



**Dare potere ai sostenitori
della salute pubblica
per affrontare le sfide
della politica sull'alcol**

manuale di politica sull'alcol

Astratto

Gli adulti nella regione europea dell'OMS consumano in media 9,2 litri di alcol puro all'anno, il che li rende i bevitori più accaniti a livello mondiale. In questa regione, l'alcol è una delle principali cause di morte, responsabile di quasi 800.000 decessi all'anno, in gran parte dovuti a malattie non trasmissibili come malattie cardiovascolari e cancro. L'implementazione di politiche basate sulle prove è fondamentale per salvaguardare la salute pubblica e ridurre la pressione dei danni correlati all'alcol sui sistemi sanitari e sulle comunità. Un ostacolo importante a questo è che i decisori politici si trovano spesso di fronte a prospettive contrastanti quando affrontano questioni legate all'alcol.

Sviluppato dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, l'*Alcohol policy playbook* è progettato per decisori politici, sostenitori e professionisti della sanità pubblica. Affronta questioni chiave sull'impatto dell'alcol e sull'efficacia delle politiche chiave, tra cui prezzi, controlli sulla disponibilità, restrizioni di marketing, etichettatura, interventi sulla guida in stato di ebbrezza e normative per prodotti a basso e nullo contenuto di alcol.

Per ogni domanda, il Playbook confronta le opinioni dell'industria dell'alcol con le prove di salute pubblica, aiutando gli utenti a identificare quando i problemi correlati all'alcol vengono inquadrati da una prospettiva commerciale. Guida i decisori politici a dare priorità alle prove di salute pubblica con l'obiettivo di ridurre i danni correlati all'alcol, migliorare i risultati sanitari e ridurre l'onere finanziario sulle finanze pubbliche.

Parole chiave

CONSUMO DI ALCOL; PREVENZIONE E CONTROLLO; SALUTE PUBBLICA; POLITICA PUBBLICA; INDUSTRIA

Numero del documento: OMS/EURO:2024-5624-45389-64949 (PDF); OMS/EURO:2024-5624-45389-76520 (versione cartacea)

© **Organizzazione Mondiale della Sanità 2024**

Alcuni diritti riservati. Questa opera è disponibile con licenza Creative Commons Attribuzione-Non commerciale-Condividi allo stesso modo 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

In base ai termini di questa licenza, puoi copiare, ridistribuire e adattare l'opera per scopi non commerciali, a condizione che l'opera sia opportunamente citata, come indicato di seguito. In qualsiasi utilizzo di quest'opera, non dovrebbe esserci alcun suggerimento che l'OMS approvi un'organizzazione, un prodotto o un servizio specifico. L'uso del logo dell'OMS non è consentito. Se adatti l'opera, devi concedere in licenza la tua opera con la stessa licenza Creative Commons o una licenza equivalente. Se crei una traduzione di quest'opera, dovresti aggiungere la seguente clausola di esclusione di responsabilità insieme alla citazione suggerita: "Questa traduzione non è stata creata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). L'OMS non è responsabile del contenuto o dell'accuratezza di questa traduzione. L'edizione originale in inglese sarà quella vincolante e autentica: Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2024".

Ogni mediazione relativa alle controversie derivanti dalla licenza sarà condotta in conformità alle regole di mediazione dell'Organizzazione mondiale per la proprietà intellettuale (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Citazione suggerita. Empowering public health advocates to navigate alcohol policy challenges: alcohol policy playbook. Copenhagen: Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS; 2024. Licenza: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Dati di catalogazione in pubblicazione (CIP). I dati CIP sono disponibili su <http://apps.who.int/iris>.

Vendite, diritti e licenze. Per acquistare le pubblicazioni dell'OMS, vedere <http://apps.who.int/bookorders>.

Per inviare richieste di utilizzo commerciale e domande su diritti e licenze, consultare <https://www.who.int/about/policies/publishing/copyright>.

Materiali di terze parti. Se desideri riutilizzare materiale di questo lavoro attribuito a una terza parte, come tabelle, figure o immagini, è tua responsabilità determinare se è necessaria l'autorizzazione per tale riutilizzo e ottenere l'autorizzazione dal detentore del copyright. Il rischio di reclami derivanti dalla violazione di qualsiasi componente di proprietà di terze parti nel lavoro ricade esclusivamente sull'utente.

Disclaimer generali. Le designazioni impiegate e la presentazione del materiale in questa pubblicazione non implicano l'espressione di alcuna opinione da parte dell'OMS in merito allo status legale di qualsiasi paese, territorio, città o area o delle sue autorità, o in merito alla delimitazione delle sue frontiere o confini. Le linee tratteggiate e tratteggiate sulle mappe rappresentano linee di confine approssimative per le quali potrebbe non esserci ancora un accordo completo.

La menzione di aziende specifiche o di prodotti di determinati produttori non implica che siano approvati o raccomandati dall'OMS in preferenza ad altri di natura simile che non sono menzionati. Salvo errori e omissioni, i nomi dei prodotti proprietari sono distinti da lettere maiuscole iniziali.

L'OMS ha adottato tutte le precauzioni ragionevoli per verificare le informazioni contenute nella presente pubblicazione.

Tuttavia, il materiale pubblicato viene distribuito senza alcuna garanzia, espressa o implicita.

La responsabilità per l'interpretazione e l'uso del materiale ricade sul lettore. In nessun caso WHO sarà ritenuta responsabile per danni derivanti dal suo uso.

**Dare potere ai sostenitori
della salute pubblica
per affrontare le sfide
della politica sull'alcol**

manuale di politica sull'alcol

Contenuto

Prefazione	la
Prefazione	sei
Ringraziamenti	viii
Abbreviazioni	viii
Introduzione	1
Attori chiave nella politica sull'alcol: industria e comunità di sanità pubblica	3
L'industria dell'alcol	3
La comunità della sanità pubblica	4
Approccio e struttura	5
1. Alcol – danni, salute e costi	7
1.1. Alcol e danni	8
1.1.1. Chi subisce danni correlati all'alcol?	8
1.2. Alcol e salute	9
1.2.1. L'uso di alcol comporta benefici per la salute?	9
1.2.2. L'uso di alcol provoca il cancro?	11
1.3. Alcol e costi	13
1.3.1. Le restrizioni alla salute pubblica applicate all'industria degli alcolici rischiano di avere conseguenze economiche significative?	13
2. Politiche per ridurre i danni dell'alcol	17
2.1. Prezzi degli alcolici e politiche fiscali	18
2.1.1. Aumentare il prezzo dell'alcol può contribuire a ridurre i danni?	18
2.1.2. Le politiche fiscali e di fissazione dei prezzi degli alcolici sono regressive e discriminatorie?	21
2.1.3. Approfondimenti chiave	22

2.2. Politiche sulla disponibilità di alcolici	23
2.2.1. Le restrizioni sugli orari di vendita degli alcolici possono ridurre i danni causati dall'alcol?	23
2.2.2. Le restrizioni alla densità dei punti vendita di alcolici possono ridurre i danni causati dall'alcol?	25
2.2.3 Approfondimenti chiave	26
2.3. Politiche di marketing degli alcolici	27
2.3.1. Il marketing degli alcolici è rivolto ai consumatori minorenni?	27
2.3.2. Il marketing dell'alcol contribuisce all'iniziazione all'alcolismo o al consumo eccessivo di alcolici da parte dei giovani?	28
2.3.3 L'autoregolamentazione del marketing degli alcolici protegge i giovani?	30
2.3.4 Approfondimenti chiave	32
2.4. Politiche di etichettatura degli alcolici	33
2.4.1. Le pratiche volontarie dell'industria degli alcolici presentano informazioni adeguate sulle etichette dei contenitori di alcolici?	33
2.4.2. Le avvertenze sanitarie sulle etichette dei prodotti sono efficaci?	35
2.4.3 Approfondimenti chiave	36
2.5. Interventi contro la guida in stato di ebbrezza	37
2.5.1 Chi dovrebbe essere il bersaglio delle politiche sulla guida in stato di ebbrezza?	37
2.5.2. Le campagne di guida designata e i programmi di guida sicura sono efficaci nel prevenire la guida in stato di ebbrezza?	39
2.5.3 Approfondimenti chiave	40
2.6. Prodotti senza e con basso tenore alcolico (NoLo)	41
2.6.1. Aumentare la disponibilità di prodotti analcolici o a basso contenuto di alcol può ridurre i danni correlati all'alcol?	41
2.6.2 Approfondimenti chiave	43
Conclusione	45
Riferimenti	46

Prefazione

Il consumo di alcol rimane una delle principali sfide per la salute pubblica in tutto il mondo, contribuendo alla perdita di milioni di vite e di anni di vita aggiustati per disabilità ogni anno. Nella regione europea dell'OMS le conseguenze sanitarie e sociali del consumo di alcol sono significative, spaziando da malattie croniche e cancro a danni sociali, costi economici e disuguaglianze sanitarie. Nonostante le chiare prove di danni, le politiche e le normative relative all'alcol incontrano l'opposizione di potenti attori commerciali il cui obiettivo primario è la massimizzazione del profitto.

L' *Alcohol policy playbook* è uno strumento tempestivo ed essenziale per affrontare i determinanti commerciali della salute nel contesto del consumo di alcol. Fornisce spunti su come le pratiche commerciali possono influenzare le decisioni politiche e modellare la percezione pubblica del consumo di alcol. Come altri settori come il tabacco e gli alimenti trasformati, l'industria dell'alcol opera all'interno di un quadro di strategie progettate per promuovere i propri prodotti, spesso a spese della salute pubblica. Questo *Playbook* fornisce ai decisori politici, ai sostenitori e ai professionisti della salute pubblica spunti scientifici per contrastare la narrazione del settore e proteggere la salute pubblica dalle interferenze commerciali.

Basandosi sulle ultime ricerche, l' *Alcohol policy playbook* presenta risposte chiare e basate su prove alle argomentazioni comuni del settore sul consumo di alcol, i suoi effetti sulla salute, i danni che causa e l'efficacia di diverse politiche nel ridurre tali danni. Si basa sul successo del *Tobacco Control Playbook dell'OMS*, riconoscendo le sorprendenti somiglianze nel modo in cui queste industrie presentano prove scientifiche e influenzano i sistemi politici e sociali.

L'OMS, in collaborazione con i suoi Stati membri, sostiene da tempo politiche ben progettate sull'alcol, come quelle relative a prezzi, marketing e disponibilità, che possono ridurre i danni correlati all'alcol e migliorare i risultati in materia di salute pubblica. Molti paesi hanno dimostrato di avere successo in questo senso, ma c'è ancora molto da fare per estendere questi benefici, in particolare per proteggere le popolazioni vulnerabili, come i giovani e i gruppi socioeconomicamente svantaggiati, che sono colpiti in modo sproporzionato dagli effetti negativi dell'alcol.

Il *Playbook* è un passo importante verso il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel *Quadro europeo per l'azione sull'alcol (2022-2025)* e nel *Piano d'azione globale sull'alcol (2022-2030)*. Fornendo ai decisori politici gli strumenti di cui hanno bisogno per affrontare gli interessi commerciali e promulgare politiche basate sulle prove, possiamo creare un futuro più sano per tutti.

I dati sono chiari e le soluzioni sono a portata di mano. Ora è il momento di agire con decisione per proteggere la salute pubblica e ridurre gli effetti dannosi dell'alcol.

Dott. Hans Henri P. Kluge

Direttore regionale

Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa

Prefazione

Nel corso degli anni, gli sforzi per la salute pubblica hanno incontrato una notevole resistenza, spesso alimentata da fuorvianti argomenti industriali progettati per proteggere i profitti piuttosto che le persone. Tuttavia, il potere delle prove scientifiche si è dimostrato indispensabile per respingere queste tattiche e promuovere politiche salvavita.

Nel 2019, l'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa ha lanciato il Tobacco Playbook, una raccolta di argomenti scientificamente supportati che fornisce ai decisori politici gli strumenti per contrastare i playbook ben congegnati dell'industria del tabacco. Questi playbook, progettati per massimizzare le vendite, hanno perpetuato pericolosi miti, ma con le prove alla mano, abbiamo assistito a implementazioni politiche di successo che salvaguardano le generazioni attuali e future dalle devastanti conseguenze sanitarie, sociali ed economiche dell'uso del tabacco.

Allo stesso modo, sebbene l'alcol sia ampiamente consumato, rimane un cancerogeno di tipo 1 con effetti devastanti sulla salute e sullo sviluppo globali. L'alcol ha causato 2,6 milioni di decessi solo nel 2019 e ha contribuito a 115,9 milioni di anni di vita persi per disabilità (DALY), eppure rimane sottoregolamentato su scala globale. La disinformazione perpetuata dall'industria dell'alcol ha contribuito a un pericoloso divario nella consapevolezza pubblica; meno di un europeo su tre sa che l'alcol aumenta il rischio di cancro e solo il 20% delle donne ha le informazioni necessarie per fare scelte informate sul consumo di alcol.

Gli interessi commerciali di settori come l'alcol e il tabacco si scontrano costantemente con gli obiettivi di salute pubblica, ma dobbiamo superare queste sfide. Come evidenziato nel recente rapporto OMS/EURO sui determinanti commerciali delle malattie non trasmissibili, i settori impiegano tattiche sofisticate per modellare la percezione pubblica, influenzare le narrazioni dei media e persino catturare i processi politici. Ciò sottolinea l'urgenza di dotare i decisori politici, le autorità sanitarie e i sostenitori degli strumenti di cui hanno bisogno per esporre e smantellare queste narrazioni dannose.

The Alcohol Playbook, avviato nel 2019, è una risposta tempestiva a questa esigenza. Affronta i dibattiti comuni sulla politica in materia di alcol, dai prezzi e dalla tassazione alle normative su marketing ed etichettatura. Confrontando le argomentazioni del settore con solide prove scientifiche, fornisce ai decisori politici una risorsa chiara e accessibile per superare l'opposizione del settore e prendere decisioni che diano priorità alla salute pubblica rispetto al profitto.

Ci auguriamo che questo Playbook vi ispiri a intraprendere azioni decisive. Sfruttando la scienza, possiamo contrastare la disinformazione guidata dall'industria, proteggere la salute e promuovere il benessere, in linea con il Programma di lavoro globale dell'OMS e il Programma di lavoro europeo. Insieme, possiamo garantire che la salute pubblica prevalga.

Dottor Gauden Galea

Consulente strategico sulle malattie non trasmissibili
e innovazione

Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa

Dott.ssa Carina Ferreira-Borges

Consulente regionale per l'alcol, le
droghe illecite e la salute nelle carceri

Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa

Ringraziamenti

Il *manuale sulla politica dell'alcol* è il risultato del contributo di numerosi esperti tra cui (in ordine alfabetico) Colin Angus, Bernt Bull, Eric Carlin, Jeffrey Collin, Suzanne Costello, Niamh Fitzgerald, Gerard Hastings, Ben Hawkins, Clive Henn, David Hjern, Erin Hobin, John Holmes, David Jernigan, Daša Kokole, Anne-Marie Laslett, Kathrin Lauber, Kathryn Lovatt, Jim McCambridge, Nicola Merrin, Maria Neufeld, Catherine Paradis, Mark Petticrew, Jürgen Rehm, Dag Rekve, Katherine Robaina, Elisabet Ruiz Cairó, Emanuele Scafato, Katherine Severi, Adam Sherk, Kevin Shield, Manouk Smeets, Tim Stockwell, Triinu Täht, Juan Eduardo Tello, Ismo Tuominen, Andre Martin Vujkovic e Wil de Zwart.

L'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa esprime un particolare ringraziamento a Thomas F. Babor, Jim McCambridge, Katherine Robaina e Katherine Severi per il loro fondamentale contributo sia durante la fase di ideazione che di revisione del *Playbook*.

Infine, questa pubblicazione non sarebbe stata possibile senza la consulenza tecnica e i contributi di Gauden Galea, consulente strategico, Iniziativa speciale sulle malattie non trasmissibili e l'innovazione, e Carina Ferreira-Borges, consulente regionale, alcol, droghe illecite e salute nelle carceri, Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, Danimarca.



Co-funded by
the European Union

Questa pubblicazione è stata cofinanziata dall'Unione Europea. I suoi contenuti sono di esclusiva responsabilità dell'OMS e non riflettono necessariamente le opinioni dell'Unione Europea.

Abbreviazioni

I danni dell'alcol agli altri **secondo l'AHTO**

BAC concentrazione di alcol nel sangue

Partenariati comunitari per l'alcol **CAP**

CHD malattia coronarica

responsabilità sociale d'impresa

Unione Europea

PIL prodotto interno lordo

IARC Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro

IARD Alleanza Internazionale per il Bere Responsabile

Prezzo unitario minimo **MUP**

NoLo senza e con basso contenuto di alcol

Aspetti sociali e organizzazioni di relazioni pubbliche **SAPROs**

bevanda standard

Introduzione

Gli adulti nella regione europea dell'OMS consumano in media 9,2 litri di alcol puro all'anno, il che li rende i bevitori più accaniti a livello globale. L'alcol è una delle principali cause di morte, responsabile di quasi 800.000 decessi all'anno, in gran parte dovuti a malattie non trasmissibili come malattie cardiovascolari, cancro e malattie del fegato.

Dato questo impatto significativo, le discussioni sul consumo di alcol, sui rischi ad esso associati e sulla formulazione di politiche in materia di alcol spesso danno origine a una serie di indagini.

Le persone che si occupano di questo argomento cercano comunemente risposte a domande come l'impatto dell'alcol sulla salute, la natura dei suoi danni, il potenziale di diverse politiche sull'alcol per ridurre rischi e danni e migliorare la salute pubblica, l'efficacia delle politiche di tassazione e prezzo dell'alcol e le influenze comportamentali dell'etichettatura dell'alcol. Queste domande sono considerazioni fondamentali per gli stakeholder della salute pubblica.

I potenti attori dell'industria degli alcolici hanno preparato delle risposte standard per rispondere a queste domande tipiche. In modo simile a quanto osservato nel caso di altre materie prime non salutari, come le bevande analcoliche, gli alimenti trasformati e il tabacco, queste risposte sono fornite da una prospettiva commerciale. Esse formano un "manuale di gioco", che presenta strategie e argomentazioni progettate con l'obiettivo generale di massimizzare i profitti del settore (1).

Il *Playbook sulla politica sull'alcol* è una risposta al playbook dell'industria dell'alcol. Presenta approfondimenti scientifici per fornire risposte essenziali da una prospettiva di salute pubblica. Riassume ciò che i dati scientifici più recenti rivelano sull'alcol, i suoi impatti e le strategie disponibili per mitigare i danni alla salute pubblica attraverso la sua vendita. Nel fare ciò, il Playbook fornisce anche un'analisi critica delle affermazioni dell'industria dell'alcol sull'impatto dei suoi prodotti sulla salute e il benessere delle persone. Costituisce uno strumento per coloro che desiderano prendere decisioni informate sulla salute pubblica in merito all'alcol.

L' *Alcohol policy playbook* trae ispirazione dal *Tobacco Control Playbook* (2), che evidenzia le sfide affrontate dai sostenitori del controllo del tabacco nell'implementazione della Framework Convention on Tobacco Control dell'OMS (3) e suggerisce argomenti basati su prove per superare queste sfide. Questo perché ci sono sorprendenti somiglianze tra le industrie del tabacco e dell'alcol nei loro approcci alla scienza e alla politica e nel modo in cui contrastano gli argomenti basati sulla salute pubblica (4).

Il *manuale sulle politiche sull'alcol* è stato sviluppato a vantaggio di tre gruppi di importanti parti interessate: (i) funzionari governativi coinvolti nell'elaborazione, attuazione, valutazione, applicazione e monitoraggio delle politiche sull'alcol; (ii) organizzazioni della società civile, tra cui organizzazioni non governative che lavorano nel campo della promozione delle politiche, e sostenitori e leader delle comunità locali; e (iii) la comunità della sanità pubblica, che comprende professionisti medici, operatori sanitari, accademici e ricercatori coinvolti nello studio del consumo di alcol, dei danni e delle politiche.

Si spera che il *manuale sulla politica sull'alcol* possa essere una risorsa utile per tutti coloro che sono coinvolti nell'attuazione del *quadro europeo d'azione sull'alcol (2022-2025)* (5) e del *piano d'azione globale sull'alcol (2022-2030)* (6) per realizzare efficacemente la *strategia globale per ridurre il consumo dannoso di alcol come priorità di salute pubblica* (7), adottata dall'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2022.

Attori chiave nella politica sull'alcol: industria e comunità di sanità pubblica

Ci sono due gruppi principali di attori rappresentati nel *Alcohol policy playbook*: l'industria dell'alcol e la comunità della sanità pubblica. Questi sono i principali attori coinvolti nel dibattito pubblico sui problemi dell'alcol, solitamente fornendo argomenti contrastanti sulla politica dell'alcol a politici chiave, decisori politici, media e pubblico in generale.

L'industria dell'alcol

La tabella 1 mostra i principali segmenti dell'industria europea delle bevande alcoliche, che include i principali produttori di birra, vino e distillati, nonché le loro reti di distributori e rivenditori. Le associazioni di categoria e le organizzazioni per gli aspetti sociali e le relazioni pubbliche (SAPRO), che sono finanziate per promuovere gli interessi dell'industria (8–11), sono anch'esse incluse nella tabella, perché spesso agiscono di concerto quando gli interessi finanziari dei produttori sono percepiti come compromessi.

Tabella 1. Principali segmenti dell'industria europea delle bevande alcoliche

	Birra	Distillati, vino
I maggiori produttori	AB (Anheuser-Busch) InBev Gruppo Asahi Marchio Carlsberg L'Heineken Kirin Europa Molson Coors Europa	Bacardi Trave Suntory Marrone-Forman Diageo Gruppo Campari Moët Hennessy Pernod Ricard Remy Cointreau
Associazioni di categoria	Assobirra Birrai d'Europa Birra e pub britannici Associazione Cerveceros de Espana	Comitato europeo delle imprese vinicole Associazione del whisky scozzese spiritsEUROPE (ex European Spirits) Organizzazione) Commercio di vini e liquori Associazione
I SAPROS	Bevi consapevolmente Forum europeo per il consumo responsabile di bevande alcoliche (ex Gruppo di Amsterdam) Fondazione Alcohol y Sociedad Alleanza internazionale per il consumo responsabile di bevande alcoliche (ex Centro internazionale per le politiche sull'alcol) Gruppo Portman Vino con moderazione	
Gruppi di ricerca	Fondazione per la ricerca sul vino e l'alimentazione (Fondazione per la ricerca sul vino e la nutrizione) Institut de recherches scientifiques sur les boissons	

Negli ultimi due decenni, le multinazionali, molte delle quali con sede in Europa, hanno concentrato il mercato nel settore della birra e delle bevande al malto, acquistando aziende locali e birrifici regionali. L'industria degli alcolici distillati è diventata più concentrata e il consolidamento si è verificato anche in misura minore nell'industria vinicola (12).

In senso più ampio, l'industria dell'alcol include i proprietari di punti di ristoro locali e attività di intrattenimento e turistiche, come bar, ristoranti, club e hotel. Sono inclusi anche negozi, supermercati e altri rivenditori che vendono e consegnano alcolici tramite telefono e/o acquisti online. Un altro gruppo, sebbene non direttamente sotto il controllo dei produttori di alcolici o di entità correlate, è costituito da settori pubblicitari, di marketing e altri settori commerciali che dipendono sostanzialmente dai finanziamenti dell'industria dell'alcol. In questo rapporto, l'industria dell'alcol è intesa come i principali produttori, le associazioni di categoria e i SAPRO, in particolare le organizzazioni con sede in Europa elencate nella Tabella 1. Queste organizzazioni agiscono principalmente a livello transnazionale e le aziende sono responsabili di una quota significativa della produzione e distribuzione di prodotti alcolici nella regione europea dell'OMS.

