.

5.3.1. Motivazione

Benché l'85% della popolazione adulta beva abitualmente con moderazione e in maniera consapevole, il consumo nocivo e pericoloso di alcol è una delle principali cause di morte

²⁸

L'esame di 112 ricerche ha dimostrato chiaramente che la capacità di guida è compromessa già con un tasso zero di alcolemia (Moskowitz and Fiorentino 2000). Da una ricerca che ha messo a confronto i tassi alcolemici (TA) di conducenti di veicoli coinvolti in incidenti e i TA di automobilisti non coinvolti in incidenti è emerso che conducenti di tutte le età, di sesso sia maschile che femminile, il cui tasso oscillava tra 0,2 g/l e 0,49 g/l correvano un rischio tre volte maggiore di morire in un incidente stradale senza il coinvolgimento di altre macchine. Il rischio risultava sestuplicato in presenza di un TA compreso tra 0,5 g/l e 0,79 g/l ed era di ben undici volte superiore se il TA era di 0,8 g/l - 0,99 g/l (Zador et al 2000). Tutti gli studi confermano che l'efficacia delle nuove norme relative all'abbassamento dei limiti alcolemici è maggiore se associate a dibattiti pubblici, campagne mediatiche e controllo del rispetto delle nuove norme.

prematura e di malattia evitabile; esso pregiudica, inoltre, la capacità lavorativa²⁹. L'assenteismo legato all'alcol o l'assunzione di alcol durante l'orario di lavoro incidono negativamente sul rendimento e, di conseguenza, sulla competitività e la produttività³⁰. Se sono 266 milioni gli adulti che assumono fino a 20g (donne) o 40g (uomini) di alcol al giorno, sono più di 58 milioni (ossia il 15%) quelli che superano tali quantità. Tra questi, 20 milioni (6%) bevono più di 40g (donne) o 60g (uomini) al giorno.. Analizzando la questione dal punto di vista della dipendenza più che della quantità, secondo le stime, in un anno, 23 milioni di europei (5% degli uomini e 1% delle donne) risultano essere alcolodipendenti.

5.3.2. Buone pratiche

L'esperienza maturata negli Stati membri indica generalmente che è essenziale assicurare un maggior rispetto di regolamenti, codici e norme in vigore per ridurre gli effetti negativi di un consumo nocivo e pericoloso di alcol. Tra gli interventi suscettibili di ridurre e prevenire efficacemente i danni legati all'alcol negli adulti e di attenuarne le ripercussioni sul posto di lavoro figurano l'applicazione di norme in materia di licenze, la formazione degli esercenti, le azioni condotte a livello locale o in ambito di lavoro, la politica dei prezzi (consistente, ad esempio, nel ridurre le offerte del tipo 'due al prezzo di uno'), il coordinamento degli orari dei trasporti pubblici con gli orari di chiusura degli esercizi, i servizi di consulenza da parte di medici e infermieri dei servizi sanitari di base a persone in situazione di rischio e i trattamenti. Misure di educazione, attività e campagne di informazione mirate ad un consumo moderato o contro la guida in stato di ebbrezza, l'assunzione di alcol in gravidanza e da parte dei minori possono servire a mobilitare l'opinione pubblica a favore degli interventi.

5.4. **Informazione, educazione e sensibilizzazione dei cittadini sulle conseguenze di un consumo nocivo e pericoloso di alcol e su corretti modelli di consumo**

Obiettivi

Obiettivo 9: sensibilizzare i cittadini dell'UE alle conseguenze di un consumo nocivo e pericoloso di alcol per la salute e, in particolare, agli effetti dell'alcol sul feto nel ventre materno, sui bevitori di età inferiore a 18 anni, sull'ambiente di lavoro e sulla guida di un veicolo.