La comunità della sanità pubblica

Una serie di organizzazioni servono l'interesse pubblico in questioni relative alla politica sull'alcol. Tra queste rientrano organizzazioni non governative che operano a livello nazionale e internazionale, associazioni di professionisti medici e operatori della sanità pubblica e organizzazioni intergovernative, tra cui l'Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, agenzie governative e centri di ricerca coinvolti nella sorveglianza della sanità pubblica e nella ricerca sulle politiche.

Approccio e struttura

L' *Alcohol policy playbook* funge da risorsa completa su misura per affrontare argomenti chiave correlati all'alcol affrontati dalle parti interessate. È diviso in due sezioni principali: la prima si concentra sull'alcol, la sua relazione con la salute e i danni e i costi associati al suo consumo; la seconda si concentra sulle principali politiche sull'alcol delineate dall'OMS, valutandone l'efficacia e l'importanza nel migliorare e proteggere la salute pubblica.

La struttura di ogni sezione è:

- per rispondere alle domande più comuni che coinvolgono le parti interessate su argomenti correlati all'alcol;
- presentare le affermazioni e le argomentazioni prevalenti dell'industria dell'alcol in risposta a queste domande; e
- contrastare queste affermazioni con una posizione scientifica, presentando i dati più recenti e risposte a queste domande basate su prove.

Per ogni domanda, la prospettiva dell'industria degli alcolici viene messa a confronto con le prove scientifiche raccolte dalla comunità della sanità pubblica.

Per descrivere la posizione dell'industria degli alcolici, le informazioni sono state raccolte dalla letteratura scientifica, principalmente utilizzando l'analisi del discorso delle presentazioni pubbliche dell'industria a varie consultazioni politiche. Questa letteratura è stata integrata da documenti di settore pertinenti, relazioni pubbliche e siti web organizzativi.

Le prospettive sulla salute pubblica sono state documentate attraverso una vasta gamma di fonti, tra cui articoli accademici, revisioni sistematiche, editoriali, commenti, articoli di giornale, libri e relazioni di comitati di esperti associati a organizzazioni nazionali e internazionali.

Il *Playbook* non copre tutte le possibili politiche sull'alcol. Ad esempio, mentre le politiche sulla disponibilità possono includere un'ampia gamma di interventi, come sistemi di licenze nazionali, restrizioni sulla densità dei punti vendita, limitazioni sugli orari e sui giorni di vendita, requisiti di età minima, divieti in contesti specifici e formazione obbligatoria per camerieri e venditori, questa pubblicazione si concentra su un sottoinsieme selezionato.

Allo stesso modo, la sezione sulla politica di marketing si concentra sul marketing mirato ai giovani, anche se le pratiche di marketing si estendono oltre i giovani. Nel complesso, gli interventi selezionati presentati nel *Playbook* sono quelli che i decisori politici potrebbero essere più frequentemente chiamati ad affrontare nei loro processi decisionali.

Il *Playbook* è stato sottoposto a diversi cicli di revisione esterna, anche attraverso riunioni tecniche di esperti convocate dall'OMS per discutere della sua fruibilità e per identificare lacune e aree di ulteriore collaborazione nella protezione delle politiche sull'alcol orientate alla salute pubblica dalle interferenze commerciali.

Manuale di politica **sull'alcol**

1. Alcol – danni, salute e costi

Questa sezione affronta questioni chiave sulla natura dell'alcol, la sua relazione con la salute e i danni e i costi associati al suo consumo. Queste domande sono fondamentali per affrontare una questione più ampia che affronta regolarmente le parti interessate e che sarà al centro della prossima sezione: le politiche sull'alcol sono benefiche per la salute pubblica? In questa prima sezione, mettiamo a confronto le risposte dell'industria dell'alcol con quelle della comunità della salute pubblica per fornire una prospettiva completa su queste questioni critiche.



1.1. Alcol e danni

1.1.1. Chi subisce danni correlati all'alcol?

Secondo l'industria degli alcolici

In genere, i rappresentanti dell'industria degli alcolici descrivono i problemi legati all'alcol come limitati a una piccola minoranza di bevitori problematici (13,14) e focalizzano l'attenzione sui gruppi che abusano di alcol (15). I materiali prodotti dall'industria implicano che il danno possa essere associato a determinate popolazioni in determinate fasi della vita, ma sottolineano che la maggior parte delle persone non sperimenta problemi seri (16). Così facendo, l'industria promuove l'idea che i risultati correlati all'alcol siano principalmente modellati dal comportamento individuale, minimizzando le influenze sistemiche; sottolinea la responsabilità personale e sostiene che il danno da alcol è limitato a coloro che agiscono in modo irresponsabile (11,14,17,18).

Secondo la comunità della sanità pubblica

I danni causati dall'alcol sono diffusi tra la popolazione e possono essere subiti sia da chi beve sia da chi non ne fa uso.

Nel caso delle persone che consumano alcol, recenti prove indicano che, sia per quanto riguarda i danni alla salute che quelli sociali, esiste un rischio anche a bassi livelli di consumo (19–22). Ad esempio, nell'Unione Europea (UE), si stima che il consumo di alcol sia la causa del 17% dei sette tipi di cancro correlati all'alcol. Un consumo di alcol da leggero a moderato (meno di 20 g di alcol puro al giorno) è stato associato al 13,3% di questi casi, equivalente a quasi 23.000 nuovi casi di cancro nel 2017 (19,23). Per quanto riguarda i danni sociali, la letteratura è più scarsa, ma nonostante ciò, gli studi fino ad oggi hanno dimostrato che il 10% più pesante dei bevitori in volume è responsabile di meno della metà dei problemi correlati all'alcol come l'assenteismo dal lavoro correlato all'alcol (24) e liti e risse correlate all'alcol (25). Quindi, i danni sociali associati al bere sono attribuibili, in diversa misura, sia ai bevitori forti che a quelli non forti (ordinari) (26).

Oltre a coloro che consumano alcol, altre persone, tra cui bambini, famiglie e comunità, possono subire danni causati dall'alcol. Mentre la decisione di bere può spesso essere personale, coloro che sono colpiti dai danni causati dall'alcol ad altri (AHTO) generalmente non hanno scelta o opzione (27,28). In uno studio australiano condotto nel 2021, circa un terzo di tutti gli adulti è stato danneggiato dall'uso di alcol da parte di altre persone; donne, giovani e bevitori più accaniti erano a maggior rischio e la fonte del danno era più probabile che fossero persone che conoscevano piuttosto che estranei (29). I dati europei più recenti (del 2021),

che coprono 39.629 intervistati da 32 paesi europei, dimostrano che l'AHTO colpisce in modo sproporzionato le donne e le persone con redditi bassi (30).

Nel complesso, l'AHTO costituisce una parte sostanziale del carico di malattia attribuibile all'alcol (31).

In termini generali, nessuna quantità di alcol è esente da rischi. La ricerca mostra che la maggior parte dei bevitori affronta un certo livello di rischio di subire danni correlati all'alcol (19,26,32).

1.2. Alcol e salute

1.2.1. L'uso di alcol comporta benefici per la salute?

Secondo l'industria degli alcolici

Negli ultimi decenni, l'industria dell'alcol ha costantemente promosso l'idea che il "bere moderato" - spesso definito in modo vago - si adatti perfettamente a uno stile di vita sano (13,18). Per oltre 30 anni, il loro messaggio è stato chiaro: l'alcol può essere benefico, principalmente riducendo il rischio di malattia coronarica (CHD) (33).

Oggi, questa narrazione continua, con l'industria che sottolinea potenziali benefici per la salute come il rischio ridotto di CHD, diabete e ictus (vedere, ad esempio, (34) e (35)). Ciò viene spesso fatto elogiando sistematicamente la ricerca che supporta i benefici per la salute di un consumo moderato di alcol, mentre critica duramente o omette studi che sono scettici su questa proposta (36,37). L'industria sottolinea spesso anche l'idea che l'alcol possa giovare alla salute contribuendo al benessere generale, attraverso i suoi benefici sociali e il piacere che dà.

Secondo la comunità della sanità pubblica

Per molti anni, studi osservazionali hanno suggerito che, rispetto agli "astemi", i "bevitori moderati" hanno una mortalità e una morbilità inferiori in una varietà di condizioni patologiche (38-41). Tuttavia, l'analisi dei dati di più studi rivela difetti significativi negli studi che sono giunti a questa conclusione (42-44).

Un problema chiave è il modo in cui gli studi definiscono gli astemi, con la maggior parte che confronta i bevitori moderati con gli astemi attuali. Poiché gli astemi attuali includono i "malati che smettono" (ex bevitori che hanno smesso o ridotto notevolmente il loro consumo di alcol a causa di problemi di salute), l'inclusione di questi partecipanti nel gruppo degli astemi porta a conclusioni secondo cui i bevitori moderati sembrano essere più sani. Quando gli ex bevitori e i bevitori occasionali vengono rimossi dal gruppo degli astemi, eliminando il "bias dell'astemio", gli studi trovano solo relazioni attenuate o non significative tra il consumo a basso volume e gli effetti protettivi per la CHD (42,44-47).

Questo tipo di pregiudizio dell'astensione si accumula con l'avanzare dell'età della coorte, risultando più pronunciato nelle coorti reclutate con più di 55 anni di età (46-48).

La Federazione Mondiale del Cuore (33) ha suggerito che ci sono molteplici ragioni per mettere in discussione le idee popolari secondo cui il consumo di alcol fa bene alla salute cardiovascolare:

- Tali prove si basano principalmente su studi osservazionali.
- I confronti con le persone che non consumano alcol sono spesso confusi da ragioni sociali, culturali, religiose e mediche per non bere, ovvero fattori che possono influenzare la loro salute generale indipendentemente dal consumo di alcol.
- Gli studi sono stati condotti prevalentemente su pazienti anziani (oltre i 55 anni di età) e popolazioni caucasiche.
- Alcuni studi che dimostrano effetti positivi sono finanziati dall'industria dell'alcol.

Sebbene il rischio ridotto di alcune malattie cardiovascolari tra i bevitori moderati sia un riscontro abbastanza costante negli anziani, studi recenti suggeriscono che è probabile che questi risultati riflettano fattori confondenti residui, come il fatto che gli astemi a vita spesso hanno una salute peggiore a causa di condizioni preesistenti e affrontano maggiori svantaggi socioeconomici rispetto ai bevitori moderati e occasionali, con queste disparità che si accumulano nel corso della vita (48,49). Allo stesso tempo, studi provenienti da Cina e India non sono riusciti a replicare i risultati di un effetto protettivo del bere moderato sulla CHD (50,51). Inoltre, studi che utilizzano nuove tecniche genetiche hanno trovato solo associazioni dannose tra consumo di alcol e CHD e ictus (52) - in altre parole, non vi è alcuna prova di un effetto protettivo dell'alcol sulla CHD in questo tipo di studio (53). Presi insieme, questi studi richiedono una rivalutazione dell'idea che il consumo di alcol possa essere benefico per la salute.

Inoltre, recenti ricerche suggeriscono che le piccole riduzioni dei danni alla salute associati a bassi livelli di consumo di alcol per alcune condizioni di salute sono controbilanciate dall'aumento del rischio di altri danni alla salute, tra cui il cancro, che si verificano alle stesse dosi (21,44,54,55). Non è possibile stabilire un livello sicuro di consumo di alcol per la salute (19) e le persone dovrebbero essere informate che meno alcol è meglio per il rischio complessivo di cancro (56).

1.2.2. L'uso di alcol provoca il cancro?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria dell'alcol tende a rappresentare il cancro come una malattia multifforme con numerose cause e fattori, sottolineandone la complessità e promuovendo anche argomenti di causalità alternativi per contestare i collegamenti indipendenti tra alcol e cancro (57,58). Spesso contesta le prove scientifiche che collegano l'alcol al cancro, affermando che l'associazione è "scientificamente discutibile" (58). Quando il rischio è riconosciuto da fonti del settore, viene spesso minimizzato ed elencato insieme a un elenco di altri fattori di rischio, oscurando e creando potenzialmente incertezza sul collegamento causale tra consumo di alcol e rischio di cancro (59,60).

Secondo la comunità della sanità pubblica

Esistono prove causali forti e coerenti che collegano il consumo di alcol al rischio complessivo di cancro. L'alcol è classificato come cancerogeno di Gruppo 1, il che significa che ci sono prove sufficienti per concludere che può causare cancro negli esseri umani (61). Questa classificazione è stata fatta per la prima volta nel 1988 dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) dell'OMS, sulla base di rigorose procedure di valutazione delle prove (62). Nel 2009, il Gruppo di lavoro sulle monografie dell'IARC ha nuovamente esaminato le prove epidemiologiche, i biotest sugli animali e i dati meccanicistici e altri dati rilevanti per confermare le conclusioni riguardanti il rischio cancerogeno del consumo di alcol (61).

Il consumo di alcol svolge un ruolo causale in diversi tipi di cancro, tra cui quello al seno femminile, al colon, al fegato, all'esofago, alla cavità orale, alla laringe e all'orofaringe (63). Nella regione europea dell'OMS, circa 180.000 casi di cancro e quasi 92.000 decessi per cancro sono stati causati dall'alcol nel 2018 (63).

Esistono quattro meccanismi principali che contribuiscono al modo in cui l'alcol provoca il cancro (63,64):

- **Acetaldeide.** L'alcol viene convertito in acetaldeide nel corpo, principalmente nel fegato ma anche in altre parti come l'intestino o la bocca. L'acetaldeide può causare il cancro danneggiando il DNA e impedendo alle cellule di riparare questo danno.
- **Cambiamenti ormonali.** Gli ormoni agiscono come messaggeri importanti nel corpo e possono regolare la crescita e la divisione cellulare. L'alcol può modificare i livelli di ormoni come estrogeni o insulina.
- **Stress ossidativo indotto dall'alcol.** L'assunzione cronica di alcol può indurre stress ossidativo stress, che danneggia il DNA e ne ostacola la riparazione; è stato collegato alla cancerogenesi indotta dall'alcol in vari organi.
- **Deplezione di folati e metilazione del DNA.** L'alcol in sé e uno stile di vita malsano correlato al consumo di alcol causano carenza di folati, che a sua volta compromette la metilazione del DNA. La carenza di folati è associata al cancro del colon-retto, tra gli altri.

Tutti i tipi di bevande alcoliche sono causalmente collegati al cancro, con il composto cancerogeno primario che è l'etanolo. Il rischio complessivo di cancro da alcol è lineare: più si beve, più aumenta il rischio, e le prove dimostrano che non esiste un livello sicuro di consumo di alcol per il rischio di cancro (19,20,65).

1.3. Alcol e costi

1.3.1. Le restrizioni alla salute pubblica applicate all'industria degli alcolici rischiano di avere conseguenze economiche significative?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria degli alcolici sottolinea i suoi contributi finanziari ai governi nazionali e subnazionali, principalmente attraverso la tassazione e, in alcune giurisdizioni, attraverso la partecipazione statale alla vendita all'ingrosso e al dettaglio di alcolici (vedere, ad esempio, (66)). Le vendite all'esportazione e la creazione di posti di lavoro sono citate anche dall'industria degli alcolici come ulteriori contributi all'economia più ampia. In modo critico, le voci dell'industria mettono in guardia contro le misure di salute pubblica, affermando che gli interventi, come gli interventi sugli orari di negoziazione, le tasse di licenza, le restrizioni di marketing e la tassazione, potrebbero mettere a repentaglio gli interessi economici e le entrate governative (67,68).

In particolare, per quanto riguarda le politiche sui prezzi, suggeriscono che è essenziale bilanciare gli obiettivi di salute pubblica con il mantenimento delle entrate governative, la protezione dei posti di lavoro nell'industria e la promozione delle esportazioni e del commercio. Gli enti e le organizzazioni del settore sottolineano che le elevate imposte (tasse) sull'alcol minacciano il loro successo economico (69–71).

Secondo la comunità della sanità pubblica

Mentre la produzione e la vendita di alcolici generano in genere entrate per i governi tramite la tassazione e, a volte, la partecipazione alla vendita all'ingrosso e al dettaglio di alcolici, i danni risultanti causati dall'uso di alcolici rappresentano un onere sostanziale per le economie nazionali in tutto il mondo. In alcuni casi, è stato dimostrato che questi oneri finanziari imposti ai governi superano le entrate generate. Ad esempio, uno studio del 2020 nel contesto del Canada ha rilevato che, sebbene i governi canadesi abbiano generato 13,3 miliardi di dollari canadesi di entrate dalle vendite di alcolici, il costo sociale dell'uso di alcolici nello stesso anno è stato di 19,7 miliardi di dollari canadesi, con conseguente deficit annuo netto di 6,4 miliardi di dollari canadesi (72). Su base di bevanda standard (SD), ciò equivaleva a un deficit di 0,38 dollari canadesi per ogni bevanda venduta.

Esiste una letteratura sostanziale e crescente che stima i costi economici per la società causati dal consumo di alcol. Ad esempio, una revisione sistematica e un'analisi registrata da PROSPERO nel 2021 hanno identificato 29 studi incentrati sulla stima del costo sociale dell'alcol (73). Un'analisi che aggrega questi studi identificati da 29 paesi principalmente ad alto reddito ha mostrato che, se fossero inclusi tutti i danni causati dall'alcol, il costo sociale del consumo di alcol espresso come percentuale del prodotto interno lordo (PIL) nazionale sarebbe del 2,6%. Negli Stati Uniti, uno studio del 2015 di Sacks et al. (74) ha stimato che, nel 2010, il consumo eccessivo di alcol era responsabile di 249,0 miliardi di dollari di costi, di cui 100,7 miliardi di dollari (40,4%) sostenuti dal governo. Su base per SD, si è riscontrato un costo di 2,05 dollari/SD, di cui 0,828 dollari erano il costo sociale pagato dal governo.

In Canada, un'iterazione più recente dello studio ha riportato un costo sociale causato dall'alcol di 49,1 miliardi di dollari canadesi nel 2020 (75). Uno studio del 2016 di Kopp e Ogradnik (76) ha stimato un costo sociale causato dall'alcol di 118 miliardi di euro in Francia, mentre Thavorncharoensap et al. (2010) (77) hanno stimato un costo sociale di 156 105,4 milioni di baht in Thailandia nel 2006, che equivaleva all'1,99% del PIL del paese in quell'anno. Oltre a questi esempi, altri studi sono coerenti nel segnalare che l'uso di alcol comporta costi sostanziali sostenuti dalle società in tutto il mondo.

Non ci sono studi accademici che abbiano quantificato l'impatto economico complessivo della produzione, vendita, uso e danni dell'alcol. Dovrebbe trattarsi di uno studio completo che consideri i ricavi generati da tutte le entità private e pubbliche coinvolte nell'industria dell'alcol, nonché i costi sociali e privati sostenuti a causa dell'uso di alcol. Tale iniziativa includerebbe la considerazione del reindirizzamento del capitale finanziario produttivo verso settori con un profilo sanitario più positivo. In generale, è probabile che una frazione sostanziale dei profitti dell'alcol verrebbe accumulata dalle aziende e dai produttori di alcolici, e non dal settore pubblico. Quando si considera come coprire i costi causati dal consumo di alcol, è probabile che accada il contrario: i costi di questi problemi causati dall'alcol saranno in gran parte sostenuti dalla società.

Le politiche di controllo dell'alcol che portano a una riduzione del consumo di alcol possono avere notevoli benefici economici per le economie nazionali, poiché affrontano il deficit pubblico di alcol, ovvero la discrepanza tra i ricavi derivanti dall'alcol e i costi sociali associati ai danni correlati all'alcol.

In primo luogo, queste politiche contribuiscono a una diminuzione dei danni causati dall'alcol, con conseguente riduzione delle perdite economiche dovute alla perdita di produttività dovuta a decessi e ricoveri ospedalieri e minori costi sanitari. Un esempio notevole di ciò è la significativa riduzione dei decessi interamente attribuibili all'alcol che ha seguito l'implementazione del prezzo unitario minimo (MUP) per l'alcol nel Regno Unito (Scozia) nel 2018 (78).

In secondo luogo, la riduzione delle vendite di alcolici che deriva da un aumento dei prezzi e delle tasse sugli alcolici non ha necessariamente effetti economici negativi. È probabile che i consumatori reindirizzino la loro spesa verso altri beni e servizi, mentre i governi possono riallocare i risparmi derivanti dai minori costi attribuibili all'alcol a servizi pubblici aggiuntivi (79).

In terzo luogo, i ricercatori del Fraser of Allander Institute hanno stimato che il 10% aumento delle imposte sugli alcolici nel Regno Unito porterebbe a un calo dell'1,1% nelle vendite di alcolici e, a sua volta, alla perdita di 7000 posti di lavoro nel settore degli alcolici. Tuttavia, reinvestire le entrate fiscali nei servizi pubblici potrebbe comportare la creazione di ulteriori 17 000 posti di lavoro equivalenti a tempo pieno, compensando le perdite del settore (80).

Infine, le valutazioni suggeriscono che l'introduzione del MUP nel Regno Unito (Scozia) non ha avuto un impatto negativo significativo sulla performance economica dell'industria degli alcolici (81). Gli studi suggeriscono che i piccoli rivenditori erano ampiamente soddisfatti della politica, con alcuni che hanno persino segnalato un aumento delle vendite (82,83).

L'uso di alcol comporta spese pubbliche significative e perdite economiche nei settori dell'assistenza sanitaria, della giustizia penale e della perdita economica della produzione. Quando si completa una contabilità completa delle entrate governative e dei costi sociali, è tipico che le nazioni si trovino in deficit di alcol. Misure di controllo dell'alcol ben progettate e implementate, come strategie di prezzo e tasse, restrizioni sulla disponibilità e riduzioni di marketing e pubblicità, possono avere l'effetto di rafforzare le economie nazionali migliorando i bilanci governativi, migliorando allo stesso tempo la salute e il benessere dei cittadini.

Nel complesso, le recenti politiche di controllo dell'alcol hanno il potenziale per apportare benefici sia in termini di salute pubblica che economici.

Manuale di politica **sull'alcol**

2. Politiche per ridurre i danni dell'alcol

Di seguito è riportata una panoramica delle principali politiche di interesse per l'OMS, come precedentemente descritto nella *Strategia globale per ridurre l'uso dannoso di alcol* (7), nel *Piano d'azione globale sull'alcol (2022-2030)* (6) e nel *Quadro d'azione europeo sull'alcol (2022-2025)* (5). Per ogni questione politica, vengono affrontate domande specifiche e comuni sull'efficienza, l'utilità e la necessità delle raccomandazioni, confrontando le opinioni generalmente sostenute dall'industria dell'alcol con le prove scientifiche raccolte dalla comunità della sanità pubblica. L'obiettivo è quello di fornire ai decisori politici una comprensione approfondita di questi interventi cruciali che spesso devono affrontare. In particolare, la sezione giustappone l'impostazione delle questioni da parte dell'industria per opporsi alle politiche sull'alcol con le prove a sostegno delle raccomandazioni dell'OMS frequentemente dibattute. Queste includono politiche sui prezzi e sulla tassazione dell'alcol, controlli sulla disponibilità, restrizioni di marketing, requisiti di etichettatura, bevande intervallari e prodotti a basso o nullo contenuto di alcol (NoLo).



2.1. Prezzi degli alcolici e politiche fiscali

2.1.1. Aumentare il prezzo dell'alcol può contribuire a ridurre i danni?

Secondo l'industria degli alcolici

Secondo gli enti del settore degli alcolici, i consumatori più accaniti di alcol sono meno sensibili agli aumenti di prezzo, mentre misure come le accise e i prezzi minimi influenzano in modo sproporzionato i consumatori moderati di alcol (84,85). Affermano che tali politiche potrebbero non ridurre efficacemente i danni correlati all'alcol (85) e spesso esprimono le loro preoccupazioni in termini emotivi, descrivendo queste misure come oneri inutili per i consumatori di alcol responsabili e le aziende (67,86). Nel complesso, le argomentazioni, spesso espresse dai rappresentanti del settore, sollevano interrogativi sull'efficacia degli interventi sui prezzi nell'affrontare i problemi correlati all'alcol.

Secondo la comunità della sanità pubblica

Solide prove internazionali dimostrano che le politiche di tassazione e di prezzo dell'alcol sono un mezzo conveniente per ridurre il consumo di alcol e i danni correlati all'alcol (87–94).

L'aumento delle accise sulle bevande alcoliche è elencato come una politica di "acquisto migliore" nel piano d'azione dell'OMS contro le malattie non trasmissibili (95). *Il piano d'azione globale sull'alcol (2022–2030)* (6) include, come appropriato nei contesti nazionali, l'attuazione di strategie e interventi ad alto impatto ed efficaci, supportati da misure legislative, tra cui l'accessibilità economica delle bevande alcoliche, da adeguate politiche di tassazione e prezzo.

Le politiche basate sulle prove includono le accise e le politiche di prezzo minimo come il MUP, ovvero la definizione di un "prezzo minimo" per unità (SD o grammo) di alcol per contrastare i danni associati a prodotti alcolici più economici (93).

Le accise sugli alcolici si presentano in varie forme, tra cui imposte ad valorem (basate sul valore del prodotto), imposte unitarie (basate sul volume del prodotto) e imposte volumetriche (basate sul contenuto alcolico del prodotto). Questi tipi di imposte sono spesso utilizzati in combinazione.

Tra queste, la tassazione volumetrica si distingue come

il metodo più efficace per ridurre il consumo di alcol e i danni correlati (96,97). Questo sistema prende di mira i prodotti con un contenuto alcolico più elevato, che sono associati a maggiori danni, assicurando che i bevitori più accaniti, che consumano di più, contribuiscano di più alle tasse rispetto ai bevitori più leggeri (98). Al contrario, la tassazione ad valorem può consentire che i prodotti ad alta gradazione alcolica siano venduti a basso prezzo, aumentando potenzialmente il consumo, soprattutto tra i gruppi socioeconomici più bassi, i giovani e i forti bevitori episodici. Inoltre, la tassazione ad valorem è meno efficace nel limitare il consumo di alcol tra coloro che in genere optano per prodotti alcolici più economici. Tuttavia, una limitazione nel caso di tutti i metodi di tassazione è la possibilità per i rivenditori di assorbire i costi fiscali invece di trasferirli ai consumatori, spesso attraverso tattiche come forti sconti o vendite sottocosto per attrarre clienti (99).

I punti seguenti riassumono le prove sulle politiche di determinazione dei prezzi e di tassazione:

- Secondo l'OMS, l'aumento delle accise sull'alcol è considerato uno dei gli interventi politici più efficaci (93).
- Mentre le stime esatte variano da studio a studio, gli economisti hanno scoperto che, in generale, un aumento dell'1% del prezzo dell'alcol porta a un calo dello 0,44% nelle vendite o nel consumo di alcol auto-riferito (90).
- Come minimo, le attuali aliquote fiscali non dovrebbero essere abbassate. Quando la Finlandia Dopo la riduzione della tassa sull'alcol nel 2004, i tassi di mortalità per malattie epatiche indotte dall'alcol sono aumentati del 46% (100).
- Nella Columbia Britannica, Canada, gli aumenti minimi del prezzo dell'alcol sono stati associati a riduzioni del consumo di alcol, della guida in stato di ebbrezza e dei ricoveri ospedalieri correlati all'alcol (101).
- Una recente revisione sistematica ha trovato prove coerenti che le politiche MUP sono efficace nel ridurre i ricoveri ospedalieri e le ospedalizzazioni correlate all'alcol (102).
- La valutazione dell'impatto del MUP nel Regno Unito (Scozia) mostra un calo sostenuto del consumo di alcol negli anni successivi alla sua introduzione; ulteriori rapporti dimostrano riduzioni nella spesa settimanale per l'alcol nelle famiglie che hanno acquistato più alcol (103).

Negli ultimi anni, si è posta molta attenzione sulle politiche di prezzo minimo, che stabiliscono un prezzo di base per l'alcol, impedendone la vendita al di sotto di questa soglia. Queste politiche sono specificamente mirate a prodotti alcolici economici con un alto contenuto di alcol, come sidro scontato, vino sfuso e vodka, che sono solitamente venduti nei negozi di vendita di alcolici e nei supermercati. Questi tipi di bevande sono spesso preferiti da individui che consumano molto alcol (93, 104–107).

La ricerca suggerisce che questo approccio porta a maggiori riduzioni del consumo tra i bevitori più accaniti e a riduzioni minori tra i bevitori più moderati (103, 108). In particolare, le politiche di prezzo minimo in genere non influenzano i prezzi negli esercizi commerciali come pub e bar, dove le bevande sono generalmente più costose. A differenza della tassazione, il prezzo minimo non genera entrate per il governo per compensare i costi correlati all'alcol (assistenza sanitaria, perdita di produttività, giustizia penale, ecc.). Una politica simile, nota come imposta minima sulle accise, è impiegata per il tabacco in alcuni paesi, garantendo entrate aggiuntive per i governi (93).

Tuttavia, questo approccio non è stato ancora applicato all'alcol.

Nei 32 mesi di attuazione del MUP nel Regno Unito (Scozia), il rapporto finale di Public Health Scotland ha rilevato una significativa riduzione del 13% dei decessi interamente attribuibili al consumo di alcol, rispetto alle stime di ciò che ci si sarebbe aspettato se la legislazione non fosse stata implementata (78).

Inoltre, si è registrato un calo relativo del 4% nei ricoveri ospedalieri interamente attribuibile all'alcol, il che non è stato significativo. L'uso di un disegno di studio controllato a serie interrotta ha consentito di dedurre che gli impatti stimati erano effetti causali plausibili attribuibili alla legislazione MUP.

La tassazione volumetrica e il MUP dimostrano i loro effetti più sostanziali sui bevitori incalliti, mentre esercitano un'influenza molto minore su coloro che consumano alcol a livelli bassi o moderati (98, 105, 108–111). Invece di essere viste come misure politiche reciprocamente esclusive, la tassazione volumetrica e il MUP possono essere considerate strategie complementari (112). Questo approccio consente al governo di mantenere le entrate dalle tasse massimizzando al contempo le riduzioni dei danni correlati all'alcol (97,98). Inoltre, riassegnare queste entrate ai servizi medici e sociali come "tasse sanitarie" (112) aiuta a compensare i costi sostanziali associati alla mortalità e morbilità correlate all'alcol. Le prove provenienti dal Regno Unito (Scozia) suggeriscono che i benefici in termini di riduzione della pressione sui servizi potrebbero non maturare se il prezzo minimo è troppo basso (113).

2.1.2. Le politiche fiscali e di fissazione dei prezzi degli alcolici sono regressive e discriminatorie?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria dell'alcol tende a opporsi alle politiche di prezzo e tassazione definendole regressive e prendendo di mira i consumatori di alcol meno abbienti (13,114). Ad esempio, le osservazioni dell'industria alla *National Alcohol Strategy* australiana e alla consultazione dell'OMS per il suo *Global alcohol action plan* hanno sostenuto che tali politiche avrebbero avuto un impatto sproporzionato e ingiusto sulle persone appartenenti a gruppi socioeconomici più bassi (18,37).

Secondo la comunità della sanità pubblica

Mentre i gruppi socioeconomici bassi hanno generalmente tassi di consumo più bassi, paradossalmente sperimentano tassi più alti di morbilità e mortalità correlate all'alcol (115,116). Le politiche sui prezzi dell'alcol riducono il consumo tra i bevitori incalliti di tutte le fasce di reddito, ma coloro che sono più svantaggiati sperimentano i maggiori benefici per la salute, rendendo l'affrontare l'accessibilità economica dell'alcol un passo importante verso la riduzione delle disuguaglianze sanitarie e sociali.

Una politica può essere considerata regressiva se fa sì che coloro che guadagnano meno perdano una quota maggiore dei loro beni economici rispetto a coloro che guadagnano di più. È riconosciuto che, per consumare la stessa quantità, i gruppi a basso reddito dovrebbero spendere una quota maggiore del loro reddito in alcol. Tuttavia, ciò presuppone che gruppi di reddito diversi spendano la stessa quantità in alcol, il che non è supportato dalle prove. La ricerca mostra che le persone con redditi più bassi, come popolazione, bevono meno (116) e, quando si esamina la spesa totale delle famiglie, l'alcol rappresenta una quota minore della spesa rispetto alle famiglie con redditi più alti (117,118). Ciò suggerisce che le tasse sull'alcol sono più progressive che regressive (109,117,119). Allo stesso modo, Holmes et al. (108) forniscono prove che dimostrano che il MUP riduce il consumo di alcol tra i bevitori dannosi a basso reddito ma ha scarso effetto sui bevitori moderati a basso reddito.

La ricerca suggerisce che l'aumento dei prezzi degli alcolici può avvantaggiare maggiormente i gruppi a basso reddito, contribuendo così ad alleviare la potenziale regressività. Gli studi indicano che le politiche sui prezzi degli alcolici possono ridurre le disparità sanitarie tra i livelli di reddito (98). Ad esempio, nel Regno Unito (Inghilterra), il MUP è risultato essere la politica più efficace nel ridurre la disuguaglianza nei decessi correlati all'alcol, seguito da una tassa volumetrica (98). Analogamente, uno studio canadese ha dimostrato che gli aumenti dei prezzi minimi hanno portato a maggiori diminuzioni nei ricoveri ospedalieri tra le popolazioni a basso reddito (48). Inoltre, indirizzare le entrate fiscali verso il miglioramento dell'accesso alla salute e ad altri servizi per i gruppi vulnerabili potrebbe produrre ulteriori benefici (108,112,120).

Come riconosciuto dall'OMS (121), "più basso è lo sviluppo economico di un paese o di una regione, più alti sono la mortalità attribuibile all'alcol e il carico di malattie e infortuni per litro di alcol puro consumato". Tenendo conto delle prove di efficacia descritte sopra, le regioni a basso e medio reddito potrebbero trarre i maggiori benefici per la salute dalle accise. Inoltre, è stato dimostrato che le politiche di prezzo prevengono l'inizio del consumo di alcol tra le persone, il che è fondamentale per la prevenzione nei paesi a basso e medio reddito (92).

Sebbene, come popolazione, i gruppi a basso reddito consumino meno alcol, è importante riconoscere che sopportano una quota sproporzionata di danni correlati all'alcol per litro di alcol consumato (122–125). Determinare la misura in cui una politica è regressiva è complesso e deve tenere conto non solo di chi sopporta il maggiore onere fiscale, ma anche di chi sopporta il maggiore onere di danno.

2.1.3 Approfondimenti chiave

Le politiche di tassazione e di prezzo dell'alcol sono una scelta intelligente per i decisori politici che cercano di migliorare la salute pubblica e ridurre i danni correlati all'alcol. Una solida base di prove internazionali supporta l'efficacia di queste politiche, dimostrando che possono ridurre significativamente il consumo di alcol e i danni correlati. Per questo motivo, l'OMS e l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico supportano l'aumento delle accise sull'alcol come un intervento e un investimento efficaci per affrontare i danni causati dal consumo di alcol (126, 127).

La tassazione volumetrica e il MUP hanno dimostrato impatti sostanziali, in particolare tra i forti bevitori che contribuiscono maggiormente ai danni correlati all'alcol. Queste politiche non solo abbassano i tassi di consumo, ma generano anche entrate che possono essere reinvestite nei servizi sanitari e sociali, affrontando i costi più ampi dei danni correlati all'alcol. È importante notare che le politiche sui prezzi dell'alcol aiutano a ridurre le disparità sanitarie, offrendo i maggiori benefici ai gruppi a basso reddito che soffrono in modo sproporzionato di morbidità e mortalità correlate all'alcol.

Implementando queste strategie basate sull'evidenza, i decisori politici possono ridurre efficacemente i danni correlati all'alcol, promuovere comunità più sane e garantire un panorama di sanità pubblica più equo.

2.2. Politiche sulla disponibilità di alcolici

2.2.1. Le restrizioni sugli orari di vendita degli alcolici possono ridurre i danni causati dall'alcol?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria degli alcolici si oppone spesso ai piani del governo di limitare gli orari di vendita degli alcolici nel tentativo di ridurre la violenza correlata all'alcol e altri problemi sanitari e sociali.

danni. La loro argomentazione sostiene che tali restrizioni non ridurrebbero efficacemente i tassi di danno da alcol, sostenendo che la complessa interazione tra disponibilità di alcol, modelli di consumo e risultati è spiegata da fattori socioeconomici e culturali sottostanti (128). I gruppi industriali propongono soluzioni alternative, come partnership collaborative con rivenditori di alcolici, che sono viste come un approccio più efficace rispetto alle restrizioni generalizzate. Sostengono che trattare i rivenditori come parte della soluzione piuttosto che come la fonte del problema potrebbe essere più efficace nell'affrontare i problemi correlati all'alcol all'interno delle comunità (67, 129, 130).

Secondo la comunità della sanità pubblica

Esistono prove solide e coerenti che dimostrano che limitare la disponibilità fisica di alcol limitando gli orari e i giorni di vendita è un modo efficace per ottenere riduzioni dei danni correlati all'alcol, come aggressioni, ricoveri ospedalieri e incidenti alla guida in stato di ebbrezza. Esistono anche forti prove che allentare le restrizioni sulla disponibilità estendendo gli orari o i giorni in cui l'alcol può essere venduto è associato a tassi più elevati di questi danni.

Studi in tutto il mondo hanno valutato gli effetti delle restrizioni agli orari di apertura nell'economia notturna, per cui bar, ristoranti e locali notturni sono soggetti a orari di chiusura anticipati. Diverse revisioni sistematiche hanno costantemente riportato prove che la modifica degli orari di apertura comporta cambiamenti nei tassi di danno da alcol (131–134). Gli orari di apertura prolungati sono generalmente associati ad aumenti di aggressioni, infortuni e guida in stato di ebbrezza. Al contrario, gli orari di apertura ridotti comportano tassi ridotti di consumo di alcol e danni. Ad esempio, uno studio condotto in 18 città in Norvegia, che ha implementato una serie di estensioni e restrizioni sugli orari di apertura notturni, ha rilevato che ogni ora aggiuntiva di apertura ha portato a un aumento del 16% delle aggressioni segnalate dalla polizia (con riduzioni simili quando gli orari sono stati ridotti) (135). Allo stesso modo, a Newcastle, in Australia, la riduzione degli orari di apertura spostando gli orari di chiusura dalle 05:00 alle 03:30 ha comportato una diminuzione del 33% delle aggressioni (136).

Gli studi hanno valutato gli effetti delle modifiche negli orari di apertura per la vendita di alcolici fuori sede, come quelli che avvengono nei negozi e nelle enoteche. Le restrizioni sugli orari di apertura notturni in Germania e Svizzera hanno portato a significative riduzioni dei ricoveri ospedalieri per intossicazione da alcol, in particolare tra i giovani (137–139). In Lituania restrizioni simili sono state associate a significative riduzioni degli incidenti stradali e delle lesioni correlate all'alcol (140). Nel Regno Unito (Inghilterra e Galles) la nuova legislazione introdotta nel 2003 ha reso difficile per le autorità locali rifiutare le domande dei rivenditori per orari di apertura più lunghi o licenze di 24 ore per la vendita di alcolici. Le valutazioni più solide di queste

i cambiamenti hanno avuto un impatto minimo o nullo, con livelli generali di violenza e consumo che sono rimasti invariati, sebbene il momento degli episodi violenti sia stato spostato a tarda notte, ponendo una sfida per i servizi e la polizia (141,142).

L'estensione dei giorni consentiti per la vendita di alcolici è associata in modo simile a un aumento dei tassi di consumo. Una revisione sistematica del 2018 di studi provenienti da Svezia, Stati Uniti e Canada ha esaminato l'impatto del consentire un giorno extra alla settimana (sabato o domenica) per la vendita di alcolici fuori sede (143). Una meta-analisi dei sei studi ha stimato che il giorno di vendita aggiuntivo alla settimana era associato ad aumenti del consumo pro capite del 3,4% (alcol totale), 5,3% (birra), 2,6% (vino) e 2,6% (superalcolici).

Ad oggi, non ci sono prove convincenti che le iniziative di partnership dell'industria dell'alcol siano efficaci nel ridurre la violenza e le aggressioni legate all'alcol. Una valutazione indipendente di 88 "partnership comunitarie sull'alcol" (CAP) nel Regno Unito, che hanno coinvolto iniziative di partnership tra rivenditori di alcolici e governo locale, non ha trovato prove per dimostrare che le CAP avessero ridotto il comportamento antisociale legato all'alcol o altri danni (144). Gli autori hanno concluso che le CAP possono servire principalmente come misure di responsabilità sociale d'impresa per l'industria dell'alcol, volte a limitare i danni alla reputazione associati al comportamento antisociale legato all'alcol.

2.2.2. Le restrizioni alla densità dei punti vendita di alcolici possono ridurre i danni causati dall'alcol?

Secondo l'industria degli alcolici

In linea con le comuni strategie di inquadramento per i problemi legati all'alcol, il settore ha precedentemente sottolineato la complessità della relazione tra densità dei punti vendita di alcolici e danni correlati all'alcol, sostenendo che la varianza nei danni potrebbe essere dovuta a fattori sociali, economici, demografici e culturali, piuttosto che alla disponibilità (145). Di conseguenza, gli enti del settore sostengono che la densità dei punti vendita di alcolici non è associata all'abuso di alcol e alcuni mettono in guardia sul fatto che limitare la disponibilità potrebbe rivelarsi controproducente. Ad esempio, hanno suggerito che l'introduzione di un obiettivo di salute pubblica nelle licenze nel Regno Unito (Inghilterra e Galles) porterebbe le autorità a imporre un divieto assoluto ai nuovi entranti, il che impedirebbe l'ingresso di rivenditori che potrebbero essere più progressisti e impegnati in iniziative sanitarie rispetto ai rivenditori esistenti (146).

Secondo la comunità della sanità pubblica

La limitazione del numero e della posizione dei punti vendita di alcolici è stata ampiamente utilizzata in paesi di tutto il mondo per ridurre i danni dovuti al consumo di alcol. Gli studi hanno dimostrato che le aree con un'elevata densità di punti vendita di alcolici segnalano tassi più elevati di danni correlati all'alcol. Ciò può essere dovuto alla maggiore disponibilità di alcol e ad altri fattori come l'incoraggiamento di grandi gruppi di bevitori a riunirsi, aumentando così l'opportunità per potenziali vittime e autori di crimini e violenze correlati all'alcol di interagire (116).

La ricerca ha dimostrato un chiaro legame tra la densità dei punti vendita di alcolici e i danni, in particolare la violenza correlata all'alcol. Molti studi hanno scoperto che ridurre la densità dei punti vendita di alcolici può portare a una diminuzione dei problemi associati. Infatti, una revisione sistematica della letteratura del 2015 ha scoperto che oltre il 90% degli studi sul legame tra densità dei punti vendita e violenza ha trovato relazioni positive significative (147). La revisione ha analizzato le prove di studi condotti negli Stati Uniti, nel Regno Unito (Galles) e in Australia. Tutti gli studi hanno trovato associazioni positive significative per il consumo di bevande alcoliche in esercizi commerciali come bar e pub, e la maggior parte ha trovato anche associazioni positive per i punti vendita fuori sede. Alcune prove suggeriscono che queste associazioni sono più forti nelle aree svantaggiate o ad alta densità di popolazione. Questa scoperta è stata riportata in altre analisi trasversali, come Pridemore e Grubestic (2012) (148).

Studi che utilizzano dati di sistemi sanitari hanno trovato un'associazione tra densità di punti vendita di alcolici, ricoveri ospedalieri e visite al pronto soccorso. Tra questi, uno studio del 2016 di de Vocht et al., che ha esaminato i cambiamenti nella politica di licenze a livello locale nel Regno Unito, volti a limitare le nuove licenze, in particolare in densi "cluster" di disponibilità esistente (149).

Uno studio recente sui punti di vista degli stakeholder del Regno Unito (Inghilterra e Scozia) su come la disponibilità di alcol potrebbe portare a danni ha concluso che è importante considerare non solo la facilità di accesso, ma anche come una maggiore disponibilità possa indurre a bere, contribuire alla normalizzazione e portare a pressioni al ribasso sui prezzi dovute alla concorrenza tra locali (150). La disponibilità al dettaglio espone costantemente le persone in via di recupero o coloro che cercano di ridurre o interrompere il consumo a stimoli alcolici. Inoltre, espone i bambini all'alcol durante tutto il giorno, guidando norme pro-consumo. Limitando la disponibilità al dettaglio, il numero di stimoli e opportunità di bere nella vita quotidiana può essere ridotto. Le restrizioni sulla disponibilità al dettaglio di alcol possono integrare altre misure per ridurre i danni correlati all'alcol.

2.2.3 Approfondimenti chiave

Le politiche sulla disponibilità di alcolici, in particolare quelle che limitano gli orari e la densità delle vendite di alcolici, sono strategie essenziali per la salute pubblica per ridurre i danni correlati all'alcol. Le prove scientifiche hanno dimostrato che limitare gli orari e i giorni di vendita di alcolici riduce significativamente gli episodi di violenza, i ricoveri ospedalieri e gli incidenti alla guida in stato di ebbrezza. Allo stesso modo, il controllo della densità dei punti vendita di alcolici si è dimostrato efficace nell'attenuare la violenza e i problemi di salute correlati all'alcol.

La ricerca indica costantemente che le aree con meno punti vendita di alcolici sperimentano tassi di danno inferiori. Queste politiche non solo riducono il consumo complessivo di alcol, ma aiutano anche ad affrontare le disparità sanitarie, in particolare a vantaggio delle comunità a basso reddito che affrontano danni più elevati correlati all'alcol.

L'implementazione di politiche di disponibilità può portare a comunità più sane e sicure, rendendole una scelta intelligente per i decisori politici che mirano a ridurre il peso sociale ed economico dei problemi correlati all'alcol. Dando priorità alla salute pubblica, queste misure offrono un approccio pratico e basato sulle prove per migliorare il benessere della comunità.

2.3. Politiche di marketing degli alcolici

2.3.1. Il marketing degli alcolici è rivolto ai consumatori minorenni?

Secondo l'industria degli alcolici

Gli stakeholder del settore degli alcolici sostengono di essere inserzionisti responsabili il cui marketing è rivolto solo agli adulti (151). Nelle osservazioni alla consultazione dell'OMS per il *Global alcohol action plan*, hanno affermato di non commercializzare mai i loro prodotti ai bambini e di aver implementato codici pubblicitari di autoregolamentazione altamente efficaci in tutto il mondo che mirano a proteggere i gruppi vulnerabili, in particolare i minori e i giovani adulti (18, 152). Queste affermazioni sono solitamente accompagnate da affermazioni più generali secondo cui la pubblicità sugli alcolici non ha alcun impatto sul consumo di alcol e non è un fattore significativo nel consumo di alcol tra i giovani (18, 37).

Secondo la comunità della sanità pubblica

In risposta alle preoccupazioni sull'impatto delle attività di marketing sui giovani, una revisione dei documenti di marketing interni degli stakeholder del settore degli alcolici, commissionata dal Comitato per la Salute della Camera dei Comuni del Parlamento del Regno Unito, ha concluso che i giovani sono un "obiettivo chiave" per gli inserzionisti di alcolici (153). Gli esempi forniti includevano l'uso della sponsorizzazione di attività sportive e di intrattenimento che vengono utilizzate per associare i prodotti alcolici alla cultura giovanile e alle abilità sportive. La revisione ha anche mostrato che i dati delle ricerche di mercato sui quindicenni e sedicenni sono stati utilizzati per guidare lo sviluppo di campagne e l'introduzione di nuovi prodotti, inclusi alcuni che attraggono i bambini. I documenti interni del settore suggeriscono che le restrizioni di marketing progettate per prevenire l'esposizione dei giovani sono considerate dannose per il settore degli alcolici (154). In un rapporto al suo consiglio di amministrazione, Heineken ha affermato che le restrizioni sulla pubblicità potrebbero portare a un calo delle vendite, in particolare in Europa, e rappresentare una minaccia significativa per il marchio Heineken e per il settore degli alcolici nel suo complesso (155).