5.4.1. Motivazione

I cittadini hanno il diritto di essere informati riguardo agli effetti dell'alcol sulla salute e, in particolare, ai rischi e alle conseguenze di un consumo dannoso e pericoloso e di saperne di più sugli ingredienti aggiunti, potenzialmente nocivi per la salute di talune categorie di consumatori. Sembra che i soggetti di una certa età (al di sopra dei 45 anni, a seconda delle differenze tra gli individui e i sessi) che consumano alcol misuratamente siano in un certo qual modo protetti contro le cardiopatie coronariche.

²⁹ Alcohol in Europe A public health perspective, P Anderson and B Baumberg, Institute of Alcohol Studies, UK 2006 http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm

³⁰ RAND: An economic analysis of the impact of alcohol on the economic development in EU (Horlings, Scoggins 2006)

5.4.2. *Buone pratiche*

Le scelte di stile di vita in giovane età predeterminano la salute dell'adulto. I bambini e i giovani, assieme ai loro genitori, costituiscono pertanto un'importante gruppo bersaglio per l'educazione sanitaria e le misure di sensibilizzazione. I programmi generali di educazione alla salute e di acquisizione delle capacità personali, adeguatamente condotti sin dalla prima infanzia e possibilmente portati avanti nell'adolescenza, possono rafforzare la presa di coscienza ed influire sui comportamenti a rischio. Simili interventi dovranno riguardare sia i fattori di rischio, come il consumo di alcol, e le fasi a rischio, come l'adolescenza, sia i fattori di protezione, vale a dire i cambiamenti di stile di vita e di comportamento.

Le campagne mediatiche, come la campagna contro l'assunzione di alcool al volante, "Euro-Bob", finanziata dalla Comunità, possono servire ad informare e sensibilizzare i cittadini, nonché ad integrare gli interventi pubblici

5.5. Creazione e aggiornamento di una base comune di conoscenze scientificamente comprovate a livello comunitario

Obiettivi

Obiettivo 10: raccogliere informazioni comparabili sul consumo di alcol, in particolare tra i giovani; definire i concetti di consumo nocivo e pericoloso, abitudini di consumo e conseguenze sociali e sanitarie dell'alcol; e disporre di dati relativi agli effetti degli interventi pubblici in tale ambito e alle ripercussioni del consumo di alcol sulla produttività e sullo sviluppo economico.

Obiettivo 11: valutare gli effetti delle iniziative adottate sulla base della presente comunicazione.

5.5.1. *Motivazione*

I sistemi di ricerca e di informazione sono determinanti ai fini della messa a punto e dell'esecuzione di interventi efficaci a livello comunitario, nazionale e locale, al fine di poter, da un lato, prevenire un consumo nocivo e pericoloso e, dall'altro, valutare meglio gli effetti di un consumo moderato. E' inoltre assolutamente necessario disporre di definizioni comuni delle nozioni di 'binge-drinking', ossia di abuso occasionale, e di consumo nocivo e pericoloso, in particolare per seguire l'evoluzione delle abitudini di consumo dei giovani.

5.5.2. *Misure necessarie*

Oltre alle attività in corso per definire indicatori della Comunità europea in materia di salute, i servizi della Commissione hanno rilevato la necessità di elaborare una definizione normalizzata per i dati relativi al consumo di alcol e ai danni alcol-correlati, di effettuare un'analisi dei costi e benefici delle diverse soluzioni strategiche, di realizzare indagini europee comparative a cadenza regolare, e di colmare le lacune della ricerca sui danni causati dall'alcol sul piano sociale e della salute, sulle cause di un consumo nocivo e pericoloso di alcol, nonché sul ruolo di quest'ultimo nell'accrescere il divario in materia di salute tra i diversi gruppi socioeconomici. Occorre inoltre valutare le differenze nelle abitudini di consumo in funzione del paese, dell'età e del sesso.

È necessario effettuare nuovi studi per valutare l'efficacia delle azioni e degli interventi proposti nella presente comunicazione.