La tendenza continua e, secondo l'OMS, i marchi di alcolici sponsorizzano massicciamente eventi sportivi e culturali che attraggono i giovani, favorendo connessioni emotive e fedeltà al marchio (156). Questa strategia di marketing si rivolge ai giovani uomini, che sono i maggiori consumatori di alcol, raggiungendo anche un pubblico significativo di bambini e adolescenti che partecipano a questi eventi. In questo modo, il settore integra i suoi marchi sia nella pubblicità dell'evento che nei prodotti venduti.

In un momento in cui il marketing in generale è stato trasformato e digitalizzato, un rapporto dell'OMS ha evidenziato l'invasione degli spazi sociali digitali dei bambini e dei giovani da parte di aziende che promuovono il consumo di alcol (157). Piattaforme digitali come Facebook, Instagram, TikTok e YouTube sono utilizzate dalle aziende di alcolici per interagire con i giovani e raccogliere dati personali per un marketing mirato. Gli algoritmi informatici adattano i contenuti di marketing in tempo reale in base agli interessi dei consumatori. Ciò significa che un giovane che mostra interesse per contenuti correlati all'alcol sarà soggetto a un marketing dell'alcol sempre più invasivo (158,159).

Infine, la natura del marketing digitale è tale da consentire alle aziende di alcolici di fare pubblicità sui dispositivi mobili dei giovani eludendo il controllo parentale (157). Le restrizioni di età sui siti web di alcolici sono facilmente aggirabili, il che rappresenta una sfida per gli sforzi di regolamentazione e protezione (160). In effetti, la ricerca ha costantemente rilevato che le aziende di alcolici non sono disposte o non sono in grado di impedire ai bambini e ai giovani di essere esposti al loro marketing e di accedervi e interagire con esso (161). In questo contesto sono inclusi i meccanismi di limitazione dell'età utilizzati su Twitter, YouTube e Instagram, che si sono rivelati inefficaci nell'impedire l'accesso dei giovani (162).

2.3.2. Il marketing dell'alcol contribuisce all'iniziazione all'alcolismo o al consumo eccessivo di alcolici da parte dei giovani?

Secondo l'industria degli alcolici

Secondo gli operatori del settore degli alcolici, non esiste alcun collegamento tra la pubblicità degli alcolici e il consumo di alcol (18), in particolare tra i giovani (37). I produttori globali sostengono che la ricerca che collega la pubblicità al consumo dannoso di alcol è debole e incoerente (152), e si oppongono costantemente all'idea che la pubblicità contribuisca all'aumento del consumo di alcol, sottolineandone il ruolo nella scelta del marchio piuttosto che nel consumo in sé (151). Sostengono inoltre che il problema del consumo di alcol tra i giovani è complesso e sfaccettato, e coinvolge fattori diversi dal marketing, come gli atteggiamenti dei genitori e la pressione dei pari (37,152).

Secondo la comunità della sanità pubblica

Secondo l'OMS, l'entità e l'ampiezza delle comunicazioni commerciali sull'alcol, in particolare il loro impatto sul consumo di alcol da parte dei giovani, rappresentano una delle principali preoccupazioni per la salute pubblica (156, 163). La ricerca sugli effetti del marketing dell'alcol, come riassunto in una serie di revisioni integrative e meta-analisi, ha riscontrato un notevole grado di coerenza per quanto riguarda gli effetti dannosi di questi sforzi di marketing (164–167). La ricerca dimostra che le pubblicità sull'alcol sono attraenti per i giovani e stimolano il loro comportamento di consumo di alcol (168).

Jernigan et al. hanno esaminato la letteratura sull'associazione tra marketing dell'alcol e consumo di alcol da parte dei giovani, concentrandosi su studi più recenti che utilizzano sofisticati modelli longitudinali (167). Questa revisione sistematica ha identificato 12 studi che riportavano risultati di nove coorti uniche che includevano più di 35.000 persone in diversi paesi. Tutti gli studi hanno trovato un'associazione significativa tra l'esposizione dei giovani al marketing dell'alcol e il successivo comportamento di consumo di alcol. Finan et al. hanno esaminato 38 studi sulla relazione tra marketing dell'alcol e comportamenti di consumo di alcol tra adolescenti e giovani adulti (164). Hanno scoperto che l'esposizione al marketing dell'alcol, in particolare la promozione dell'alcol e il possesso di prodotti correlati all'alcol, è costantemente associata al consumo di alcol da parte dei giovani.

Le revisioni narrative degli studi di marketing digitale sono coerenti con le revisioni precedenti che si sono concentrate principalmente sul marketing nei media tradizionali (169, 170).

Queste revisioni concludono che il marketing attraverso i media digitali utilizza approcci che sono attraenti per i giovani e per questo motivo è probabile che tale marketing abbia un impatto sul loro comportamento di consumo di alcol.

La teoria dello sviluppo e la ricerca empirica suggeriscono che i bambini e i giovani potrebbero essere particolarmente vulnerabili al marketing dell'alcol (168). Ad esempio, i bambini potrebbero essere più suscettibili alle immagini dei media perché non hanno la capacità di compensare i pregiudizi nelle rappresentazioni pubblicitarie e nelle immagini dei media glamour. Revisioni sistematiche di centinaia di studi condotti in un'ampia gamma di paesi mostrano che il marketing dell'alcol può essere considerato una delle diverse cause che contribuiscono all'inizio precoce del consumo di alcol e allo sviluppo di un successivo consumo eccessivo di alcol (164, 167, 171, 172).

2.3.3 L'autoregolamentazione del marketing degli alcolici protegge i giovani?

Secondo l'industria degli alcolici

I codici pubblicitari per l'alcol sono stati sviluppati da organizzazioni di responsabilità sociale d'impresa sponsorizzate dall'industria dell'alcol e adottati dai produttori di alcol in tutto il mondo (161). Molti hanno, ad esempio, approvato i *principi guida* e i *principi guida digitali per l'autoregolamentazione delle comunicazioni di marketing per le bevande alcoliche*, sviluppati dall'International Alliance for Responsible Drinking (IARD) (173,174), come misure di salvaguardia volontarie per proteggere le popolazioni vulnerabili, compresi i giovani, dal marketing dell'alcol (175). Secondo l'industria dell'alcol, gli attuali sistemi di autoregolamentazione sono soddisfacenti, flessibili, reattivi e ben adattati al panorama online e offline in rapida evoluzione (37,151,176). Inoltre, l'autoregolamentazione è presentata come vantaggiosa rispetto alla regolamentazione formale perché i costi sono sostenuti dall'industria dell'alcol e l'approccio può fornire soluzioni locali a problemi locali (67). L'industria dell'alcol sostiene che un ulteriore vantaggio dell'autoregolamentazione del settore è che può aiutare a creare un ambiente più sicuro nei paesi che hanno risorse limitate per stabilire e

far rispettare le norme formali (152,176).

Secondo la comunità della sanità pubblica

Le ricerche condotte in diversi Paesi dimostrano che l'autoregolamentazione del marketing da parte dell'industria degli alcolici è inefficace nel proteggere i bambini e altri gruppi vulnerabili (99). Una revisione sistematica di quasi 100 studi che hanno indagato il contenuto e l'esposizione al marketing degli alcolici in relazione alle linee guida autoregolate ha riscontrato risultati simili; tutti gli studi esaminati che hanno valutato il contenuto pubblicitario hanno riportato prove di violazione del codice o hanno identificato contenuti che potrebbero essere attraenti per i giovani. L'analisi ha evidenziato una presenza complessiva di contenuti che potrebbero essere considerati potenzialmente dannosi per bambini e giovani, inclusi temi che attraggono fortemente i giovani uomini (161). Nella stessa revisione sistematica, non sono stati identificati studi che supportassero l'efficacia dei programmi di autoregolamentazione dell'industria. L'inchiesta della Commissione per la salute della Camera dei Comuni del Parlamento del Regno Unito sui documenti interni di marketing dell'industria degli alcolici ha rilevato che i codici non proteggono i giovani dalla pubblicità degli alcolici (154).

Sebbene i *principi guida* dell'IARD e altri programmi di autoregolamentazione includano un processo di risoluzione dei reclami che consente a individui e organizzazioni di chiedere alle aziende di ritirare le pubblicità perché violano le linee guida di autoregolamentazione, spesso mancano di un quadro per un sistema di risoluzione dei reclami, lasciando ai singoli paesi o alle aziende il compito di organizzare e gestire i reclami (174).

Una revisione degli studi che valutavano questi sistemi in diversi paesi ha scoperto che non riuscivano a identificare la maggior parte delle pubblicità non conformi e non erano efficaci nel rimuovere i materiali di marketing identificati come non conformi ai codici del settore (177). Ad esempio, uno studio sul marketing degli alcolici in otto paesi durante la Coppa del Mondo FIFA del 2014 ha rilevato livelli sostanziali di esposizione ai giovani e mancanza di conformità da parte di numerosi produttori nazionali e transnazionali che hanno commercializzato bevande alcoliche durante questo evento globale (161).

Per quanto riguarda il marketing digitale, gli studi iniziali indicano che i *Digital Guiding Principles* non hanno impedito l'esposizione dei giovani alle pratiche di marketing digitale dell'alcol (178, 179) o l'uso di contenuti che potrebbero essere dannosi per le popolazioni vulnerabili (177). Il marketing digitale, che si basa fortemente sulla raccolta e l'utilizzo dei dati, spesso opera oltre l'ambito dei tradizionali codici di autoregolamentazione, che dovrebbero estendersi oltre i messaggi pubblicitari simbolici o la condivisione di contenuti correlati all'alcol sui social media per includere l'ottimizzazione basata sui dati dell'attenzione, dell'impegno e del comportamento dei consumatori (170).

I comitati di revisione nominati dall'industria hanno importanti conflitti di interesse in quanto sono nominati e pagati da un'industria che potrebbe perdere notevoli entrate se un reclamo pubblicitario venisse confermato (161, 180). Inoltre, è stato riscontrato che i comitati di revisione non hanno competenze in materia di salute pubblica e sviluppo adolescenziale, senza alcuna prova che utilizzino procedure di revisione oggettive specificamente progettate per rilevare violazioni del codice (181). Inoltre, ci sono alcune prove che suggeriscono che, anche quando un gruppo di esperti ha stabilito che una pubblicità viola il codice, pochi reclami, se non nessuno, vengono confermati dai comitati di revisione del settore (177).

Di fronte all'inefficacia degli approcci di autoregolamentazione, i sostenitori della salute pubblica e l'OMS sono favorevoli ai divieti statuari sulla pubblicità di alcolici (99). Per affrontare l'esposizione dei giovani al marketing digitale dell'alcol, un rapporto dell'OMS del 2021 fornisce esempi di paesi in cui sono stati implementati vari tipi di risposte da parte dei governi (157). Sono necessarie ulteriori ricerche per valutare l'efficacia di questi approcci nel raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tuttavia, alcune strategie sembrano promettenti nella salvaguardia dei giovani, sebbene ciò dipenda da un monitoraggio costante e dalla cooperazione regionale per far rispettare le politiche. In tutti i contesti, è evidente che i paesi devono dare priorità alla regolamentazione statutaria, inclusa l'applicazione.

2.3.4 Approfondimenti chiave

C'è un notevole dibattito sull'efficacia delle politiche di marketing dell'alcol, con prospettive divergenti da parte degli stakeholder del settore e della ricerca scientifica. Il settore insiste sul fatto che la sua pubblicità è responsabile e mirata agli adulti, ma le prove indicano che gli sforzi di marketing sono intenzionalmente diretti ai giovani. Nonostante le rassicurazioni del settore sull'autoregolamentazione, gli studi evidenziano costantemente l'incapacità di proteggere le fasce demografiche vulnerabili dalla pubblicità dell'alcol.

La ricerca scientifica sottolinea l'impatto significativo del marketing sui comportamenti di consumo di alcol dei giovani, con studi che mostrano una forte associazione tra l'esposizione al marketing dell'alcol e il successivo comportamento di consumo di alcol tra i giovani. Il marketing digitale esacerba le preoccupazioni, con linee guida approvate dal settore che si dimostrano inefficaci nel limitare l'esposizione dei giovani.

I conflitti di interesse nei comitati di revisione nominati dal settore compromettono ulteriormente l'efficacia dell'autoregolamentazione. Di conseguenza, implementare rigide politiche di marketing è una scelta intelligente. I divieti statutari si sono dimostrati efficaci nel limitare l'esposizione dei giovani al marketing dell'alcol, impedendo la normalizzazione del consumo di alcol tra i giovani e mitigando i rischi per la salute associati.

2.4. Politiche di etichettatura degli alcolici

2.4.1. Le pratiche volontarie dell'industria degli alcolici presentano informazioni adeguate sulle etichette dei contenitori di alcolici?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria degli alcolici favorisce le iniziative volontarie rispetto ai mandati governativi, preferendo misure e partnership di co- e auto-regolamentazione anziché normative obbligatorie (13,86). Ad esempio, l'industria ha tradizionalmente favorito un approccio auto-regolamentativo alle proposte di etichettatura nutrizionale (182–186) e si è opposta alle proposte legislative sulle avvertenze sanitarie sulle etichette dei prodotti (187), più di recente in Irlanda, citando preoccupazioni sulle barriere commerciali (188,189). Allo stesso tempo, alcuni segmenti dell'industria hanno assunto i propri impegni volontari per includere determinati tipi di informazioni sanitarie sulle etichette (190–192). Nel complesso, gli enti dell'industria degli alcolici spesso si oppongono alle informazioni obbligatorie sulla nutrizione e sulla salute sulle etichette, sostenendo che l'auto-regolamentazione è sufficiente e che i consumatori sono già consapevoli dei rischi associati al bere (193,194).

Secondo la comunità della sanità pubblica

I produttori di alcolici possono includere volontariamente informazioni nutrizionali e sanitarie sulle etichette e alcuni stakeholder del settore si sono impegnati a fornire tali informazioni (144,195,196). Tuttavia, il formato, l'estensione e il tipo di informazioni variano, spaziando dal pieno allineamento con altre normative su alimenti e bevande (come il Regolamento UE n. 1169/2011) a dettagli limitati come il valore energetico o le informazioni fornite solo online. Inoltre, l'implementazione è stata incoerente: un'analisi di mercato del 2021 ha mostrato che solo il 29,6% delle bevande alcoliche controllate nei negozi in tutta l'UE includeva informazioni sugli ingredienti, il 21,6% aveva un valore energetico e il 2,5% aveva informazioni nutrizionali complete, e c'erano differenze significative tra i settori delle bevande (197).

Esistono poche prove per dimostrare gli impatti delle iniziative di etichettatura volontaria dell'industria dell'alcol e sono stati condotti pochi studi formali di valutazione indipendente delle pratiche del settore (192). Le poche valutazioni condotte da ricercatori indipendenti e gruppi della società civile per verificare la conformità agli impegni di autoregolamentazione concludono generalmente che le pratiche di etichettatura volontaria hanno meno probabilità di essere pienamente implementate rispetto a quelle obbligatorie e sono inefficaci nel fornire ai consumatori informazioni adeguate sui contenuti dei prodotti e sui rischi per la salute associati al consumo di alcolici in modo chiaro e visibile (vedere, ad esempio, (198)).

Nel Regno Unito, una valutazione dell'impegno del settore del Public Health Responsibility Deal del 2011 di etichettare l'80% di tutti i prodotti alcolici con informazioni sanitarie standardizzate ha rilevato che il 70% dei prodotti forniva il contenuto concordato e meno del 50% seguiva le linee guida delle "migliori pratiche" del settore per dimensioni e visibilità (199). La percentuale di etichette di alcolici che riportano le linee guida del Regno Unito sul consumo di alcolici a basso rischio è diminuita notevolmente da quando sono state riviste nel 2016, con uno studio dell'Alcohol Health Alliance che ha riportato che meno del 30% delle etichette riportava gli ultimi consigli sulla salute dei Chief Medical Officer del Regno Unito nel 2020 (200). La valutazione delle etichette volontarie del Regno Unito ha mostrato che le persone che consumano alcolici prestavano loro un'attenzione minima (201) e tra i giovani solo un terzo ha notato qualche tipo di informazione sanitaria sulle confezioni di alcolici (202).

In Australia e Nuova Zelanda due valutazioni di un programma volontario di etichettatura delle avvertenze sanitarie per la gravidanza hanno concluso che l'implementazione era carente: il rapporto di valutazione finale del 2017 ha rilevato che solo il 47,8% dei prodotti alcolici sul mercato in Australia riportava le avvertenze, sei anni dopo l'impegno assunto (203). La valutazione dell'iniziativa volontaria di etichettatura australiana ha indicato che vi era un basso tasso di richiamo e consapevolezza delle etichette di avvertenza e che era improbabile che incoraggiassero le persone a cercare ulteriori informazioni (204,205). Questi risultati hanno portato allo sviluppo di etichette di avvertenza obbligatorie per la gravidanza, che sono state introdotte nel 2020 dal Ministerial Forum on Food Regulation (206).

La mancanza di prove che gli approcci di etichettatura volontaria adottati dall'industria degli alcolici siano adeguati per informare i consumatori ha portato la revisione commissionata dall'OMS Health Evidence Network a "favorire la regolamentazione obbligatoria rispetto agli impegni volontari, poiché consente un migliore controllo sul contenuto e sulla presentazione del messaggio, la presentazione di prove più solide e una maggiore garanzia di una buona penetrazione dell'etichetta" (192). L'etichettatura obbligatoria dei prodotti alcolici è il mezzo più efficace per comunicare informazioni ai consumatori sui contenuti e sui rischi per la salute delle bevande alcoliche perché garantisce che le informazioni raggiungano i consumatori ripetutamente e nei punti di contatto chiave (nel punto vendita e quando l'alcol viene versato o consumato) e offre ai decisori politici l'opportunità di formulare i requisiti di progettazione in modo che le etichette siano chiaramente visibili. Vale a dire, laddove vengono utilizzate, le etichette obbligatorie devono essere progettate secondo le migliori pratiche di progettazione; altrimenti, come suggerito da uno studio francese di eye-tracking, non saranno notate dai consumatori (207).

2.4.2. Le avvertenze sanitarie sulle etichette dei prodotti sono efficaci?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria degli alcolici sostiene costantemente che le avvertenze sulla salute sulle etichette dei prodotti sono inefficaci. È da tempo scettica sulla capacità delle etichette di influenzare il comportamento (193) e ha spesso suggerito che il loro utilizzo potrebbe avere conseguenze indesiderate (13). Gli enti del settore, come l'Alcohol Beverage Federation of Ireland (208), sostengono che le etichette sulla salute potrebbero confondere i consumatori o indurre i giovani a scegliere bevande più forti. L'opposizione alle avvertenze obbligatorie sulla gravidanza in Australia, Nuova Zelanda e Francia, nel frattempo, evidenzia i dubbi dichiarati dall'industria sulla loro efficacia, citando potenziali danni alle donne incinte e conseguenze economiche negative (192,209,210). Il discorso globale, comprese le dichiarazioni di alcuni membri dell'Organizzazione mondiale del commercio, si allinea con le argomentazioni del settore contro l'efficacia dell'etichettatura obbligatoria, favorendo misure alternative come campagne informative e partnership (211).

Secondo la comunità della sanità pubblica

Mentre i produttori di alcol spesso mettono in dubbio l'efficacia delle avvertenze sanitarie nel modificare il comportamento, una nuova prospettiva di salute pubblica vede le avvertenze sanitarie come uno strumento efficace per informare i consumatori, aumentare la consapevolezza e contribuire alla riduzione a lungo termine dei danni correlati all'alcol aumentando il sostegno politico e diminuendo l'attrattiva dei prodotti alcolici (212).

Studi esistenti dimostrano che gli avvertimenti sulla salute sono efficaci nell'aumentare la consapevolezza dei danni correlati all'alcol, in particolare nel caso del cancro, il danno meno noto associato all'alcol (213–216). Le prove indicano anche che i messaggi sulla salute che citano rischi di malattie specifiche, come il cancro, possono aumentare l'intenzione delle persone di consumare meno alcol (199). Tuttavia, una ricerca del Regno Unito mostra che, mentre gli avvertimenti sulla salute con un messaggio sul cancro hanno ridotto la selezione di bevande in un esperimento online (217), questo risultato non è stato replicato in un test impostato per sembrare un ambiente di acquisto del mondo reale, probabilmente a causa del breve tempo di esposizione all'avvertimento (218).

Uno studio sperimentale condotto nello Yukon, in Canada, ha riportato che, quando esposti a un messaggio di avvertenza sul cancro sulle etichette dei prodotti in combinazione con linee guida per il consumo di alcolici a basso rischio, gli acquirenti di alcolici hanno riportato livelli significativamente più elevati di consapevolezza del legame tra alcol e cancro rispetto a quelli di un gruppo di controllo (216). La consapevolezza del rischio di cancro correlato all'alcol è stata associata a intenzioni auto-risportate di bere meno in futuro (216) e c'è stato anche un maggiore supporto per altre misure di politica sull'alcol (219). Ulteriori ricerche hanno concluso che l'esposizione alle etichette di avvertenza sulla salute nello Yukon è stata associata a una riduzione del 6,3% delle vendite al dettaglio di alcolici pro capite, nonché a una maggiore consapevolezza delle linee guida nazionali sul consumo di alcolici (220).

L'efficacia delle etichette dipende anche dal loro design. Studi hanno dimostrato che presentare informazioni sulla salute su etichette in un formato più grande e leggibile con caratteri in grassetto porta a un maggiore richiamo e a una maggiore conoscenza dei rischi per la salute correlati all'alcol tra i consumatori (221). Un esempio dell'efficacia delle etichette di avvertenza sull'alcol sono le avvertenze obbligatorie sulla gravidanza introdotte in Australia e Nuova Zelanda nel 2020 (222). Queste avvertenze presentano un pittogramma accanto al testo "AVVERTENZA SULLA GRAVIDANZA - L'alcol può causare danni permanenti al tuo bambino" e devono soddisfare requisiti specifici in termini di dimensione e colore del carattere (223). Una valutazione dell'impatto condotta dall'autorità governativa competente, Food Standards Australia New Zealand, ha concluso che l'onere dei costi per l'industria dell'alcol per l'implementazione di queste nuove etichette era ragionevole (224). La valutazione ha rilevato che prevenire solo una piccola percentuale (1,3%) di casi di disturbo dello spettro feto-alcolico (FASD) all'anno compenserebbe il costo totale delle modifiche alle etichette dell'alcol. Inoltre, il rapporto ha evidenziato i significativi benefici umani, sociali e finanziari per la comunità derivanti dall'evitare o mitigare nuovi casi di FASD, supportando ulteriormente l'efficacia delle etichette di avvertenza obbligatorie.

2.4.3 Approfondimenti chiave

Le etichette svolgono un ruolo cruciale nell'informare i consumatori sui contenuti dei prodotti alcolici e sui rischi associati, portando potenzialmente a una riduzione del consumo di alcol. La ricerca indica che informazioni chiare e accessibili sulle etichette degli alcolici possono aumentare la consapevolezza di condizioni di salute come quelle correlate all'alcol.

cancro e può influenzare i consumatori a fare scelte più sane. Tuttavia, un approccio autoregolamentato all'etichettatura degli alcolici, in cui l'industria fornisce informazioni volontariamente, ha dimostrato di portare a un'implementazione e una visibilità delle etichette meno affidabili. Le prove dimostrano che gli schemi di etichettatura obbligatori sono il metodo più efficace per garantire che i consumatori ricevano informazioni accurate e accessibili e informazioni essenziali. Ciò consente loro di prendere decisioni informate su consumo di alcol. Le politiche di etichettatura obbligatoria forniscono un mezzo di comunicazione coerente ed efficace per salvaguardare la salute pubblica.

2.5. Interventi contro la guida in stato di ebbrezza

2.5.1 Chi dovrebbe essere il bersaglio delle politiche sulla guida in stato di ebbrezza?

Secondo l'industria degli alcolici

Dal punto di vista dell'industria dell'alcol, le politiche sulla guida in stato di ebbrezza dovrebbero essere rivolte principalmente agli individui noti come "guidatori incalliti in stato di ebbrezza", che sono caratterizzati da precedenti condanne o arresti per guida sotto l'effetto di alcol o con elevata concentrazione di alcol nel sangue (BAC). Utilizzando un argomento basato sulla presunta "maggioranza moderata" della popolazione, sostengono che la maggior parte dei danni deriva dal comportamento di una piccola minoranza e, pertanto, che le politiche non dovrebbero gravare indebitamente sulla popolazione più ampia (225). Di conseguenza, l'industria favorisce interventi mirati su misura per il trattamento dei forti bevitori, come l'uso di dispositivi di blocco dell'accensione per i recidivi (226).

Secondo la comunità della sanità pubblica

I meccanismi di deterrenza generale combinati con misure demografiche sono essenziali per affrontare la guida in stato di ebbrezza. I cosiddetti guidatori incalliti in stato di ebbrezza rappresentano una piccola ma importante percentuale di conducenti coinvolti in incidenti mortali dovuti alla guida in stato di ebbrezza. Approcci efficaci per ridurre la recidiva in questo gruppo includono la sospensione o la revoca amministrativa della patente (116) e leggi che richiedono dispositivi di blocco dell'accensione che impediscono l'avviamento di un veicolo finché il conducente non supera un test del respiro (228,229). Tuttavia, va notato che sono stati documentati problemi di conformità per quanto riguarda i tassi di installazione degli interblocchi (vedere, ad esempio, (230) e (231)). Per aumentare la conformità, si raccomanda il monitoraggio (232) e ai trasgressori possono essere offerti incentivi come multe ridotte. Infine, la valutazione e il trattamento appropriato (come consulenza o terapia), che possono essere collegati alla sospensione della patente o all'arresto, sono una parte importante della riduzione della guida in stato di ebbrezza in questo gruppo.

È importante notare che, concentrando l'attenzione sul "guidatore incallito in stato di ebbrezza", la maggior parte di coloro che guidano sotto l'effetto dell'alcol, che rappresentano la maggior parte dei danni, non vengono individuati (233,234). Come sottolineato da Chamberlain e Solomon (234), "il mito del guidatore incallito in stato di ebbrezza distoglie l'attenzione da approcci più completi che sono essenziali per ridurre la guida in stato di ebbrezza tra tutti i segmenti della popolazione". Si ottengono maggiori guadagni attraverso sforzi di deterrenza generali, tra cui leggi che stabiliscono un limite basso di BAC al quale si può guidare legalmente (235,236). Secondo l'iniziativa SAFER dell'OMS (236), la riduzione del limite legale dallo 0,08% allo 0,05% potrebbe ridurre il numero di incidenti stradali correlati all'alcol.

incidenti del 18%.

È importante che qualsiasi limite di BAC sia associato a un'applicazione ben pubblicizzata (226,236,237). Le prove di ricerca provenienti da diversi paesi supportano l'uso di test frequenti, altamente visibili e non selettivi, in particolare test dell'etilometro casuali o obbligatori, spesso implementati presso i "punti di controllo della sobrietà" (237–239).

Tali misure aumentano la percezione pubblica della probabilità di arresto, riducendo così la probabilità di guida in stato di ebbrezza (237,240).

Oltre a questi sforzi di deterrenza, ci sono sempre più prove che misure a livello di popolazione per ridurre i livelli complessivi di consumo di alcol (aumento delle tasse, restrizioni sulla disponibilità, norme sull'età minima di acquisto e divieti di pubblicità) possono prevenire il consumo eccessivo di alcol e la guida in stato di ebbrezza (226). Ad esempio, ci sono forti prove che l'aumento delle tasse sull'alcol produce cali significativi nella guida in stato di ebbrezza e nei decessi per incidenti, almeno nei paesi ad alto reddito (120). Allo stesso modo, le norme che limitano la disponibilità fisica di alcol attraverso restrizioni sugli orari e sui giorni di vendita, sulla densità dei punti vendita e sull'età minima di acquisto dell'alcol sono modi efficaci per ridurre tutti i tipi di danni correlati all'alcol (241). Uno studio più recente per valutare l'impatto delle politiche di controllo dell'alcol sui danni del traffico stradale correlati all'alcol in Lituania in un periodo di 15 anni ha rilevato che la percentuale di incidenti, feriti e decessi correlati all'alcol è diminuita in modo significativo a seguito dell'attuazione di una serie di misure, tra cui aumenti delle tasse, restrizioni sulla disponibilità (come norme sull'età minima di acquisto), leggi sulla guida in stato di ebbrezza e divieti di marketing (242).

2.5.2. Le campagne di guida designata e i programmi di guida sicura sono efficaci nel prevenire la guida in stato di ebbrezza?

Secondo l'industria degli alcolici

L'industria dell'alcol presenta la guida in stato di ebbrezza come un problema circoscritto che tende a verificarsi in contesti e momenti particolari (13,114). Di conseguenza, l'industria è diventata sempre più attiva nella sponsorizzazione di campagne di guida designata, guida sicura e consumo responsabile di alcol attraverso le sue attività di responsabilità sociale d'impresa (CSR) (11). In una recente consultazione dell'OMS, diverse presentazioni dell'industria hanno fornito lunghi esempi di campagne nazionali sulla guida in stato di ebbrezza in cui erano stati coinvolti (145), e alcuni hanno affermato che queste iniziative avevano portato a un calo delle vittime della strada (243).

Secondo la comunità della sanità pubblica

Mentre i programmi di guida designata e di guida sicura, sostenuti da molti produttori, possono aumentare la consapevolezza, l'impatto sugli incidenti causati dall'alcol non è stato ancora dimostrato (116,226,244,245). Oltre alla mancanza di prove a supporto della loro efficacia, le campagne di guida designata possono avere conseguenze indesiderate, tra cui un maggiore consumo da parte dei passeggeri (237,245,246). I passeggeri in stato di ebbrezza agiscono in modi che distruggono il conducente, mettendo tutti a rischio (247).

Un'analisi del contenuto di 266 iniziative selezionate casualmente e intraprese dal settore nel campo della guida in stato di ebbrezza ha rilevato che:

- Lo 0,8% era coerente con l'evidenza di efficacia;
- L'87,6% aveva il potenziale per commercializzare un marchio o un prodotto specifico; e
- Il 66,9% aveva il potenziale per causare danni dal punto di vista della salute pubblica (244).

Inoltre, le campagne di settore sulla guida in stato di ebbrezza spesso si verificano in occasione di eventi sponsorizzati dal settore, come concerti o festival. Ciò suggerisce che tali attività (come i buoni taxi) potrebbero essere intraprese per mitigare i potenziali rischi reputazionali associati a incidenti o decessi dovuti alla guida in stato di ebbrezza che potrebbero essere ricondotti a un'azienda o a un marchio di alcolici. Come notato con altre attività di CSR del settore, le partnership del settore con gli stakeholder della sanità pubblica, tra cui governi e organizzazioni non governative o organizzazioni influenti di governance transnazionale, forniscono credibilità e legittimità al settore (225). Inoltre, la sponsorizzazione del settore relativa alle corse automobilistiche, come quella dei team del Gran Premio di Formula 1, invia messaggi contrastanti sulla guida in stato di ebbrezza e rappresenta una violazione dei codici di marketing che proibiscono l'associazione di marchi di alcolici e guida (248).

Le campagne efficaci contro la guida in stato di ebbrezza richiedono una pianificazione approfondita, una distribuzione multicanale e un'applicazione rafforzata per essere efficaci (249). Le prove dimostrano che pochi programmi sponsorizzati dall'industria soddisfano questi criteri e le affermazioni secondo cui le iniziative di CSR dell'industria dell'alcol riducono il consumo dannoso di alcol mancano di supporto scientifico. Le prove emergenti indicano che queste iniziative potrebbero in effetti interferire con il modo in cui vengono inquadrati i problemi correlati all'alcol, impedendo così lo sviluppo di politiche basate sulle prove per ridurre i danni dell'alcol (11).

2.5.3 Approfondimenti chiave

L'industria degli alcolici in genere si oppone a misure efficaci per combattere la guida in stato di ebbrezza, spesso distogliendo l'attenzione sui guidatori in stato di ebbrezza "hardcore", mentre quelli che causano la maggior parte dei danni rimangono inosservati. Le campagne di marketing di massa dell'industria che promuovono il bere responsabile e i programmi di guidatore designato non sono sostituiti di misure efficaci; possono essere controproducenti perché servono a scopi di marketing e ritardano misure più efficaci basate su prove.

Ricerche approfondite sostengono che i meccanismi di deterrenza generale, come bassi limiti di alcol nel sangue e misure di controllo altamente visibili, sono cruciali per ridurre gli incidenti dovuti alla guida in stato di ebbrezza. Misure efficaci includono test del respiro casuali e posti di blocco della sobrietà, che aumentano significativamente la probabilità percepita di arresto, scoraggiando così i potenziali trasgressori. Inoltre, affrontare la guida in stato di ebbrezza attraverso politiche complete che riducano il consumo complessivo di alcol, come una maggiore tassazione e una disponibilità limitata, e fornire un trattamento efficace per la dipendenza da alcol si sono dimostrate efficaci nel prevenire incidenti stradali e decessi correlati all'alcol. Queste misure a livello di popolazione non solo prendono di mira i trasgressori abituali, ma impediscono anche ai bevitori occasionali di diventare conducenti in stato di ebbrezza.

Dare priorità a questi interventi basati sull'evidenza scientifica può ridurre significativamente i danni alla circolazione stradale correlati all'alcol e promuovere comportamenti di guida più sicuri.

2.6. Prodotti senza e con basso tenore alcolico (NoLo)

2.6.1. Aumentare la disponibilità di prodotti analcolici o a basso contenuto di alcol può ridurre i danni correlati all'alcol?

Secondo l'industria degli alcolici

Il mercato dei prodotti senza e a basso contenuto di alcol (NoLo) ha registrato una notevole espansione negli ultimi anni, con i principali produttori che si sono impegnati ad ampliare la propria offerta di prodotti NoLo come parte di iniziative CSR volte a ridurre i danni correlati all'alcol. Ad esempio, AB InBev si è impegnata a garantire che i prodotti NoLo rappresentino almeno il 20% del suo volume globale di birra entro la fine del 2025, come parte della sua iniziativa Smart Drinking Goals (250). Il crescente coinvolgimento del settore nei prodotti NoLo è spesso descritto come una risposta al crescente interesse per la salute e il benessere e ai cambiamenti culturali verso la sobrietà e la moderazione nel consumo di alcol (251,252). Secondo il settore, le opzioni NoLo possono aiutare i consumatori a raggiungere livelli più elevati di salute e benessere, offrendo soluzioni pratiche per coloro che danno priorità alla salute e alla sicurezza nelle loro abitudini di consumo di alcol (253).

Secondo la comunità della sanità pubblica

Per comprendere le implicazioni per la salute pubblica dei prodotti NoLo, sono essenziali i dati relativi al loro consumo e all'impatto sull'assunzione complessiva di alcol. Le prove attuali suggeriscono che alcuni individui stanno effettivamente sostituendo parte del loro consumo di alcol con alternative analcoliche, come osservato in studi del Regno Unito e della Spagna (254,255). Tuttavia, questi risultati si basano sul presupposto della sostituzione e non è ancora chiaro in che misura i consumatori stiano sostituendo o semplicemente aggiungendo opzioni NoLo al loro consumo abituale di alcol (256).

Uno studio di modellizzazione ha indicato che l'introduzione di birra e vino con una gradazione alcolica inferiore allo 0,5% potrebbe portare a una certa sostituzione di bevande ad alta gradazione alcolica, ma non nella misura in cui potrebbe dimostrare un impatto significativo sulla salute pubblica (257). Nel complesso, vi è attualmente una notevole incertezza circa l'impatto dei prodotti NoLo sul consumo di alcol a livello di popolazione (258). L'incertezza è anche alimentata da una serie di questioni preoccupanti relative ai prodotti NoLo.

In primo luogo, la comunità sanitaria pubblica ha espresso preoccupazione per le prove emergenti dell'impatto dei prodotti NoLo sul comportamento dei consumatori e sulle disparità in materia di salute. Secondo studi recenti, gli individui con uno status socioeconomico più elevato hanno maggiori probabilità di acquistare prodotti NoLo (259), quindi, mentre la maggiore disponibilità di prodotti NoLo potrebbe essere efficace nel ridurre il consumo di alcol tra i segmenti più privilegiati della società, potrebbe essere di minore beneficio per il resto della popolazione (260). In misura minore, sono state sollevate preoccupazioni anche sulle implicazioni dell'uso di NoLo su un altro gruppo di popolazione: i giovani (261). In particolare, mancano prove sull'impatto che tali prodotti potrebbero avere sull'istituzione di norme sociali sul bere tra i giovani e sull'inizio del loro consumo di alcol.

In secondo luogo, le definizioni e le normative applicate alle bevande NoLo variano in modo significativo, il che influisce sulla capacità dei consumatori di prendere decisioni informate su di esse (258). Non esiste una definizione concordata dei prodotti NoLo e nessun accordo su come dovrebbero essere etichettati (252). Pertanto, il termine "NoLo" può essere applicato non solo a prodotti completamente analcolici, ma anche a prodotti a bassa gradazione alcolica con un contenuto alcolico relativamente basso, ma comunque assolutamente elevato, come i gin che hanno il 20% di alcol in volume (255).

In terzo luogo, la comunità scientifica è cauta nel considerare i prodotti NoLo come uno strumento di salute pubblica, principalmente per le preoccupazioni che circondano il modo in cui questi prodotti vengono commercializzati. Studi di casi recenti hanno esposto l'uso del marketing dell'aggiunta e della pubblicità alibi da parte di marchi di alcolici sia grandi che artigianali (262,263). Mentre il marketing dell'aggiunta associa i NoLo a uno stile di vita sano e ne promuove l'uso in contesti di consumo di alcol non tradizionali, la pubblicità alibi aggira le normative sul marketing dell'alcol collegando i prodotti analcolici a marchi ed eventi alcolici noti. Ciò è particolarmente preoccupante nei paesi con restrizioni di marketing dell'alcol esistenti (157,264,265). Nel complesso, queste pratiche di marketing contribuiscono alla presenza continua di prodotti che assomigliano molto all'alcol. Ciò può rafforzare le cosiddette culture "alcogeniche" (normalizzanti l'alcol) rafforzando le norme sul consumo di alcol e perpetuando il mito che "tutti bevono" (255,258,262).

Infine, va notato che l'industria degli alcolici utilizza la promozione dei prodotti NoLo per rafforzare la propria immagine di CSR e per distogliere l'attenzione dalle misure politiche sull'alcol basate sull'evidenza (266).

2.6.2 Approfondimenti chiave

Mentre l'industria dell'alcol investe sempre di più nei prodotti NoLo, persistono incertezze sulla loro efficacia nel ridurre il consumo complessivo di alcol e i danni correlati. Le domande sollevate dalla comunità della sanità pubblica in merito al comportamento dei consumatori, alle disparità sanitarie, alle incongruenze normative e alle tattiche di marketing sottolineano la necessità di ulteriori ricerche e controlli normativi in quest'area (258). In definitiva, i potenziali benefici dei prodotti NoLo devono essere attentamente soppesati rispetto ai loro potenziali rischi e misure politiche complete che affrontino il consumo di alcol nel suo complesso rimangono essenziali per promuovere la salute pubblica e il benessere.

Conclusione

L'uso di alcol e il suo onere associato rappresentano una sfida significativa per la salute pubblica, che richiede una risposta globale coordinata. I decisori politici impegnati nella salvaguardia della salute pubblica devono basare le loro decisioni su solide prove di salute pubblica quando affrontano i danni correlati all'alcol.

Questa pubblicazione ha evidenziato diversi problemi urgenti correlati all'alcol, sottolineando che molte risposte comunemente ascoltate a queste domande derivano da prospettive orientate al profitto, progettate per promuovere le vendite e la redditività dell'alcol. Al contrario, le prove della ricerca sulla salute pubblica mostrano, ad esempio, che l'alcol è dannoso per tutti, che non fa bene alla salute, che può causare il cancro e che non è redditizio per i governi.

Per proteggere e promuovere la salute pubblica, è fondamentale che le decisioni politiche siano guidate dalle risposte sviluppate dalla comunità della salute pubblica e focalizzate sul miglioramento dei risultati sanitari. Si spera che questo documento incoraggi i decisori politici a valutare criticamente le fonti di informazione su cui fanno affidamento e a dare priorità alle conclusioni basate sulle prove della comunità della salute pubblica quando si definiscono le politiche relative all'alcol.

Riferimenti²

1. Jacquet J. Il manuale: come negare la scienza, vendere bugie e fare soldi nel mondo aziendale. Londra: Allen Lane; 2022.
2. Manuale di controllo del tabacco. Copenhagen: Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/347383>).
3. Convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2003 (<https://iris.who.int/handle/10665/42811>).
4. Madden M, Bartlett A, McCambridge J. Costruire partnership pubblico-private per minare l'interesse pubblico: analisi critica del discorso di Working Together pubblicato dall'International Alliance for Responsible Drinking. Global Health. 2023;19(1):103 (<https://doi.org/10.1186/s12992-023-01000-0>).

5. Ridurre il flusso di alcol: documento di base sul quadro d'azione europeo sull'alcol, 2022-2025. Copenhagen: Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/361975>).

6. Piano d'azione globale sull'alcol 2022-2030. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376939>).
7. Strategia globale per ridurre l'uso dannoso di alcol. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2010 (<https://iris.who.int/handle/10665/44395>).
8. Babor TF, Robaina K. Salute pubblica, medicina accademica e attività di responsabilità sociale d'impresa dell'industria dell'alcol. Am J Public Health. 2013;103(2):206–14 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300847>).

9. Jernigan DH. Produttori globali di alcol, scienza e politica: il caso del Centro internazionale per le politiche sull'alcol. Am J Public Health. 2012;102(1):80–9 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300269>).
10. McCambridge J, Garry J, Room R. Le origini e gli scopi delle organizzazioni per gli aspetti sociali dell'industria dell'alcol: approfondimenti dai documenti dell'industria del tabacco. J Stud Alcol Droghe. 2021;82(6):740–51 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.740>).

2 | Tutti i riferimenti sono stati consultati il 9 maggio 2024.
Il riferimento 212 è stato consultato il 30 ottobre 2024.

11. Mialon M, McCambridge J. Iniziative di responsabilità sociale d'impresa dell'industria dell'alcol e consumo dannoso di alcol: una revisione sistematica. *Eur J Public Health*. 2018;28(4):664–73 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/cky065>)._____
12. Jernigan DH, Ross CS. Il panorama del marketing dell'alcol: dimensioni, struttura, strategie e risposte di salute pubblica del settore dell'alcol. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020; sup 19:13–25 (<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.13>)._____
13. McCambridge J, Mialon M, Hawkins B. Coinvolgimento dell'industria dell'alcol nel processo decisionale: una revisione sistematica. *Dipendenza*. 2018;113(9):1571–84 (<https://doi.org/10.1111/add.14216>)._____
14. Casswell S. Sviluppi attuali nell'arena della governance globale: dov'è l'alcol diretto? *J Glob Health*. 2019;9(2):020305 (<https://doi.org/10.7189/jogh.09.020305>)._____
15. Katikireddi SV, Bond L, Hilton S. Cambiare l'impostazione politica come strategia deliberata per la difesa della salute pubblica: uno studio di caso qualitativo sulla politica del prezzo unitario minimo dell'alcol. *Milbank Q*. 2014;92(2):250–83 (<https://doi.org/10.1111/1468-0009.12057>)._____
16. van Schalkwyk MCI, Petticrew M, Maani N, Hawkins B, Bonell C et al. Distillare il curriculum: un'analisi dei programmi educativi per i giovani nelle scuole finanziati dall'industria dell'alcol. *PLoS ONE*. 2022;17(1):e0259560 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0259560>)._____
17. Petticrew M, Fitzgerald N, Maani N, McCambridge J, Pettigrew S, van Schalkwyk M. Bere responsabile, conflitti di interesse e l'elefante nella stanza: un commento su "Una revisione approfondita degli interventi di 'bere responsabile' di Gray, Williams e Shaffer (2020)". *Health Commun*. 2021;36(2):257–9 (<https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1827541>)._____
18. O'Brien P, Dwyer R, Gleeson D, Cook M, Room R. Influenzare la governance globale dell'alcol: punti di vista dell'industria dell'alcol nelle osservazioni alla consultazione dell'OMS per il piano d'azione sull'alcol 2022-2030. *Int J Drug Policy*. 2023;119:104115 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104115>)._____
19. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R et al. Rischi per la salute e il cancro associati a bassi livelli di consumo di alcol. *Lancet Public Health*. 2023;8(1):e6–e7 ([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6))._____
20. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SR, Tymeson HD et al. Consumo di alcol e onere per 195 paesi e territori, 1990–2016: un'analisi sistematica per lo studio del carico globale delle malattie del 2016. *Lancet*. 2018;392(10152):1015–35 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2))._____

21. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, Hasan OS, Imtiaz S, Popova S et al. La relazione tra diverse dimensioni dell'uso di alcol e il peso della malattia: un aggiornamento. *Dipendenza*. 2017;112(6):968–1001 (<https://doi.org/10.1111/add.13757>).
22. Sher A, Stockwell T, Rehm J, Dorocicz J, Shield KD, Churchill S. Il modello internazionale dei danni e delle politiche dell'alcol: un nuovo metodo per stimare i danni alla salute dell'alcol con applicazione alla mortalità attribuibile all'alcol in Canada. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(3):339–51 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.339>).
23. Rovira P, Rehm J. Stima dei tumori causati dal consumo di alcol da leggero a moderato nell'Unione Europea. *Eur J Public Health*. 2021;31(3):591–6 (<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa236>).
24. Jones S, Casswell S, Zhang JF. I costi economici dell'assenteismo correlato all'alcol e ridotta produttività tra la popolazione attiva della Nuova Zelanda. *Addiction*. 1995;90(11):1455–61 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8528030/>).
25. Rossow I, Romelsjö A. L'estensione del "paradosso della prevenzione" nei problemi di alcol in funzione dei modelli di consumo di alcol della popolazione. *Addiction*. 2006;101(1):84–90 (<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01294.x>).
26. Rossow I, Mäkelä P. Pensiero sulla salute pubblica in merito ai danni correlati all'alcol: perché il consumo pro capite è importante? *J Stud Alcohol Drugs*. 2021;82(1):9–17 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.9>).
27. Karriker-Jaffe KJ, Li L, Greenfield TK. Stima degli impatti sulla salute mentale dei danni dell'alcol da parte di altri bevitori: utilizzo di metodi di propensity scoring con dati trasversali nazionali dagli Stati Uniti. *Addiction*. 2018;113(10):1826–39 (<https://doi.org/10.1111/add.14283>).
28. Laslett AM, Room R, Waleewong O, Stanesby O, Callinan S. *Danni agli altri derivanti dal bere: modelli in nove società*. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329393>).
29. Laslett AM, Stanza R, Kuntsche S, Anderson-Luxford D, Willoughby B, Doran C et al. Danni dell'alcol agli altri nel 2021: chi ne sopporta il peso? *Dipendenza*. 2023;118(9):1726–38 (<https://doi.org/10.1111/add.16205>).
30. Kilian C, Manthey J, Braddick F, López-Pelayo H, Rehm J. Disparità sociali in danni dell'alcol agli altri: prove da 32 paesi europei. *Int J Drug Policy*. 2023;118:104079 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104079>).