6. TRE LIVELLI D'AZIONE

La problematica dell'alcol riguarda essenzialmente le politiche nazionali e la sfera di competenza degli Stati membri. La Comunità incoraggia inoltre la cooperazione e il coordinamento tra gli Stati membri e appoggia le loro azioni. Per integrare tali iniziative nazionali, la Commissione mette in atto misure nel campo della prevenzione dei danni alcol-correlati, in particolare attraverso il programma di salute pubblica e il programma quadro di ricerca. Le azioni si articolano pertanto su tre livelli: l'azione nazionale, il coordinamento delle politiche nazionali a livello comunitario e le azioni condotte dalla Commissione sulla base delle sue prerogative. In tale contesto il ruolo della Commissione consiste essenzialmente: 1) nell'informare e sensibilizzare i cittadini ai grandi problemi della salute pubblica ai livelli comunitario e nazionale e nel cooperare con gli Stati membri alla loro soluzione; 2) nell'avviare azioni su scala comunitaria nelle materie di sua competenza, in particolare attraverso programmi settoriali e 3) nel promuovere iniziative nazionali e contribuire al loro coordinamento, segnatamente identificando e divulgando le buone pratiche in tutta l'Unione europea.

6.1. Azione della Commissione europea

Il ruolo della Comunità nell'ambito della sanità pubblica consiste nell'integrare gli sforzi degli Stati membri, nel conferire valore aggiunto alle loro azioni e, in particolare, nell'affrontare questioni che essi, singolarmente, non possono gestire in modo efficace. La Commissione accorderà priorità, in particolare, alle azioni volte a perseguire i seguenti obiettivi:

- sostenere, tramite il programma di salute pubblica, progetti che contribuiscano a ridurre i danni causati dall'alcol nell'Unione europea, soprattutto quando le vittime sono i bambini e i giovani, e monitorare e valutarne l'efficacia. *(obiettivi 1-11 della sezione 5)*
- Sostenere, tramite il programma di salute pubblica ed altre strutture esistenti, la creazione di un sistema di definizioni flessibili, ma normalizzate per i dati relativi all'alcol, la conduzione di indagini comparative e regolari sul consumo di alcol, in particolare tramite l'indagine europea sulla salute e indagini complementari (da realizzare nel quadro del sistema europeo di indagini sanitarie e del sistema statistico europeo), nonché la messa a punto di indicatori in materia di salute per seguire e valutare gli sviluppi. Informazioni comparabili sull'alcol saranno pubblicate sul sito web della DG SANCO collegato con il portale Salute. *(obiettivi 9-11)*
- Promuovere la sorveglianza delle abitudini di consumo dei giovani e dei danni che questi subiscono, prestando particolare attenzione all'aumento del consumo di alcol da parte delle ragazze e alla diffusione del 'binge-drinking'. *(obiettivi 1, 3, 4, 6, 7, 9)*
- Elaborare, in cooperazione con gli Stati membri e le parti interessate, strategie volte a ridurre l'assunzione di alcolici prima dell'età legale. Tale cooperazione assumerà la forma di scambio di know-how su questioni quali la vendita e la distribuzione, le pratiche commerciali irresponsabili e l'immagine di un consumo smodato di alcol trasmesso dai media e da modelli di riferimento; essa potrà inoltre essere rafforzata nel quadro del forum

Alcol e salute, di cui al punto 6.3.1, e dell'attuazione del Patto europeo per la gioventù³¹. (*obiettivi 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8*)

- Sostenere gli sforzi degli Stati membri e dei gruppi di interesse per mettere a punto programmi di informazione e di sensibilizzazione agli effetti di un consumo nocivo di alcol e a corretti modelli di consumo. (*obiettivi 1-9*)
- Studiare, in cooperazione con gli Stati membri e le organizzazioni professionali, la possibilità di mettere in atto campagne di informazione e di sensibilizzazione specifiche o iniziative analoghe per affrontare il problema dei danni derivanti dal consumo di alcol sul posto di lavoro. Occorre, in tale contesto, perseguire lo scambio di buone pratiche specifiche, eventualmente in collegamento con altre iniziative gestite dalla Commissione, ad esempio quelle sulla responsabilità sociale delle imprese. (*obiettivi 1-9*)
- Favorire la partecipazione delle organizzazioni competenti nel campo della salute sul posto di lavoro, ad esempio l'agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, data la pertinenza di talune sue iniziative, quale la 'Healthy Workplace Initiative' (iniziativa per un posto di lavoro salubre), intesa a facilitare a datori di lavoro e lavoratori l'accesso all'informazione su come migliorare il loro ambiente professionale curando la salute e aumentando la produttività. (*obiettivi 1-9*)
- Analizzare, in cooperazione con gli Stati membri e i soggetti interessati, l'utilità di mettere a punto approcci comuni efficaci in tutta la Comunità per fornire informazioni adeguate ai consumatori. Tali riflessioni sono particolarmente importanti dal momento che taluni Stati membri prevedono già di introdurre etichette di avvertenza (ad esempio, sull'assunzione di alcol in gravidanza) e che, in termini più generali, è in corso un dibattito sulle migliori pratiche nel campo dell'educazione dei consumatori. (*obiettivi 1, 3, 4, 6, 7, 9*)
- Riferire, sulla base dei dati trasmessi dagli Stati membri, riguardo all'attuazione delle misure di lotta contro il consumo nocivo e pericoloso di alcol, indicate nella presente comunicazione, e sugli effetti della strategia comunitaria qui esposta. (*obiettivo 11*)

Inoltre, con il proposto 7° programma quadro di ricerca (2007-2013) – in particolare alla voce 'salute' del proposto programma specifico 'cooperazione' - sarà possibile verificare in che modo la ricerca a livello europeo possa essere d'utilità ad una strategia comunitaria volta a sostenere gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni alcol-correlati. Ai fini di comprovare l'efficacia delle misure in materia di salute pubblica e di un'elaborazione integrata delle politiche di prevenzione dell'abuso di alcol, la ricerca potrebbe interessare i seguenti ambiti:

- i modelli di consumo dei giovani (tendenze, fattori determinanti);
- il legame tra il consumo nocivo di alcol o i modelli di consumo e i relativi danni sanitari, sociali ed economici (obiettivi 1-10 della sezione 5);
- altri fattori attinenti agli effetti sulla società (obiettivi 1-10 della sezione 5).

³¹ Nella sua comunicazione sulle 'Politiche europee concernenti la gioventù: Rispondere alle preoccupazioni dei giovani in Europa — attuare il Patto europeo per la gioventù e promuovere la cittadinanza attiva', del 30 maggio 2005 la Commissione ribadisce l'importanza di promuovere la salute dei giovani. Tra i settori che richiedono un intervento vi è il consumo di alcol da parte dei giovani.

6.2. Sussidiarietà: mappatura delle azioni realizzate dagli Stati membri

6.2.1. Azione a livello nazionale

La maggior parte degli Stati membri ha messo in atto disposizioni legislative e politiche in materia di consumo nocivo e pericoloso di bevande alcoliche. Inoltre, nel 2005 quindici Stati membri hanno comunicato di aver adottato piani d'azione nazionali o di aver istituito organismi di coordinamento per la politica in materia di alcol. Lo spettro dei provvedimenti applicati dagli Stati membri è assai vasto e riguarda questioni quali l'educazione, l'informazione dei consumatori, l'organizzazione di controlli stradali, le licenze per la vendita degli alcolici, nonché il recepimento delle direttive comunitarie sulla tassazione dell'alcol³².