31. Rehm J, Shield KD, Rehm MX, Gmel G, Frick U. Consumo di alcol, alcol dipendenza e carico attribuibile di malattia in Europa: potenziali guadagni da interventi efficaci per la dipendenza da alcol. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health; 2012 (<https://doi.org/10.5167/uzh-64919>).
-
32. Paradis C, Butt P, Shield K, Poole N, Wells S, Naimi T et al. Canada's guidance on alcohol and health: final report. Ottawa: Canadian Centre on Substance Use and Addiction; 2023 (https://ccsa.ca/sites/default/files/2023-01CCSA_Canadas_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_en.pdf).
-
33. Arora M, ElSayed A, Beger B, Naidoo P, Shilton T, Jain N et al. L'impatto dell'alcol consumo sulla salute cardiovascolare: miti e misure. *Global Heart*. 2022;17(1):45. (<https://doi.org/10.5334/gh.1132>).
-
34. Uno stile di vita equilibrato può includere il consumo di alcolici? DRNIQ. Londra: Diageo; 2024 (<https://www.drinkiq.com/en-us/support-with-drinking/può-uno-stile-di-vita-equilibrato-includere-il-bere-alcol#refs3>).
-
35. Maturato per essere goduto responsabilmente: promuovere atteggiamenti responsabili verso il consumo di alcol. Edimburgo: Scotch Whisky Association; 2020 (<https://www.scotch-whisky.org.uk/media/1756/matured-to-be-enjoyed-responsibly-july-2020.pdf>).
-
36. Stockwell T, Zhao J, Naimi T. Scuse per l'industria dell'alcol? Un commento sulla difesa dell'ISFAR dei presunti benefici per la salute dell'alcol. *J Stud Alcohol Drugs*. 2024;85(1):133–5 (<https://doi.org/10.15288/jsad.23-00193>).
-
37. Miller M, Livingston M, Maganja D, Wright CC. Scomposizione delle affermazioni fatte dall'industria degli alcolici e come li produce: un'analisi delle proposte alla strategia nazionale australiana sugli alcolici. *Drug Alcohol Rev*. 2023;42(6):1312–21 (<https://doi.org/10.1111/dar.13682>).
-
38. Gaziano JM, Buring JE, Breslow JL, Goldhaber SZ, Rosner B, VanDenburgh M et al. Consumo moderato di alcol, aumento dei livelli di lipoproteine ad alta densità e delle sue sottofrazioni e riduzione del rischio di infarto miocardico. *N Engl J Med*. 1993;329(25):1829–34 (<https://doi.org/10.1056/NEJM199312163292501>).
-
39. Klatsky AL. Bere moderatamente e ridurre il rischio di malattie cardiache. *Alcohol Res Health*. 1999;23(1):15 (<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6761693/>).

40. Rimm EB, Giovannucci EL, Willett WC, Colditz GA, Ascherio A, Rosner B et al. Studio prospettico sul consumo di alcol e sul rischio di malattie coronariche negli uomini. *Lancet*. 1991;338(8765):464–8 ([https://doi.org/10.1016/0140-6736\(91\)90542-w](https://doi.org/10.1016/0140-6736(91)90542-w)).
41. Sacco RL, Elkind M, Boden-Albala B, Lin IF, Kargman DE, Hauser WA et al. L'effetto protettivo del consumo moderato di alcol sull'ictus ischemico. *JAMA*. 1999;281(1):53–60 (<https://doi.org/10.1001/jama.281.1.53>).
42. Fillmore KM, Kerr WC, Stockwell T, Chikritzhs T, Bostrom A. Consumo moderato di alcol e rischio di mortalità ridotto: errore sistematico negli studi prospettici. *Addiction Res Theory*. 2006;14(2):101–32 (<https://doi.org/10.1080/16066350500497983>).
43. Naimi TS, Stockwell T, Zhao J, Xuan Z, Dangardt F, Saitz R et al. I bias di selezione negli studi osservazionali influenzano le associazioni tra consumo di alcol "moderato" e mortalità. *Dipendenza*. 2017;112(2):207–14 (<https://doi.org/10.1111/add.13451>).
44. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. "Moderare" bevitori hanno un rischio di mortalità ridotto? Una revisione sistematica e una meta-analisi del consumo di alcol e della mortalità per tutte le cause. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(2):185–98 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.185>).
45. Shaper AG, Wannamethee G, Walker M. Alcol e mortalità negli uomini britannici: spiegazione della curva a U. *Lancet*. 1988;332(8623):1267–73 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(88\)92890-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(88)92890-5)).
46. Stockwell T, Zhao J, Clay J, Levesque C, Sanger N, Sherk A, Naimi T. Perché solo alcuni studi di coorte riscontrano benefici per la salute derivanti da un basso consumo di alcol? Una revisione sistematica e una meta-analisi delle caratteristiche dello studio che potrebbero alterare le stime del rischio di mortalità. *J Stud Alcohol Drugs*. 2024 (<https://doi.org/10.15288/jsad.23-00283>).
47. Zhao J, Stockwell T, Naimi T, Churchill S, Clay J, Sherk A. Associazione tra la vita quotidiana assunzione di alcol e rischio di mortalità per tutte le cause: una revisione sistematica e meta-analisi. *JAMA Netw Open*. 2023;6(3):e236185 (<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.6185>).
48. Zhao J, Stockwell T, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Consumo di alcol e Mortalità per malattia coronarica: una meta-analisi aggiornata degli studi di coorte. *J Stud Alcol Droghe*. 2017;78(3):375–86 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2017.78.375>).

49. Im PK, Wright N, Yang L, Chan KH, Chen Y, Guo Y et al. Consumo di alcol e rischi di oltre 200 malattie negli uomini cinesi. *Nat Med.* 2023;29(6):1476–86 (<https://doi.org/10.1038/s41591-023-02383-8>).
50. Scuola CM, Sun W, Ho SY, Chan WM, Tham MK, Ho KS et al. Alcol moderato uso e mortalità per cardiopatia ischemica: uno studio prospettico su anziani cinesi. *PLoS One.* 2008;3(6):e2370 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0002370>).
51. Roy A, Prabhakaran D, Jeemon P, Thankappan KR, Mohan V, Ramakrishnan L et al. Impatto dell'alcol sulla malattia coronarica negli uomini indiani. *Atherosclerosis.* 2010;210(2):531–5 (<https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2010.02.033>).
52. Larsson SC, Burgess S, Mason AM, Michaëlsson K. Consumo di alcol e malattie cardiovascolari: uno studio di randomizzazione mendeliana. *Circ Genom Precis Med.* 2020;13(3):e002814 (<https://doi.org/10.1161/CIRCGEN.119.002814>).
53. Rosoff DB, Davey Smith G, Mehta N, Clarke TK, Lohoff FW. Valutazione del relazione tra consumo di alcol, uso di tabacco e malattie cardiovascolari: uno studio di randomizzazione mendeliana multivariata. *PLoS Med.* 2020;17(12):e1003410 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003410>).
54. Biddinger KJ, Emdin CA, Haas ME, Wang M, Hindy G, Ellinor PT et al. Associazione tra consumo abituale di alcol e rischio di malattie cardiovascolari. *JAMA Netw Open.* 2022;5(3):e223849 (<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.3849>).
55. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P et al. Alcol consumo e malattie cardiovascolari, cancro, lesioni, ricovero ospedaliero e mortalità: uno studio di coorte prospettico. *Lancet.* 2015;386(10007):1945–54 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00235-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00235-4)).
56. Rani S, Laupacis A. "Meno è meglio" è il messaggio migliore quando si parla di alcol ai pazienti. *CMAJ.* 2023;195(36):E1232–E1233 (<https://doi.org/10.1503/cmaj.231238>).
57. Maani N, van Schalkwyk M, Filippidis F, Knai C, Petticrew M. Dubbi sulla produzione: valutazione degli effetti dei messaggi indipendenti rispetto a quelli sponsorizzati dall'industria sui danni dei combustibili fossili, del fumo, dell'alcol e delle bevande zuccherate. *Salute della popolazione SSM.* 2021;17:101009 (<https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.101009>).

58. Vallance K, Vincent A, Schoueri-Mychasiw N, Stockwell T, Hammond D, Greenfield TK et al. I media e l'influenza dell'industria dell'alcol: un'analisi della copertura mediatica delle etichette di avvertenza sull'alcol con un messaggio sul cancro in Canada e Irlanda. *J Stud Alcol Droghe*. 2020;81(2):273–83 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.273>).
59. Petticrew M, Maani N, Knai C, Weiderpass E. Le strategie dell'industria dell'alcol SAPRO: informazioni imprecise, linguaggio fuorviante e uso di fattori confondenti per minimizzare e travisare il rischio di cancro. *Drug Alcohol Rev*. 2018;37(3):313–15 (<https://doi.org/10.1111/dar.12677>).
60. Maani N, van Schalkwyk M, Petticrew M. Sotto l'influenza: effetti a livello di sistema delle organizzazioni di informazione sanitaria finanziate dall'industria dell'alcol. *Health Promot Int*. 2023;38(6):daad167 (<https://doi.org/10.1093/heapro/daad167>).
61. Consumo di alcol e carbammato di etile. Lione: Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro; 2010 (<https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Monographs-On-The-Identification-Of-Carcinogenic-Hazards-To-Humans/Alcohol-Consumption-And-Ethyl-Carbamate-2010>).
62. Room R, Rehm J, Parry C. Alcol e malattie non trasmissibili (NCD): è tempo di un serio sforzo internazionale di salute pubblica. *Dipendenza*. 2011;106(9):1547–8 (<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03549.x>).
63. Alcol e cancro nella regione europea dell'OMS: un appello per una migliore prevenzione. Copenaghen: Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/336595>).
64. Rumgay H, Murphy N, Ferrari P, Soerjomataram I. Alcol e cancro: epidemiologia e meccanismi biologici. *Nutrients*. 2021;13(9):3173 (<https://doi.org/10.3390/nu13093173>).
65. Cao Y, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci EL. Consumo di alcol da leggero a moderato, modelli di consumo di alcol e rischio di cancro: risultati di due studi di coorte prospettici negli Stati Uniti. *BMJ*. 2015;351:h4238 (<https://doi.org/10.1136/bmj.h4238>).
66. Reddito netto delle autorità per gli alcolici e entrate governative dalla vendita di bevande alcoliche (x 1000). Tabella 10-10-0012-01. Data di rilascio: 6 marzo 2024. Ottawa: Statistics Canada; 2024 (<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1010001201>).
67. Stafford J, Kypri K, Pettigrew S. Uso delle prove di ricerca da parte degli attori del settore: critico analisi delle proposte di politica australiana sull'alcol. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(6):710–18 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.710>).

68. Savell E, Fooks G, Gilmore AB. In che modo l'industria dell'alcol tenta di influenzare normative di marketing? Una revisione sistematica. *Dipendenza*. 2016;111(1):18–32 (<https://doi.org/10.1111/add.13048>).
69. Rapporto sull'impatto economico del whisky scozzese 2018. Edimburgo: Scotch Whisky Association; 2019 (<https://www.scotch-whisky.org.uk/media/1591/final-2018-economic-impact-report.pdf>).
70. Lunga vita al locale [sito web della campagna della British Beer Alliance]. Londra: British Beer and Pub Association; 2020 (<https://www.longlivethelocal.pub>).
71. Tornare al business: tagliare le tasse: presentazione del bilancio 2020. Londra: Wine and Spirit Trade Associazione; 2020 (<https://www.wsta.co.uk/wp-content/uploads/2020/01/2020-Budget-Submission-1.pdf>).
72. Sherk A. Il deficit di alcol del Canada, 2007-2020: costo sociale, entrate pubbliche, entità del consumo di alcol e deficit netto per drink in un periodo di quattordici anni. *J Stud Alcol Droghe*. 2024 (<https://doi.org/10.15288/jsad.23-00241>).
73. Manthey J, Hassan SA, Carr S, Kilian C, Kuitunen-Paul S, Rehm J. Quali sono i costi economici per la società attribuibili al consumo di alcol? Una revisione sistematica e uno studio di modellazione. *Pharmacoeconomics*. 2021;39(7):809–22 (<https://doi.org/10.1007/s40273-021-01031-8>).
74. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 costi nazionali e statali del consumo eccessivo di alcol. *Am J Prev Med*. 2015;49(5):e73–e79 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.031>).
75. Costi e danni dell'uso di sostanze in Canada 2007-2020. Ottawa: Canadian Centre on Uso di sostanze e dipendenza; 2023 (<https://csuch.ca/documents/reports/english/Canadian-Substance-Use-Costs-and-Harms-Report-2023-en.pdf>).
76. Kopp P, Ogrodnik M. Costo sociale in Francia: novità nel campo del bilancio delle vittime e calcoli di malattia. PSE-Ecole d'économie de Paris (Postprint) hal-01299173, HAL; 2016 (<https://ideas.repec.org/p/hal/pseptp/hal-01299173.html>).
77. Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Yothasamut J, Lertpitakpong C, Thitiboonsuwan K, Neramitpitagkul P et al. I costi economici del consumo di alcol in Thailandia, 2006. *BMC Public Health*. 2010;10:323 (<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-323>).
78. Valutazione dell'impatto del prezzo unitario minimo per l'alcol in Scozia: rapporto finale: una sintesi delle prove. Edimburgo: Public Health Scotland; 2023 (<https://publichealthscotland.scot/media/20366/evaluating-the-impact-of-minimum-unit-pricing-for-alcohol-in-scotland-final-report.pdf>).

79. Bhattacharya A. Dividere il conto: l'impatto dell'alcol sull'economia. Londra: Institute of Alcohol Studies; 2017 (<https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp23022017.pdf>).
80. L'impatto economico dei cambiamenti nel consumo di alcol nel Regno Unito. Glasgow: Fraser of Allander Institute; 2018 (<http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp30042018.pdf>).
81. Prezzo unitario minimo: impatti sul settore delle bevande alcoliche in Scozia. Edimburgo: Public Health Scotland; 2023 (<https://www.publichealthscotland.scot/publications/minimum-unit-pricing-impacts-on-the-alcoholic-drinks-industry-in-scotland>).
82. Stead M, Critchlow N, Eadie D, Fitzgerald N, Angus K, Purves R et al. Valutazione dell'impatto del prezzo unitario minimo dell'alcol in Scozia: studio osservazionale di piccoli rivenditori. NHS Health Scotland/ Public Health Scotland. Stirling: University of Stirling; 2020 (<https://www.stir.ac.uk/research/hub/publication/1627427>).
83. Stead M, Eadie D, Purves RI, McKell J, Critchlow N, Angus K et al. Implementazione del prezzo unitario minimo per l'alcol (MUP): uno studio qualitativo con piccoli rivenditori. *Farmaci (Abingdon Engl)*. 2023;30(5):453–60 (<https://doi.org/10.1080/09687637.2022.2075251>).
84. Tassa, non strumento di salute. Bruxelles: spiritsEUROPE; nd (<https://spirits.eu/policies/taxation-economy/tax-not-a-health-instrument>).
85. Breve revisione delle politiche: tassazione delle bevande alcoliche. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018 (<https://www.iard.org/getattachment/660ef449-ce90-414e-8064-3891487581c2/iard-policy-review-taxation-of-beverage-alcohol.pdf>).
86. Hawkins B, van Schalkwyk M. Politica e fantasia nella politica britannica sull'alcol: un approccio di logica critica. *Crit Policy Stud*. 2024;18(1):5–24 (<https://doi.org/10.1080/19460171.2023.2188470>).
87. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Efficacia e rapporto costo-efficacia di politiche e programmi per ridurre i danni causati dall'alcol. *Lancet*. 2009;373(9682):2234–46 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60744-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60744-3)).
88. Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M. Riduzione del carico globale dell'uso pericoloso di alcol: un'analisi comparativa costo-efficacia. *J Stud Alcohol*. 2004;65(6):782–93 (<https://doi.org/10.15288/jsa.2004.65.782>).

89. Rapporto sullo stato globale delle malattie non trasmissibili 2010. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità Organizzazione; 2011 (<https://iris.who.int/handle/10665/44579>).
90. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effetti del prezzo delle bevande alcoliche e dei livelli fiscali sul bere: una meta-analisi di 1003 stime da 112 studi. *Addiction*. 2009;104(2):179–90 (<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02438.x>).
91. Wagenaar AC, Tobler AL, Komro KA. Effetti delle politiche fiscali e di prezzo dell'alcol su morbilità e mortalità: una revisione sistematica. *Am J Public Health*. 2010;100(11):2270–8 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.186007>).
92. Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J. Strumento di risorse sulla tassazione dell'alcol e sulle politiche di prezzo. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/255795>).
93. Non c'è posto per l'alcol a basso costo: il potenziale valore del prezzo minimo per proteggere le vite. Copenhagen: Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/356597>).
94. Manthey J, Gobiya I, Isajeva L, Neneman J, Reile R, Štelemýkas M et al. L'impatto dell'aumento delle tasse sull'alcol sulle entrate fiscali del governo: approfondimenti da cinque paesi europei. *Appl Health Econ Health Policy*. 2024;22(3):363–74 (<https://doi.org/10.1007/s40258-024-00873-5>).
95. Tackling NCDs: “best buys” e altri interventi raccomandati per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259232>).
96. Doran CM, Byrnes JM, Cobiac LJ, Vandenberg B, Vos T. Impatti stimati di strutture alternative di tassazione dell'alcol in Australia su consumo, salute pubblica e entrate governative. *Med J Aust*. 2013;199(9):619–22 (<https://doi.org/10.5694/mja13.10605>).
97. Sharma A, Vandenberg B, Hollingsworth B. Prezzo minimo dell'alcol rispetto tassazione volumetrica: quale politica ridurrà i consumi elevati senza influire negativamente sui consumatori leggeri e moderati? *PLoS One*. 2014;9(1):e80936 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0080936>).
98. Meier PS, Holmes J, Angus C, Ally AK, Meng Y, Brennan A. Effetti stimati di diverse politiche di tassazione e prezzo dell'alcol sulle disuguaglianze sanitarie: uno studio di modellizzazione matematica. *PLoS Med*. 2016;13(2):e1001963 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001963>).

99. Marketing dell'alcol nella regione europea dell'OMS: rapporto di aggiornamento sulle prove e sulle azioni politiche raccomandate. Copenhagen: Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/336178>).
100. Mäkelä P, Osterberg E. Indebolimento di un ulteriore pilastro del controllo dell'alcol: una revisione degli effetti dei tagli alle tasse sull'alcol in Finlandia nel 2004. *Addiction*. 2009;104(4):554–63 (<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02517.x>).
101. Zhao J, Stockwell T. Gli impatti del prezzo minimo dell'alcol sulla morbilità attribuibile all'alcol nelle regioni della British Columbia, Canada con reddito familiare medio basso, medio e alto. *Dipendenza*. 2017;112(11):1942–51 (<https://doi.org/10.1111/add.13902>).
102. Maharaj T, Angus C, Fitzgerald N, Allen K, Stewart S, MacHale S et al. Impatto del prezzo unitario minimo sui risultati ospedalieri correlati all'alcol: revisione sistematica. Pubblicato il 23/06/2020 in *Open BMJ*.
-
103. Griffith R, O'Connell M, Smith K. Prezzi minimi e correzione dell'esternalità. *Econ J*. 2022;132(646):2273–89 (<https://doi.org/10.1093/ej/ueac011>).
104. Kerr WC, Greenfield TK. Distribuzione del consumo e delle spese per l'alcol e l'impatto di una misurazione migliorata sulla copertura delle vendite di alcol nel National Alcohol Survey del 2000. *Alcohol Clin Exp Res*. 2007;31(10):1714–22 (<https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2007.00467.x>).
105. Sheron N, Chilcott F, Matthews L, Challoner B, Thomas M. Impatto del prezzo minimo per unità di alcol sui pazienti con malattie epatiche nel Regno Unito. *Clin Med (Londra)*. 2014;14(4):396–403 (<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-4-396>).
106. Livingston M, Callinan S. Esaminando i bevitori più accaniti d'Australia. *Aust NZJ Public Salute*. 2019;43(5):451–6 (<https://doi.org/10.1111/1753-6405.12901>).
107. Gill J, Chick J, Black H, Rees C, O'May F, Rush R et al. Acquisto di alcolici da parte di malati forti bevitori: l'alcol a basso costo non è una merce unica. *Salute pubblica*. 2015;129(12):1571–8 (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2015.08.013>).
108. Holmes J, Meng Y, Meier PS, Brennan A, Angus C, Campbell-Burton A et al. Effetti del prezzo unitario minimo per l'alcol su diversi gruppi di reddito e socioeconomici: uno studio di modellazione. *Lancet*. 2014;383(9929):1655–64 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62417-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62417-4)).

109. Daley JI, Stahre MA, Chaloupka FJ, Naimi TS. L'impatto di un drink da 25 centesimi aumento delle tasse sugli alcolici. *Am J Prev Med.* 2012;42(4):382–9 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2011.12.008>).
110. Gilmore I. Un prezzo unitario minimo: il "Santo Graal" della politica sull'alcol. *Clin Med (Londra).* 2015;15(1):5–6 (<https://doi.org/10.7861/clinmedicine.15-1-5>).
111. O'Donnell A, Anderson P, Jané-Llopis E, Manthey J, Kaner E, Rehm J. Impatto immediato del prezzo unitario minimo sugli acquisti di alcolici in Scozia: analisi di serie temporali interrotte controllate per il 2015-18. *BMJ.* 2019;366:l5274 (<https://doi.org/10.1136/bmj.l5274>).
112. Tasse sanitarie: un primer. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/329757>).
113. Angus C, Morris D, Leeming G, Kai Le Chen R, Wilson L, Stevely A et al. Nuovo modellazione delle politiche di prezzo dell'alcol, consumo di alcol e danni in Scozia: un adattamento del modello di politica di Sheffield su tabacco e alcol. Sheffield: University of Sheffield; 2023 (<https://doi.org/10.15131/shef.data.21931386.v1>).
114. Hawkins B, McCambridge J. Attori del settore, think tank e politica sull'alcol nel Regno Unito. *Am J Public Health.* 2014;104(8):1363–9 (<https://doi.org/10.2105/ajph.2013.301858>).
115. Boyd J, Bamba C, Purshouse RC, Holmes J. Oltre il comportamento: come la salute La teoria della disuguaglianza può migliorare la nostra comprensione del "paradosso dell'alcol e del danno". *Int J Environ Res Salute pubblica.* 2021;18(11):6025 (<https://doi.org/10.3390/ijerph18116025>).
116. Babor TF, Casswell S, Graham K, Huckle T, Livingston M, Österberg E et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy, terza edizione. Oxford: Oxford University Press; 2023 (<https://doi.org/10.1093/oso/9780192844484.002.0003>).
117. Chi paga il conto? Gli effetti distributivi delle tasse sugli alcolici nel Regno Unito. Londra: Institute degli studi sull'alcol; 2020 (<http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/rp40022020.pdf>).
118. Sassi F, Belloni A, Mirelman AJ, Suhrcke M, Thomas A, Salti N et al. Impatti di equità delle politiche di prezzo per promuovere comportamenti sani. *Lancet.* 2018;391(10134):2059–70 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30531-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30531-2)).