Le misure specifiche a tutela della salute pubblica, adottate dagli Stati membri per ridurre i danni alcol-correlati, sono elaborate in funzione dei loro rispettivi contesti culturali. Delineare le misure applicate nel quadro di politiche nazionali consente una più facile diffusione delle buone pratiche. Ogni misura deve essere esaminata individualmente; tutte dovranno basarsi su prove scientifiche fondate, essere proporzionate e attuate nel rispetto del principio di non discriminazione. Tra le misure nazionali in corso di esecuzione negli Stati membri figurano, ad esempio:

- Azioni intese a migliorare l'informazione del consumatore, al punto di vendita o sui prodotti, riguardo all'incidenza dell'abuso di alcol sulla salute e sulla qualità del lavoro. Nel quadro dell'informazione dei consumatori, taluni Stati membri hanno introdotto o prevedono di introdurre un'etichettatura a tutela delle donne incinte e dei nascituri. Altre azioni intendono fornire informazioni facilmente comprensibili sul grado alcolico e su un uso moderato dell'alcol. (*obiettivi 1-9*)
- Iniziative per far rispettare i limiti d'età delle persone alle quali è consentito vendere e servire alcolici. L'efficacia di tali sforzi risulta maggiorata dalla partecipazione di tutti i soggetti interessati, dei genitori e dei giovani. Dal momento che l'alcol è mal metabolizzato in giovane età, riconsiderare l'età minima prescritta per la vendita e la somministrazione di bevande alcoliche di ogni tipo sembra essere una soluzione prevista da taluni Stati membri, soprattutto quelli in cui tale età è attualmente inferiore ai 18 anni. (*obiettivi 1, 4, 6, 7, 8*)
- E' dimostrato che gli interventi e i programmi educativi incrementano la capacità dei giovani e dei loro genitori a far fronte ai problemi di alcol e ai comportamenti a rischio. Tali interventi potranno riguardare sia i fattori di rischio che i fattori di protezione, onde favorire cambiamenti di comportamento effettivi nei bambini e negli adolescenti, e potranno essere realizzati nelle scuole ed in altri ambienti appropriati. Per accrescerne l'efficacia occorrerà coinvolgere nella loro realizzazione i giovani e tutti gli altri soggetti interessati. (*obiettivi 1, 2, 4, 6-9*)
- Introduzione e applicazione di norme che vietano la somministrazione di alcolici a persone in stato di ebbrezza, nonché di sistemi efficaci di licenze per la vendita di prodotti alcolici e l'assunzione di comportamenti responsabili da parte di coloro che li servono,

³² I tassi minimi delle accise sull'alcol figurano nella direttiva 92/84/CEE del Consiglio, del 19 ottobre 1992, relativa al ravvicinamento delle aliquote di accisa sull'alcole e sulle bevande alcoliche. Oltre a tali aliquote minime gli Stati membri possono fissare aliquote nazionali ai livelli che ritengono opportuni, suscettibili di integrare altre politiche, ad esempio quella della salute.

conformemente ai loro rispettivi contesti e ordinamenti giuridici nazionali. *(obiettivi 1-7, 9)*

- Introduzione di un tasso zero di alcolemia per conducenti giovani o neopatentati e per conducenti di mezzi di trasporto pubblici e di veicoli commerciali, in particolare quelli adibiti al trasporto di merci pericolose. *(obiettivi 4-6)*
- Messa a punto di un quadro per consentire la realizzazione degli alcoltest a campione, senza restrizioni, su tutti i conducenti, effettiva applicazione di misure di lotta contro l'ebbrezza al volante e adozione di sanzioni dissuasive nei confronti degli automobilisti sorpresi a guidare con un tasso di alcol nel sangue superiore al limite fissato e, in particolare, dei recidivi. *(obiettivi 4-7, 9)*
- Misure specifiche per ovviare ai problemi posti dal consumo di alcol sul posto di lavoro e nelle sue vicinanze. *(obiettivi 2-6)*
- Assegnazione delle risorse necessarie, nel settore dell'assistenza sanitaria di base, ai servizi di consulenza e ai trattamenti in materia di abuso di alcol, al fine di formare i professionisti della salute e di accordare priorità alla prevenzione del consumo di alcol sul posto di lavoro, all'informazione dei bambini che vivono in famiglie con problemi di alcol, nonché ad azioni di educazione e di sensibilizzazione a tutela del nascituro. *(obiettivi 2-9)*
- Definizione di programmi di ricerca e di monitoraggio sul tema dell'alcol, finanziati con fondi pubblici. *(obiettivi 7-11)*

6.2.2. Azione a livello locale

Le strategie nazionali acquisteranno in efficacia se sostenute da attività locali e nella collettività. Inoltre, appare essenziale il coinvolgimento dei vari soggetti locali interessati per sostenere la strategia esposta nella presente comunicazione. Per esempio:

- Si potrà ricorrere a metodi pedagogici attivi per dissuadere gli adolescenti dallo sperimentare un consumo nocivo di alcol. *(obiettivi 1, 6, 7, 9)*
- In tutti i luoghi di lavoro potrà essere applicata una strategia finalizzata a prevenire i danni legati all'alcol, in particolare in forma di campagne d'informazione e/o di sensibilizzazione, e a prestare assistenza e cure specializzate ai lavoratori con problemi di alcol. *(obiettivi 5-9)*
- Le organizzazioni dei giovani e della società civile dovrebbero riflettere sul modo in cui esse possano contribuire a ridurre i danni causati dall'alcol. *(obiettivi 1-9)*
- Le comunità locali potranno dare il loro contributo alla prevenzione e alla promozione di strategie volte a proteggere i cittadini dai danni legati al consumo di alcol. *(obiettivi 1-9)*

6.3. Coordinamento delle misure a livello comunitario

La competenza dell'Unione europea in materia di sanità non si limita ad azioni specifiche nel campo della salute pubblica. Laddove possibile, la Commissione cercherà di migliorare la coerenza delle decisioni politiche aventi un impatto sui danni legati all'alcol. Attualmente è in funzione una serie di meccanismi volti a garantire che gli aspetti sanitari siano presi in considerazione in altre politiche comunitarie, in conformità all'articolo 152, paragrafo 1 del trattato CE.

6.3.1. *Forum Alcol e salute*

Entro il giugno 2007, la Commissione creerà un forum Alcol e salute sul modello della piattaforma d'azione europea in materia di alimentazione, attività fisica e salute, che riunirà esperti di diverse organizzazioni interessate e rappresentanti degli Stati membri, nonché di altre istituzioni e organismi dell'UE. L'obiettivo generale di tale forum consisterà nel sostenere, arricchire e controllare l'attuazione della strategia esposta nella presente comunicazione. Il forum Alcol e salute potrà, se del caso, istituire dei sottogruppi su temi particolari quali la ricerca, la raccolta di informazioni e di dati e l'educazione. (*obiettivi 1-11*)

6.3.2. *Guida in stato di ebbrezza*

Al fine di coordinare meglio le attività intese a ridurre il numero degli incidenti della strada causati dall'alcol e, in particolare, in vista di combattere il consumo di alcol al volante, la Commissione migliorerà il coordinamento tra le misure di lotta contro la guida in stato di ebbrezza e le azioni di sicurezza stradale, incluse quelle promosse dal programma di salute pubblica e dal piano d'azione in materia di sicurezza sulle strade. Particolare attenzione sarà prestata ai neopatentati e ai giovani conducenti. (*obiettivi 4, 6, 7*)

6.3.3. *Comunicazione commerciale*

La legislazione comunitaria disciplina già alcuni aspetti della comunicazione commerciale; taluni meccanismi sono attualmente oggetto di verifica e di aggiornamento. Inoltre, c'è maggiore chiarezza riguardo ai tipi di buone pratiche in materia di autoregolamentazione che contribuiranno a definire parametri di comportamento efficaci per i pubblicitari e, quindi, ad allineare le pratiche pubblicitarie alle aspettative sociali³³. I servizi della Commissione agiranno di concerto con i soggetti interessati per creare valide premesse per una cooperazione in materia di vendita e comunicazione commerciale responsabili, che comprenda anche la presentazione di un modello di consumo di alcol consapevole. L'obiettivo principale consisterà nel sostenere le azioni dell'Unione europea e dei governi nazionali o locali destinate ad impedire la commercializzazione irresponsabile delle bevande