119. Naimi TS, Daley JI, Xuan Z, Blanchette JG, Chaloupka FJ, Jernigan DH. Chi sarebbe pagare gli aumenti delle tasse statali sugli alcolici negli Stati Uniti? *Prev Dis. cronico.* 2016;13:E67 (<https://doi.org/10.5888/pcd13.150450>).
120. Anziano RW, Lawrence B, Ferguson A, Naimi TS, Brewer RD, Chattopadhyay SK et al. L'efficacia degli interventi di politica fiscale per ridurre il consumo eccessivo di alcol e i danni correlati. *Am J Prev Med.* 2010;38(2):217–29 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.11.005>).
121. Rapporto sullo stato globale di alcol e salute. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2011 (<https://iris.who.int/handle/10665/44499>).
122. Lewer D, Meier P, Beard E, Boniface S, Kaner E. Svelare il danno alcolico paradossale: uno studio basato sulla popolazione dei gradienti sociali attraverso soglie di consumo di alcol molto elevato. *BMC Public Health.* 2016;16:599 (<https://doi.org/10.1186/s12889-016-3265-9>).
123. Beard E, Brown J, West R, Angus C, Brennan A, Holmes J et al. Deconstructing the alcohol harm paradox: a population based survey of adults in England. *PLoS One.* 2016;11(9):e0160666 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160666>).
124. Smith K, Foster J. Alcol, disuguaglianze sanitarie e il paradosso del danno: perché alcuni gruppi affrontano problemi maggiori nonostante consumino meno alcol. Londra: Institute of Alcohol Studies; 2014 (<https://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/IAS%20report%20Alcohol%20e%20disuguaglianze%20sanitarie%20FULL.pdf>).
125. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. Il ruolo dell'uso di alcol e dei modelli di consumo di alcol nelle disuguaglianze socioeconomiche nella mortalità: una revisione sistematica. *Lancet Public Health.* 2020;5(6):e324–e332 ([https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30052-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30052-9)).
126. Prevenire l'uso dannoso di alcol. Parigi: Organizzazione per la cooperazione economica e Sviluppo; 2021 (https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/prevenire-l'uso-dannoso-di-alcol_6e4b4ffb-it).
127. Bozza del piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente la strategia globale per ridurre l'uso dannoso di alcol come priorità di salute pubblica. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/359404>).

128. Breve revisione della politica: restrizioni alla disponibilità fisica. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018 ([https://www.iard.org/getattachment/59e12929-aeb0-4e83-ac52-72ac3001d087/\(iard-policy-review-restrizioni-disponibilità-fisica.pdf\)](https://www.iard.org/getattachment/59e12929-aeb0-4e83-ac52-72ac3001d087/(iard-policy-review-restrizioni-disponibilità-fisica.pdf))).
129. Presentazione dell'Australian Hotels Association New South Wales (AHA NSW) alla revisione indipendente del Liquor Amendment Act 2014. Sydney: NSW Government; 2016.
130. Risposta della Wine and Spirit Trade Association (WSTA) all'inchiesta della Camera dei Lord del Regno Unito sul Licensing Act per l'Inghilterra e il Galles del 2003. Comitato ristretto della Camera dei Lord sul Licensing Act del 2003. Londra: Parlamento del Regno Unito; 2016 ([https://www.parliament.uk/globalassets/documents/lords-committees/\(Licensing-Act-2003/Collated-written-evidence-volume.pdf\)](https://www.parliament.uk/globalassets/documents/lords-committees/(Licensing-Act-2003/Collated-written-evidence-volume.pdf))).
131. Siegfried N, Parry C. Le politiche di controllo dell'alcol funzionano? Una revisione generale e una valutazione della qualità delle revisioni sistematiche degli interventi di controllo dell'alcol (2006-2017). *PLoS One*. 2019;14(4):e0214865 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214865>).
132. Wilkinson C, Livingston M, Room R. Impatti delle modifiche agli orari di apertura delle licenze per la vendita di alcolici sui danni correlati all'alcol: una revisione sistematica 2005-2015. *Ricerca sulla salute pubblica*. 2016;26(4):2641644 (<https://doi.org/10.17061/phrp2641644>).
133. Sanchez-Ramirez DC, Voaklander D. L'impatto delle politiche che regolano gli orari e i giorni di vendita degli alcolici sui danni specifici correlati all'alcol: una revisione sistematica. *Inj Prec*. 2018;24(1):94–100 (<https://doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042285>).
134. Nepal S, Kypri K, Tekelab T, Hodder RK, Attia J, Bagade T et al. Effetti delle estensioni e delle restrizioni negli orari di vendita di alcolici sull'incidenza di aggressioni e lesioni involontarie: revisione sistematica. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(1):5–23 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.5>).
135. Rossow I, Norström T. L'impatto di piccoli cambiamenti negli orari di chiusura dei bar su violenza: l'esperienza norvegese da 18 città. *Dipendenza*. 2012;107(3):530–7 (<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03643.x>).
136. Kypri K, McElduff P, Miller P. Restrizioni negli orari di chiusura dei pub e serrate a Newcastle, Australia, cinque anni dopo. *Drug Alcohol Rev*. 2014;33(3):323–6 (<https://doi.org/10.1111/dar.12123>).
137. Wicki M, Gmel G. Tassi di ricovero ospedaliero per intossicazione alcolica dopo la politica cambiamenti nel cantone di Ginevra, Svizzera. *Drug Alcohol Depend*. 2011;118(2–3):209–15 (<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.03.020>).

138. Wicki M, Bertholet N, Gmel G. Variazioni stimate nei ricoveri ospedalieri per intossicazione da alcol dopo divieti parziali di vendita fuori sede di bevande alcoliche nel Canton Vaud, Svizzera: un'analisi di serie temporali interrotte. *Addiction*. 2020;115(8):1459–69 (<https://doi.org/10.1111/add.14967>).
-
139. Marcus J, Siedler T. Ridurre il binge drinking? L'effetto del divieto di vendita di alcolici fuori sede a tarda notte sui ricoveri ospedalieri correlati all'alcol in Germania. Italiano: Educazione economica e sociale (Economia e finanza) _____
140. Sauliune S, Petrauskienė J, Kaledienė R. Lesioni correlate all'alcol e politica di controllo dell'alcol in Lituania: effetto dell'anno di sobrietà, 2008. *Alcol Alcol*. 2012;47(4):458–63 (<https://doi.org/10.1093/alcalc/ags033>).
-
141. Stevely AK, de Vocht F, Neves RB, Holmes J, Meier PS. Valutazione degli effetti del Licensing Act 2003 sulle caratteristiche delle occasioni di consumo di bevande alcoliche in Inghilterra e Galles: una valutazione guidata dalla teoria del cambiamento di un esperimento naturale. *Addiction*. 2021;116(9):2348–59 (<https://doi.org/10.1111/add.15451>).
142. Humphreys DK, Eisner MP, Wiebe DJ. Valutazione dell'impatto degli orari flessibili di vendita di alcolici sulla violenza: un'analisi di serie temporali interrotte. *PloS One*. 2013;8(2):e55581 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055581>).
-
143. Sherk A, Stockwell T, Chikritzhs T, Andréasson S, Angus C, Gripenberg J et al. Consumo di alcol e disponibilità fisica di alcol da asporto: revisioni sistematiche e meta-analisi dei giorni e degli orari di vendita e della densità dei punti vendita. *J Stud Alcol Droghe*. 2018;79(1):58–67 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2018.79.58>).
-
144. Petticrew M, Douglas N, D'Souza P, Shi YM, Durand MA, Khai C et al. Partnership comunitarie sull'alcol con l'industria dell'alcol: qual è il loro scopo e sono efficaci nel ridurre i danni dell'alcol? *J Public Health (Oxf)*. 2018;40(1):16–31 (<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw139>).
-
145. Dwyer R, Room R, O'Brien P, Cook M, Gleeson D. Invii dell'industria dell'alcol alla consultazione dell'OMS del 2020 sullo sviluppo di un piano d'azione sull'alcol: un'analisi tematica e dei contenuti. Centre for Alcohol Policy Research. Melbourne: La Trobe University; 2022 (https://opal.latrobe.edu.au/articles/report/Alcohol_Industry_Submissions_to_la_Consultazione_del_Piano_d'azione_sull'alcol_dell'OMS_2020_A_Contentuto_e_Tema_Rapporto_di_analisi_per_la_Fondazione_per_la_ricerca_e_l'istruzione_sull'alcol_TARIFFA_/19320284?file=34326092).

146. Risposta del British Retail Consortium (BRC) all'inchiesta della Camera dei Lord del Regno Unito sulla Licensing Act per l'Inghilterra e il Galles 2003. Comitato speciale della Camera dei Lord sul Licensing Act 2003. Londra: Parlamento del Regno Unito; 2016 (<https://www.parliament.uk/globalassets/documents/lords-committees/Licensing-Act-2003/Collated-written-evidence-volume.pdf>).
147. Fitterer JL, Nelson TA, Stockwell T. Una revisione degli studi esistenti che riportano gli effetti negativi dell'accesso all'alcol e gli effetti positivi delle politiche di controllo dell'alcol sulla violenza interpersonale. *Front Public Health*. 2015;3:253 (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00253>).
148. Pridemore WA, Grubestic TH. L'organizzazione della comunità modera l'effetto della densità dei punti vendita di alcolici sulla violenza. *Br J Sociol*. 2012;63(4):680–703 (<https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2012.01432.x>).
149. de Vocht F, Heron J, Angus C, Brennan A, Mooney J, Lock K et al. Effetti misurabili delle politiche locali di licenza per l'alcol sulla salute della popolazione in Inghilterra. *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(3):231–7 (<https://doi.org/10.1136/jech-2015-206040>).
150. O'Donnell R, Mohan A, Purves R, Maani N, Angus C, Egan M et al. Meccanismi di impatto degli interventi sulla disponibilità di alcol dal punto di vista di 63 diversi stakeholder delle licenze per l'alcol: uno studio di interviste qualitative. *Drugs Educ Prev Policy*. 2023;1–10 (<https://doi.org/10.1080/09687637.2023.2205991>).
151. Martino FP, Miller PG, Coomber K, Hancock L, Kypri K. Analisi dell'industria dell'alcol osservazioni contro la regolamentazione del marketing. *PLoS One*. 2017;12(1):e0170366 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170366>).
152. Breve revisione delle politiche: marketing delle bevande alcoliche. Washington (DC): International Alliance for Responsible Drinking; 2018 (<https://www.iard.org/getattachment/9e1ca412-da98-48a0-909b-7e25c398ce1a/iard-policy-revivi-marketing-of-alcohol-beverages-2018.pdf>).
153. Hastings G. "Berranno secchiate di quella roba": un'analisi dell'industria interna dell'alcol documenti pubblicitari. Londra: Alcohol and Education Research Council; 2009 (http://oro.open.ac.uk/22913/1/AERC_FinalReport_0060.pdf).
154. Hastings G, Brooks O, Stead M, Angus K, Anker T, Farrell T. Fallimento dell'autoregolamentazione della pubblicità di alcolici nel Regno Unito. *BMJ*. 2010;340:b5650 (<https://doi.org/10.1136/bmj.b5650>).
155. Heineken NV rapporto annuale 2008. Amsterdam: Heineken NV; 2008 (https://www.annualreports.com/HostedData/AnnualReportArchive/h/OTC/HEIN_2008.pdf).

156. Ridurre i danni causati dall'alcol regolamentando il marketing transfrontaliero dell'alcol, pubblicità e promozione: un rapporto tecnico. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/354078>).
157. Marketing digitale dell'alcol: sfide e opzioni politiche per una salute migliore nella regione europea dell'OMS. Copenaghen: Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/350186>).
158. Carah N. Marchi algoritmici: un decennio di esperimenti di marca con dispositivi mobili e social media. *Nuova Società dei Media* 2017;19(3):384–400 (<https://doi.org/10.1177/1461444815605463>).
159. Montonen M, Tuominen I. Restrizione del marketing dell'alcol sui social media in Finlandia. In: Lyons A, McCreanor T, Goodwin I, Moewaka Barnes H, curatori. *Culture del bere tra i giovani in un mondo digitale: alcol, social media e culture dell'ubriachezza*. Alessandria: Einaudi; 2017:202–17.
160. Radoš Krel S, Levičnik G, van Dalen W, Ferrarese G, Tricas-Sauras S. Efficacia delle politiche di regolamentazione sul marketing dell'alcol online/digitale/mediato da Internet: una revisione sistematica. *J Epidemiol Glob Health*. 2023;13(1):115–28 (<https://doi.org/10.1007/s44197-023-00088-2>).
161. Noel JK, Babor TF, Robaina K. Autoregolamentazione del settore del marketing dell'alcol: una revisione sistematica della ricerca sui contenuti e l'esposizione. *Addiction*. 2017;112:28–50 (<https://doi.org/10.1111/add.13410>).
162. Barry AE, Bates AM, Olusanya O, Vinal CE, Martin E, Peoples JE et al. Marketing dell'alcol su Twitter e Instagram: prove di pubblicità diretta rivolta ai giovani/adolescenti. *Alcol Alcol*. 2016;51(4):487–92 (<https://doi.org/10.1093/alcalc/agg128>).
163. Piano d'azione europeo per ridurre il consumo dannoso di alcol 2012-2020. Copenaghen: Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/107307>).
164. Finan LJ, Lipperman-Kreda S, Grube JW, Balassone A, Kaner E. Marketing dell'alcol e comportamenti di consumo di alcol tra adolescenti e giovani adulti: una revisione sistematica di studi trasversali. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020;Suppl 19(Suppl 19):42–56 (<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.42>).
165. Gupta H, Pettigrew S, Lam T, Tait RJ. Una revisione sistematica dell'impatto dell'esposizione a contenuti correlati all'alcol su Internet sui comportamenti di consumo di alcol dei giovani. *Alcol Alcol*. 2016;51(6):763–71 (<https://doi.org/10.1093/alcalc/agg050>).

166. Smith LA, Foxcroft DR. L'effetto della pubblicità, del marketing e della rappresentazione dell'alcol sul comportamento di consumo di alcol nei giovani: revisione sistematica di studi di coorte prospettici. *Salute pubblica BMC*. 2009;9:51 (<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-51>).
167. Jernigan DH, Noel JK, Landon J, Thornton N, Lobstein T. Marketing dell'alcol e consumo di alcol tra i giovani: una revisione sistematica di studi longitudinali pubblicati dal 2008. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:7–20 (<https://doi.org/10.1111/add.13591>).
168. Babor TF, Jernigan DH, Brookes C, Brown K. Verso un approccio di sanità pubblica alla protezione delle popolazioni vulnerabili dagli effetti dannosi del marketing dell'alcol. *Dipendenza*. 2017;112 Suppl 1:125–7 (<https://doi.org/10.1111/add.13682>).
169. Lobstein T, Landon J, Thornton N, Jernigan DH. L'uso commerciale dei media digitali per commercializzare prodotti alcolici: una revisione narrativa. *Addiction*. 2017;112 Suppl 1:21–7 (<https://doi.org/10.1111/add.13493>).
170. Carah N, Brodmerkel S. Il marketing degli alcolici nell'era delle piattaforme di media digitali. *J Stud Alcol Droghe*. 2021;82(1):18-27 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2021.82.18>).
171. Sargent JD, Babor TF. La relazione tra esposizione al marketing dell'alcol e consumo di alcol da parte di minorenni è causale. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020;Sup 19(Suppl 19):113–24 (<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.113>).
172. Snyder LB, Milici FF, Slater M, Sun H, Strizhakova Y. Effetti della pubblicità dell'alcol esposizione al bere tra i giovani. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160(1):18–24 (<https://doi.org/10.1001/archpedi.160.1.18>).
173. Principi guida: autoregolamentazione delle comunicazioni di marketing per le bevande alcoliche. Washington (DC): Alleanza internazionale per un consumo responsabile di bevande alcoliche; 2014; 2011 (<https://www.iard.org/getattachment/e63c4c38-f0ff-4921-9238-05836b2e228f/principi-guida.pdf>).
174. Principi guida digitali: autoregolamentazione delle comunicazioni di marketing per le bevande alcoliche: impegni dei produttori di birra, vino e liquori per ridurre il consumo dannoso di alcol. Washington (DC): Alleanza internazionale per un consumo responsabile di bevande alcoliche; 2014 (<https://iard.org/IARD/media/Documents/Digital-Guiding-Principles-FINAL-2014.pdf>).
175. Noel JK, Sammartino CJ, Rosenthal SR. Esposizione al marketing digitale dell'alcol e consumo di alcol: una revisione sistematica. *J Stud Alcohol Drugs Suppl*. 2020; Italiano: Sup 19(Suppl 19):57–67 (<https://doi.org/10.15288/jsads.2020.s19.57>).

176. Rafforzamento ed espansione dei codici di condotta di marketing. Washington (DC): Alleanza internazionale per un consumo responsabile di bevande alcoliche; 2024 (<https://www.iard.org/getattachment/b1e7f40b-b529-46ec-958d-8bf5fa9d5278/c2-marketing.pdf>).
177. Noel JK, Babor TF. L'autoregolamentazione del settore protegge i giovani da esposizione al marketing dell'alcol? Una revisione degli studi sulla conformità e sui reclami. *Dipendenza*. 2017;112:51–6 (<https://doi.org/10.1111/add.13432>).
178. Collins RL, Martino SC, Kovalchik SA, Becker KM, Shadel WG, D'Amico EJ. Esposizione alla pubblicità di alcolici tra i giovani delle scuole medie: una valutazione su tutti i media e le sedi. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016;77(3):384–92 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2016.77.384>).
179. Jernigan DH, Padon A, Ross C, Borzekowski D. Esposizione auto-riferita di giovani e adulti al marketing degli alcolici nei media tradizionali e digitali: risultati di un'indagine pilota. *Alcol Clin Exp Res*. 2017;41(3):618–25 (<https://doi.org/10.1111/acer.13331>).
180. Paradis C, Zhao J, Stockwell T, Joy-Goatley S. Cosa pubblicano i bar più popolari sui social piattaforme mediatiche: un caso per una migliore regolamentazione della pubblicità sugli alcolici. *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2020;40(5–6):160–70 (<https://doi.org/10.24095/hpcdp.40.5/6.03>).
181. Pierce H, Stafford J, Pettigrew S, Kameron C, Keric D, Pratt IS. Regolamentazione del marketing degli alcolici in Australia: una revisione critica delle nuove regole di posizionamento del codice pubblicitario delle bevande alcoliche. *Drug Alcohol Rev*. 2019;38(1):16–24 (<https://doi.org/10.1111/dar.12872>).
182. European Cider and Fruit Wine Association. Elenco volontario degli ingredienti e informazioni nutrizionali: processo di produzione per sidro e vino di frutta. Bruxelles: Commissione europea; 2018 (https://food.ec.europa.eu/document/download/7edf0a8b-0b0d-4a8e-ada0-b34b8a544c92_it?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_cider_it.pdf).
183. Birrai d'Europa. Cosa c'è in una birra? Impegno dei birrifici europei nell'elencare ingredienti e informazioni nutrizionali. Bruxelles: Commissione europea; 2018 (https://food.ec.europa.eu/document/download/4850fb28-6a75-4ab0-a6c6-9ef67e08419b_it?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_brewers_it.pdf).

184. Comité Européen des Entreprises Vins, Confederazione Europea degli Indipendenti Viticoltori, COPA-COGECA, Federazione europea dei vini d'origine. Allegato dettagliato sui vini e sui prodotti vinicoli aromatizzati alla proposta di autoregolamentazione dei settori europei delle bevande alcoliche sulla fornitura di informazioni nutrizionali e ingredienti. Bruxelles: Commissione europea; 2018 (https://food.ec.europa.eu/document/download/ff877db0-752c-4970-9434-1e989f6a8136_it?filename=fs_etichettatura-nutrizione_legis_alcol-autoregolamentazione-proposta_allegato-vino-it.pdf).
185. European Cider and Fruit Wine Association, Brewers of Europe, Comité Européen des Entreprises Vins, European Confederation of Independent Winegrowers, COPA-COGECA, European Federation of Origin Wines, spiritsEUROPE. Proposta di autoregolamentazione dei settori europei delle bevande alcoliche sulla fornitura di informazioni nutrizionali e l'elenco degli ingredienti. Bruxelles: Commissione europea; 2018 (https://food.ec.europa.eu/document/download/e900347f-bbc9-45df-83d7-22736de901a4_it?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_it.pdf).
186. spiritsEUROPE, COPA-COGECA. Allegato del settore degli alcolici alla proposta di autoregolamentazione dei settori europei delle bevande alcoliche sulla fornitura di informazioni nutrizionali e l'elenco degli ingredienti. Bruxelles: Commissione europea; 2018 (https://food.ec.europa.eu/document/download/37c5bce4-b934-4cbe-b6ab-7d652815eac6_en?filename=fs_labelling-nutrition_legis_alcohol-self-regulatory-proposal_annex-spirits-en.pdf).
187. Gornall J. Alcol e salute pubblica: l'Europa sotto l'effetto di alcol. BMJ. Italiano: 2014;348:g1166 (<https://doi.org/10.1136/bmj.g1166>).
188. Forte opposizione internazionale alle proposte irlandesi sull'etichettatura degli alcolici [notizie comunicato]. Drinks Ireland/Ibec; 16 maggio 2023 (<https://www.ibec.ie/drinksireland/news-insights-and-events/news/2023/05/16/forte-opposizione-internazionale-alle-proposte-irlandesi-sull-etichettatura-degli-alcolici>).
189. CEEV presenta un reclamo formale alla Commissione europea contro le norme irlandesi sull'etichettatura delle bevande alcoliche per incompatibilità con il diritto dell'UE [comunicato stampa]. Comité Européen des Entreprises Vins; 15 maggio 2023 (<https://www.ceev.eu/newsletter/ceev-files-formal-complaint-to-the-european-la-commissione-e-contraria-alle-norme-irlandesi-sull-etichettatura-delle-bevande-alcoliche-perche-incompatibili-con-il-diritto-dell-ue>).
190. Lotta al consumo dannoso di alcol: rapporto sui progressi del 2017 e sintesi quinquennale azioni. Washington (DC): Alleanza internazionale per il bere responsabile; 2018 (<https://www.iard.org/getattachment/61806635-0fc1-4dbb-a816-92dd167de8d1/2017-producers-commitments-full-report.pdf>).
191. Impegni del produttore. Washington (DC): Alleanza internazionale per un'agricoltura responsabile Bere; 2018 (<https://www.iard.org/actions/producers-commitments>).

192. Jané-Llopis E, Kokole D, Neufeld M, Hasan OSM, Rehm J. Qual è la corrente pratiche di etichettatura degli alcolici nella regione europea dell'OMS e quali sono gli ostacoli e i fattori che facilitano lo sviluppo e l'attuazione di politiche di etichettatura degli alcolici? Copenaghen: Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/332129>).
193. Sintesi dei risultati del documento di consultazione su: "Etichettatura: competitività, informazione dei consumatori e migliore regolamentazione per l'UE". Bruxelles: Commissione europea; 2006 (https://food.ec.europa.eu/system/files/2016-10/labelling-nutrition_better-reg_cons-summary.pdf).
194. Giesbrecht N, Wettlaufer A, Vallance K, Hobin E, Naimi T, Price T et al. Perché I canadesi meritano di avere etichette obbligatorie con informazioni sulla salute e sulle bevande standard sui contenitori di alcolici. *Can J Public Health*. 2023;114(6):973–8 (<https://doi.org/10.17269/s41997-023-00786-1>).
195. Iniziativa di divulgazione volontaria dei birrifici. Washington (DC): Beer Institute; 2016 (<https://www.beerinstitute.org/policy-responsibility/policy/voluntary-disclosure/>).
196. Pubblicati i nuovi impegni di responsabilità sull'alcol. Londra: Department of Health and Social Care; 2014 (<https://www.gov.uk/government/news/new-responsibility-deal-alcohol-pledges-published>).
197. Sarasa-Renedo A, Moz-Christofoletti MA, Grammatikaki E, Wollgast J. Fornitura di informazioni complete sugli ingredienti, sui valori energetici e sui valori nutrizionali delle bevande alcoliche. Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea; 2022 (<https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/handle/JRC129446>).
198. Autoregolamentazione: una falsa promessa per la salute pubblica? Bruxelles: European Public Health Alliance; 2016 (<https://epha.org/wp-content/uploads/2016/12/Self-Regulation-a-False-Promise-for-Public-Health-EPHA-12.2016.pdf>).
199. Petticrew M, Douglas N, Knai C, Durand MA, Eastmure E, Mays N. Informazioni sanitarie sui contenitori di bevande alcoliche: l'impegno dell'industria dell'alcol in Inghilterra per migliorare l'etichettatura è stato rispettato? *Dipendenza*. 2016;111(1):51–5 (<https://doi.org/10.1111/add.13094>).
200. Bere al buio: come l'etichettatura degli alcolici delude i consumatori. Londra: Alcohol Health Alliance; 2020 (<https://ahauk.org/drinking-in-the-dark>).
201. Kersbergen I, Field M. L'attenzione dei consumatori di alcolici alle etichette di avvertimento e al marchio informazioni sul confezionamento degli alcolici: risultati di studi trasversali e sperimentali. *BMC Public Health*. 2017;17(1):123 (<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4055-8>).