³³ La pubblicità televisiva sugli alcolici è disciplinata dalla direttiva 'televisione senza frontiere' (direttiva 89/552/CEE del Consiglio, del 3 ottobre 1989, relativa al coordinamento di determinate disposizioni legislative, regolamentari e amministrative degli Stati Membri concernenti l'esercizio delle attività televisive; GU L 298 del 17.10.1989, pagg. 23). La direttiva 2005/29/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 maggio 2005, relativa alle pratiche commerciali sleali tra imprese e consumatori riguarda le pratiche commerciali ingannevoli e quelle aggressive e le pratiche che ricorrono alla coercizione come mezzo di vendita (GU L 149/22 dell'11 giugno 2005). Per quanto riguarda i meccanismi di autoregolamentazione la tavola rotonda sulla pubblicità che coinvolga diversi attori e settori interessati, istituita dai servizi della Commissione ha individuato taluni elementi chiave dell'autoregolamentazione illustrati nella relazione disponibile su: http://ec.europa.eu/consumers/overview/report_advertising_en.pdf.

alcoliche e nell'analizzare regolarmente le tendenze in pubblicità e i motivi di inquietudine, ad esempio, riguardo ai comunicati commerciali sugli alcolici.

Tale sforzo congiunto sarà finalizzato, tra l'altro, al raggiungimento di un'intesa con i rappresentanti di vari settori (alberghi e ristoranti, negozianti, produttori, media, pubblicità) su un codice di comunicazione commerciale, applicato a livello nazionale e comunitario. Potranno essere definiti valori di riferimento per l'applicazione di codici/strategie a livello nazionale.

Nel quadro di tale approccio, dovranno essere verificati anche gli effetti dei codici di autocontrollo sul consumo di alcol da parte dei giovani e il rispetto di tali codici da parte delle imprese. Esperti indipendenti saranno invitati a controllare l'esecuzione e i risultati dei codici di autoregolamentazione rispetto ai valori di riferimento fissati, il che consentirà agli organismi di promozione della responsabilità sociale di adattare gli obiettivi di conseguenza. *(obiettivi 1-9)*

7. CONCLUSIONI

Con la presente comunicazione la Commissione, in risposta all'invito rivolto dal Consiglio nel 2001, presenta una strategia globale intesa a ridurre, da qui al 2012, i danni legati all'alcol in Europa e spiega quanto già è stato fatto a livello nazionale e comunitario, quali sono gli ambiti prioritari nei quali occorre agire e come la Commissione può continuare a contribuire alla soluzione di questo grave problema di salute pubblica. La Commissione propone che gli Stati membri e i soggetti interessati portino avanti le loro attività sulla base della presente comunicazione, in particolare nel quadro del forum Alcol e salute.

La Commissione ritiene che il suo principale contributo alla strategia debba basarsi sull'approccio esistente che consiste nell'integrare le politiche e strategie nazionali in tale ambito e non intende pertanto attuare la strategia con nuove proposte legislative specifiche. La Commissione presenterà periodicamente una relazione sull'attuazione delle misure di lotta contro il consumo nocivo e pericoloso di alcol, oggetto della presente comunicazione, e sugli effetti della strategia comunitaria qui esposta; essa sarà elaborata sulla base di relazioni trasmesse regolarmente dagli Stati membri sull'applicazione delle misure corrispondenti.

Alcune azioni esistenti degli Stati membri devono essere prese a modello di buone pratiche in quanto hanno dato prova della loro efficacia. Occorre rafforzare tali azioni nel rispetto del principio di sussidiarietà e di una migliore regolamentazione, ai fini del raggiungimento dell'obiettivo di tale strategia. La Commissione parteciperà alla realizzazione di tale obiettivo espletando il ruolo che le è proprio e che consiste nel completare gli sforzi degli Stati membri, valorizzando le loro azioni e affrontando questioni che essi non possono risolvere singolarmente in modo efficace.