202. Critchlow N, Jones D, Moodie C, MacKintosh AM, Fitzgerald N, Hooper L et al. Consapevolezza delle informazioni relative ai prodotti, dei messaggi sulla salute e delle avvertenze sulle confezioni di alcolici tra gli adolescenti: un'indagine trasversale nel Regno Unito. *J Public Health (Oxf)*. 2020;42(3):e223–e230 (<https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz080>).
203. Valutazione dell'etichettatura volontaria relativa alla gravidanza sui prodotti alcolici in Nuova Zelanda. Documento tecnico MPI 2017/51. Wellington: Ministero per le industrie primarie; 2017 (<https://www.mpi.govt.nz/dmsdocument/26434/direct>).
204. Coomber K, Martino F, Barbour IR, Mayshak R, Miller PG. I consumatori "ottengono il fatto"? Un sondaggio sul riconoscimento delle etichette di avvertenza sull'alcol in Australia. *BMC Public Health*. 2015;15:816 (<https://doi.org/10.1186/s12889-015-2160-0>).
205. Coomber K, Hayley A, Miller PG. Poco convincenti e inefficaci: risposte dei giovani adulti alle attuali avvertenze sui prodotti alcolici australiani. *Aust J Psychol*. 2018;70(2):131–8 (<https://doi.org/10.1111/ajpy.12177>).
206. Forum ministeriale di Australia e Nuova Zelanda sulla regolamentazione alimentare: comunicato finale. 11 ottobre 2018. Wellington: Governo della Nuova Zelanda; 2018 (<https://www.beehive.govt.nz/sites/default/files/2018-10/Australia%20and%20Forum%20ministeriale%20della%20Nuova%20Zelanda%20sulla%20regolamentazione%20alimentare%20Comunicato%2011%20ottobre%202018.pdf>).
207. Lacoste-Badie S, Droulers O, Dossou G, Gallopel-Morvan K. Migliorare il efficacia delle etichette di avvertenza sulla gravidanza esposte sui contenitori di alcolici: uno studio francese di eye-tracking. *Salute pubblica*. 2022;212:22–7 (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.08.010>).
208. Impatti socioeconomici delle normative proposte ai sensi della legge sulla salute pubblica (alcol) Progetto di legge: rapporto finale alla Alcohol Beverage Federation of Ireland, 13 febbraio 2017. Dublino: Alcohol Beverage Federation of Ireland; 2017 (https://www.drugsandalcohol.ie/27197/1/DKM_report_on_impact_of_PHAB.pdf).
209. Heenan M, Shanthosh J, Cullerton K, Jan S (2022). Influenzare e implementare etichette obbligatorie di avvertenza sull'alcol in gravidanza in Australia e Nuova Zelanda. *Health Promot Int*. 2023;38(3):daac022 (<https://doi.org/10.1093/heapro/daac022>).
210. Millot A, Serra M, Gallopel-Morvan K. Come l'industria dell'alcol ha combattuto contro Etichette di avvertenza sulla gravidanza in Francia: un'analisi della copertura stampa che copre 20 anni. *Salute pubblica di Front*. 2022;10:933164 (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.933164>).

211. Barlow P, Gleeson D, O'Brien P, Labonte R. Influenza dell'industria sulle politiche globali sull'alcol tramite l'Organizzazione mondiale del commercio: un'analisi qualitativa delle discussioni sull'etichettatura delle avvertenze sanitarie sull'alcol, 2010-19. *Lancet Glob Health*. 2022;10(3):e429–e437 ([https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00570-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00570-2)).
212. Etichette di avvertenza sanitaria sulle bevande alcoliche nella regione europea dell'OMS nel 2024. Copenhagen: Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa (<https://www.who.int/europe/publications/m/item/etichette-di-avvertenza-salutare-sulle-bevande-alcoliche-2024>).
213. Morgenstern M, Dumbili EW, Hansen J, Hanewinkel R. Effetti delle etichette di avvertenza sull'alcol sulle cognizioni correlate all'alcol tra gli adolescenti tedeschi: un esperimento fattoriale. *Addict Behav*. 2021;117:106868 (<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106868>).
214. Brennan E, Dunstone K, Vittiglia A, Mancuso S, Durkin S, Slater MD et al. Test dell'efficacia dei formati delle etichette di avvertenza sanitaria sull'alcol: uno studio sperimentale online con bevitori adulti australiani. *PLoS One*. 2022;17(12):e0276189 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0276189>).
215. Jongenelis MI, Pratt IS, Slevin T, Chikritzhs T, Liang W, Pettigrew S. L'effetto delle dichiarazioni di avvertimento sulle malattie croniche sulle convinzioni sulla salute legate all'alcol e sulle intenzioni di consumo tra i bevitori a rischio. *Health Educ Res*. 2018;33(5):351–60 (<https://doi.org/10.1093/her/cyy025>).
216. Hobin E, Weerasinghe A, Vallance K, Hammond D, McGavock J, Greenfield TK et al. Test delle etichette degli alcolici come strumento per comunicare il rischio di cancro ai bevitori: uno studio quasi sperimentale nel mondo reale. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(2):249–61 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.249>).
217. Clarke N, Pechey E, Mantzari E, Blackwell AKM, De-Loyde K, Morris RW et al. Impatto delle etichette di avvertenza sanitaria che comunicano il rischio di cancro sulla selezione dell'alcol: uno studio sperimentale online. *Dipendenza*. 2021;116(1):41–52 (<https://doi.org/10.1111/add.15072>).
218. Clarke N, Blackwell AKM, De-Loyde K, Pechey E, Hobson A, Pilling M et al. Etichette di avvertenze sanitarie e selezione di alcolici: un esperimento randomizzato controllato in un laboratorio di shopping naturalistico. *Dipendenza*. 2021;116(12):3333–45 (<https://doi.org/10.1111/add.15519>).
219. Weerasinghe A, Schoueri-Mychasiw N, Vallance K, Stockwell T, Hammond D, McGavock J et al. Migliorare la conoscenza che l'alcol può causare il cancro è associato al sostegno dei consumatori alle politiche sull'alcol: risultati di uno studio sull'etichettatura degli alcolici nel mondo reale. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(2):398 (<https://doi.org/10.3390/ijerph17020398>).
220. Zhao J, Stockwell T, Vallance K, Hobin E. Gli effetti delle etichette di avvertenza sull'alcol su consumo di alcol nella popolazione: un'analisi di serie temporali interrotte delle vendite di alcol nello Yukon, Canada. *J Stud Alcohol Drugs*. 2020;81(2):225-37 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.225>).

221. Dimova ED, Mitchell D. Rapida revisione della letteratura sull'impatto dei messaggi sulla salute e informazioni sui prodotti contenuti nelle confezioni di alcolici e altri prodotti non salutari. Glasgow: Alcohol Focus Scotland; 2020 (<https://www.alcohol-focus-scotland.org.uk/media/440032/rapid-literature-review-on-the-impact-of-health-messaging-and-product-information-on-packaging-of-alcohol-and-other-unhealthy-commodities.pdf>).
222. Etichette di avvertenza per la gravidanza per bevande alcoliche. Canberra: Department of Health and Aged Care; 2020 (<https://www.health.gov.au/ministers/senator-the-hon-richard-colbeck/media/etichette-di-avvertenza-per-bevande-alcoliche-in-gravidanza>).
223. Etichette di avvertenza per la gravidanza: elementi di design ed etichette scaricabili. Majura, Wellington: Food Standards of Australia New Zealand; 2024 (<https://www.foodstandards.gov.au/business/labelling/pregnancy-warning-labels/etichette-di-avvertenza-sulla-gravidanza-file-scaricabili#faq>).
224. P1050: etichette di avvertenza sulla gravidanza per bevande alcoliche. Majura, Wellington: Food Standard dell'Australia e della Nuova Zelanda; 2020 ([https://www.foodstandards.gov.au/food-standards-code/proposals/P1050Etichette di avvertenza relative alla gravidanza e alle bevande alcoliche](https://www.foodstandards.gov.au/food-standards-code/proposals/P1050Etichette%20di%20avvertenza%20relative%20alla%20gravidanza%20e%20alle%20bevande%20alcoliche)).
225. Hoe C, Taber N, Champagne S, Bachani AM. Bere, ma non guidare? L'alcol coinvolgimento dell'industria nella sicurezza stradale globale. Health Policy Plan. 2021;35(10):1328–38 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czaa097>).
226. Babor TF, Robaina K, Noel J. Il ruolo dell'industria dell'alcol negli interventi politici per la guida in stato di ebbrezza. In: Teutsch SM, Geller A, Negussie Y, curatori. Arrivare a zero incidenti mortali per guida in stato di ebbrezza: un approccio completo a un problema persistente. Washington (DC): National Academies Press; 2018 (<https://doi.org/10.17226/24951>).
227. Webster E, Mohan A, Fitzgerald N, Uny I, Begley A. Guida in stato di ebbrezza: fare il punto, andare avanti. Londra: Consiglio consultivo parlamentare per la sicurezza dei trasporti; 2020 (<https://www.pacts.org.uk/wp-content/uploads/PACTS-Drink-Driving-Taking-stock-moving-forward-Report-6.0.pdf>).
228. Marques P. Blocco accensione alcol e altre tecnologie per la previsione e il controllo dei conducenti in stato di alterazione. In: Verster J, Pandi-Perumal S Ramaekers J, de Gier J, curatori. Droghe, guida e sicurezza stradale. Basilea: Birkhäuser; 2009:457–76 (https://doi.org/10.1007/978-3-7643-9923-8_28).
229. McGinty EE, Tung G, Shulman-Laniel J, Hardy R, Rutkow L, Frattaroli S et al. Leggi sull'interblocco di accensione: effetti sugli incidenti mortali dei veicoli a motore, 1982-2013. Am J Prev Med. 2017;52(4):417-23 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.10.043>).

230. DeYoung DJ. Una valutazione dell'implementazione del blocco di accensione in California.
Italiano: La sicurezza e l'efficacia delle misure di prevenzione delle malattie infettive sono aspetti fondamentali della sicurezza e dell'efficacia delle misure di prevenzione delle malattie infettive.
231. Marques PR, Voas RB, Roth R, Tippetts AS. Valutazione del blocco di accensione del New Mexico programma. Washington (DC): National Highway Traffic Safety Administration; 2010 (<https://www.nhtsa.gov/sites/nhtsa.gov/files/811410.pdf>).
232. Vanlaar W, Mainegra Hing M, Robertson R. Programma di blocco motore per alcol della Nuova Scozia: valutazione dei risultati. Ottawa: Traffic Injury Research Foundation; 2015 (<https://novascotia.ca/tran/hottopics/NovaScotiaInterlock-OutcomeEvaluationReport.pdf>).
233. Williams AF, McCart AT, Ferguson SA. Conducenti in stato di ebbrezza e altri fattori che contribuiscono al problema della guida in stato di ebbrezza: necessità di un approccio globale. *Traffic Inj Prev.* 2007;8(1):1–10 (<https://doi.org/10.1080/15389580600992895>).
234. Chamberlain E, Solomon R. La fatina dei denti, Babbo Natale e il guidatore ubriaco incallito. *Inj Prev.* 2001;7(4):272–5 (<https://doi.org/10.1136/ip.7.4.272>).
235. Killoran A, Canning U, Doyle N, Sheppard L. Revisione dell'efficacia delle leggi che limitano i livelli di concentrazione di alcol nel sangue per ridurre gli infortuni e i decessi stradali correlati all'alcol. Londra: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2010 (<https://www.ias.org/uploads/pdf/BloodAlcoholContentEffectivenessReview.pdf>).
236. SAFER: un mondo libero dai danni correlati all'alcol. Ginevra: Organizzazione Mondiale della Sanità; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/329931>).
237. Bergen G, Pitan A, Qu S, Shults RA, Chattopadhyay SK, Elder RW et al. Programmi di checkpoint di sobrietà pubblicizzati: una revisione sistematica della guida della comunità. *Am J Prev Med.* 2014;46(5):529–39 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.01.018>).
238. Alcañiz M, Guillén M, Santolino M, Sánchez-Moscona D, Llatje O, Ramon L. Prevalenza di conducenti in stato di ebbrezza in base a test casuali del respiro in un sondaggio stradale in Catalogna (Spagna). *Accid Anal Prev.* 2014;65:131–41 (<https://doi.org/10.1016/j.aap.2013.12.021>).
239. Solomon R, Chamberlain E, Abdoullaeva M, Tinholt B. Test respiratorio casuale: a Prospettiva canadese. *Traffic Inj Prev.* 2011;12(2):111–19 (<https://doi.org/10.1080/15389588.2010.533315>).
240. Lenk KM, Nelson TF, Toomey TL, Jones-Webb R, Erickson DJ. Leggi sui posti di blocco per la sobrietà e sui contenitori aperti negli Stati Uniti: associazioni con la guida in stato di ebbrezza segnalata. *Traffic Inj Prev.* 2016;17(8):782–7 (<https://doi.org/10.1080/15389588.2016.1161759>).

241. Campbell CA, Hahn RA, Elder R, Brewer R, Chattopadhyay S, Fielding J et al. L'efficacia della limitazione della densità di punti vendita di alcol come mezzo per ridurre il consumo eccessivo di alcol e i danni correlati all'alcol. *Am J Prev Med.* 2009;37(6):556–69 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.09.028>).
242. Rehm J, Manthey J, Lange S, Badaras R, Zurlyte I, Passmore J et al. Politica di controllo dell'alcol e cambiamenti nei danni del traffico correlati all'alcol. *Dipendenza.* 2020;115(4):655–65 (<https://doi.org/10.1111/add.14796>).
243. Sviluppo di un piano d'azione (2022-2030) per attuare efficacemente l'OMS strategia globale per ridurre l'uso dannoso di alcol: ricevute osservazioni da una consultazione basata sul web sul documento di lavoro. Vol. 1. Ginevra: Organizzazione mondiale della sanità; 2020 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/volume-i-ricevuto-invio-al-documento-di-lavoro.pdf>).
244. Esser MB, Bao J, Jernigan DH, Hyder AA. Valutazione della base di prove per le azioni dell'industria dell'alcol per ridurre la guida in stato di ebbrezza a livello globale. *Am J Public Health.* 2016;106(4):707–13 (<https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.303026>).
245. Ditter SM, Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Compton R, Nichols JL et al. Efficacia dei programmi di guida designata per ridurre la guida in stato di ebbrezza: una revisione sistematica. *Am J Prev Med.* 2005;28(5 Suppl):280–7 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2005.02.013>).
246. Rivara FP, Relyea-Chew A, Wang J, Riley S, Boisvert D, Gomez T. Comportamenti legati al bere nei giovani adulti: il potenziale ruolo del conducente designato e dei programmi di ritorno a casa sicuro. *Inj Prev.* 2007;13(3):168–72 (<https://doi.org/10.1136/ip.2006.015032>).
247. Rothe PJ, Carroll LJ. Pericoli affrontati dai giovani conducenti designati: rischi in auto di guidare passeggeri ubriachi. *Int J Environ Res Public Health.* 2009;6(6):1760–77 (<https://doi.org/10.3390/ijerph6061760>).
248. Pubblicità e sponsorizzazione di alcolici in Formula 1: un cocktail pericoloso. Eurocare, Istituto di studi sull'alcol, Monash University; 2015 (http://www.ias.org.uk/uploads/pdf/IAS%20reports/ALCOHOL_ADVERTISING_AND_SPONSORSHIP_IN_FORMULA_ONE_A_DANGEROUS_COCKTAIL_MAY_2015.pdf).
249. Elder RW, Shults RA, Sleet DA, Nichols JL, Thompson RS, Rajab W et al. Efficacia delle campagne dei mass media per ridurre la guida in stato di ebbrezza e gli incidenti causati dall'alcol: una revisione sistematica. *Am J Prev Med.* 2004;27(1):57–65 (<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2004.03.002>).
250. Anderson P, Rehm J. Valutazione delle azioni dell'industria dell'alcol per ridurre l'uso dannoso di alcol. *Alcol Alcol.* 2016;51(4):383–7 (<https://doi.org/10.1093/alcalc/agg139>).

251. Myles CC, Weil BV, Wiley D, Watson B. Rappresentazioni di birra artigianale a basso contenuto di alcol negli Stati Uniti. *Nutrienti*. 2022;14(23):4952 (<https://doi.org/10.3390/nu14234952>).
252. Waehning N, Wells VK. Fattori di prodotto, individuali e ambientali che influenzano il consumo di bevande analcoliche e a basso contenuto alcolico: una revisione sistematica e un programma di ricerca futura. *Food Qual Prefer*. 2024;117(19):105163 (<https://doi.org/10.1016/j.foodqual.2024.105163>).
253. Pettigrew S, Hafekost C, Jongenelis M, Pierce H, Chikritzhs T, Stafford J. Dietro porte chiuse: le priorità dell'industria degli alcolici comunicate in una rivista di settore. *Front Public Health*. 2018;6:217 (<https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00217>).
254. Jané-Llopis E, O'Donnell A, Kaner E, Anderson P. Le birre a bassa gradazione alcolica sono il passaggio a birre ad alta gradazione alcolica? Analisi delle serie temporali degli acquisti delle famiglie di 64.280 famiglie britanniche, 2015-2018. *Alcohol Alcohol*. 2022;57(4):520-8 (<https://doi.org/10.1093/alcalc/agac025>).
255. Anderson P, Kokole D, Jané-Llopis E, Burton R, Lachenmeier DW. Prodotti alcolici a bassa gradazione alcolica: una tabella di marcia basata su revisioni realistiche per l'elaborazione delle politiche europee. *Nutrienti*. 2022;14(18):3779 (<https://doi.org/10.3390/nu14183779>).
256. Anderson P, Kokole D, Jané-Llopis E. Produzione, consumo e pubblico potenziale impatto sulla salute dei prodotti a basso contenuto di alcol e senza alcol: risultati di una revisione di ambito. *Nutrienti*. 2021;13(9):3153 (<https://doi.org/10.3390/nu13093153>).
257. Rehm J, Rovira P, Manthey J, Anderson P. Riduzione del titolo alcolometrico: è importante per la salute pubblica? *Nutrients*. 2023;15(4):910 (<https://doi.org/10.3390/nu15040910>).
258. Una prospettiva di salute pubblica sulle bevande a basso e zero contenuto alcolico. Ginevra: Mondo Organizzazione Mondiale della Sanità; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/366740>).
259. Katainen A, Uusitalo L, Saarijärvi H, Erkkola M, Rahkonen O, Lintonen T et al. Chi acquista birra analcolica in Finlandia? Caratteristiche sociodemografiche e associazioni con acquisti regolari di birra. *Int J Drug Policy*. 2023;113:103962 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.103962>).
260. Anderson P, O'Donnell A, Kokole D, Jané-Llopis E, Kaner E. Acquistare e bere birra a zero e a basso contenuto alcolico è un fenomeno socioeconomico più diffuso? Analisi dei dati del sondaggio britannico, 2015-2018 e dei dati sugli acquisti delle famiglie 2015-2020. *Int J Environ Res Salute pubblica*. 2021;18(19):10347 (<https://doi.org/10.3390/ijerph181910347>).

261. Miller M, Pettigrew S, Wright CJ. Bevande analcoliche: strumento di minimizzazione del danno o bevanda di accesso? *Drug Alcohol Rev.* 2022;41(3):546–9 (<https://doi.org/10.1111/dar.13359>).
262. Nicholls E. “Si può essere un ibrido quando si tratta di bere”: il marketing e consumo di bevande analcoliche e a basso contenuto di alcol nel Regno Unito. Londra: Institute of Alcohol Studies; 2022 (<https://www.ias.org.uk/wp-content/uploads/2022/03/The-Marketing-and-Consumption-of-No-and-Low-Alcohol-Drinks-in-the-UK-March-2022.pdf>).
263. Nicholls E. “Non voglio introdurlo in nuovi posti della mia vita”: il marketing e consumo di bevande analcoliche o a basso contenuto di alcol. *Int J Drug Policy.* 2023;119:104149 (<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023>).
264. Critchlow N, Moodie C, Houghton F. Condivisione del marchio tra bevande alcoliche e Offerte analcoliche: una sfida alle restrizioni irlandesi sulla pubblicità degli alcolici. Italiano: *Ir J Med Sci.* 2023;192(4):1975–7 (<https://doi.org/10.1007/s11845-022-03161-0>).
265. Corfe S, Hyde R, Shepherd J. Bevande analcoliche e a bassa gradazione: comprensione il loro ruolo nella riduzione dei danni correlati all'alcol. Londra: Social Market Foundation; 2020 (<https://www.smf.co.uk/wp-content/uploads/2020/09/NoLo-drinks-and-alcohol-related-harms-Sept-2020.pdf>).
266. Kypri K, Harrison S, McCambridge J. Contenuto di etanolo nei mercati della birra australiani e neozelandesi: studio esplorativo che esamina le implicazioni per la salute pubblica dei dati ufficiali e dei report di market intelligence. *J Stud Alcohol Drugs.* 2020;81(3):320–30 (<https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.320>).

L'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è un'agenzia specializzata delle Nazioni Unite creata nel 1948 con la responsabilità primaria per le questioni sanitarie internazionali e la salute pubblica.

L'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS è uno dei sei uffici regionali in tutto il mondo, ognuno con il proprio programma orientato alle particolari condizioni sanitarie dei paesi che serve.

Stati membri

Albania	Grecia	Portogallo
Andorra	Ungheria	Repubblica di Moldavia
Armenia	Islanda	Romania
Austria	Irlanda	Federazione Russa
Azerbaijan	Israele	San Marino
Bielorussia	Italia	Serbia
Belgio	Kazakistan	Slovacchia
Bosnia ed Erzegovina	Kirghizistan	Slovenia
Bulgaria	Lettonia	Spagna
Croazia	Lituania	Svezia
Cipro	Lussemburgo	Svizzera
Repubblica Ceca	Malta	Tagikistan
Danimarca	Monaco	Turchia
Estonia	Montenegro	Turkmenistan
Finlandia	Paesi Bassi (Regno dei)	Ucraina
Francia	Macedonia del Nord	Regno Unito
Georgia	Norvegia	Uzbekistan
Germania	Polonia	

Numero del documento:

OMS/EURO:2024-5624-45389-

Italiano:

OMS/EURO:2024-5624-45389- 76520

(stampa)

Organizzazione mondiale della sanità

Ufficio regionale per l'Europa

Città delle Nazioni Unite, Marmorvej 51,

DK-2100 Copenhagen Ø, Danimarca

Tel.: +45 45 33 70 00

Fax: +45 45 33 70 01

E-mail: eurocontact@who.int Sito

web: www.who.int/europe