

Progetto di conclusioni del Consiglio del 1° dicembre 2009 in materia di alcol e salute

(2009/C 302/07)

IL CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA:

1. RICORDA

- l'articolo 152 del trattato CE secondo il quale nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività della Comunità deve essere garantito da parte di tutte le istituzioni comunitarie un livello elevato di protezione della salute umana e l'azione della Comunità deve completare le politiche nazionali,
- la comunicazione della Commissione sulla strategia della Comunità europea in materia di sanità ⁽¹⁾,
- la raccomandazione del Consiglio sul consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani ⁽²⁾, che invita la Commissione, in collaborazione con gli Stati membri, ad avvalersi pienamente di tutte le politiche comunitarie al fine di far fronte ai problemi di cui alla raccomandazione, tra l'altro per sviluppare a livello nazionale ed europeo politiche integrate di promozione della salute per quanto attiene all'alcol,
- le conclusioni del Consiglio del 5 giugno 2001 relative a una strategia comunitaria intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcol ⁽³⁾, ribadite nelle conclusioni del Consiglio del 2004 ⁽⁴⁾,
- il sostegno del Consiglio ⁽⁵⁾ alla comunicazione della Commissione relativa ad una strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol ⁽⁶⁾, incluse le problematiche prioritarie e le azioni ivi previste, e l'invito rivolto alla Commissione a riferire periodicamente, a decorrere dal 2008, sui progressi compiuti a livello dell'UE e nazionale,
- che la Corte di giustizia europea ha ripetutamente affermato che la sanità pubblica occupa il primo posto tra gli interessi tutelati dall'articolo 30 del trattato, e che spetta agli Stati membri, nei limiti imposti dal trattato, stabilire il livello al quale essi intendono assicurarne la tutela attraverso le politiche e le legislazioni nazionali ⁽⁷⁾,

⁽¹⁾ Doc. 8756/00.

⁽²⁾ Raccomandazione 2001/458/CE del Consiglio, del 5 giugno 2001, sul consumo di bevande alcoliche da parte di giovani, in particolare bambini e adolescenti (GU L 161 del 16.6.2001, pag. 38).

⁽³⁾ Conclusioni del Consiglio del 5 giugno 2001 relative ad una strategia comunitaria intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcol (GU C 175 del 20.6.2001, pag. 1).

⁽⁴⁾ Conclusioni del Consiglio del 1° e 2 giugno 2004 sui giovani e l'alcol (doc. 9881/04).

⁽⁵⁾ Conclusioni del Consiglio su una strategia dell'Unione europea per ridurre i danni connessi con l'alcol, 30 novembre-1° dicembre 2006 (doc. 16165/06).

⁽⁶⁾ Comunicazione della Commissione del 24 ottobre 2006 (doc. 14851/06).

⁽⁷⁾ Cause *Franzen* (C-89/95), *Heinonen* (C-394/97), *Gourmet* (C-405/98), *Catalogna* (cause riunite C-1/90 e C-179/90) e *Legge «Evin»* (C-262/02 e C-429/02).

— la Carta europea dell'OMS sull'alcol, adottata da tutti gli Stati membri dell'UE nel 1995, ed in particolare il principio etico secondo cui tutti i bambini, gli adolescenti e i giovani hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare dal consumo di alcol e, per quanto possibile, dalla promozione di bevande alcoliche,

— il lavoro svolto nel quadro della risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità sulle strategie intese a ridurre il consumo nocivo di alcol (WHA61.4), in cui si chiede al direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità di preparare un progetto di strategia globale intesa a ridurre il consumo nocivo di alcol da includere nella documentazione per la 126ª riunione del consiglio esecutivo che si terrà nel gennaio 2010,

2. RIBADISCE

- che le politiche nazionali concernenti l'alcol sono principalmente di competenza degli Stati membri e che la Commissione, mediante la strategia dell'UE in materia di alcol, può sostenere ed integrare ulteriormente le politiche nazionali di sanità pubblica,
- che il consumo nocivo e pericoloso di alcol costituisce il terzo fattore di rischio, per importanza, per i problemi di salute e la mortalità prematura nell'UE, dopo il tabacco e l'ipertensione ⁽⁸⁾,
- che molte politiche comunitarie hanno un potenziale impatto, positivo o negativo, sulla salute e il benessere, e che è importante prendere in considerazione l'impatto sulla salute delle decisioni prese in tutti i settori d'intervento,

3. CONSTATA

— che il livello dei danni connessi all'alcol, soprattutto tra le persone vulnerabili, sulle strade e sul posto di lavoro è tuttora elevato negli Stati membri, che secondo le stime il 15 % della popolazione adulta nell'UE consuma regolarmente alcol a livelli nocivi, che tra cinque e nove milioni di bambini nelle famiglie dell'UE risentono degli effetti negativi dell'alcol e che il consumo nocivo e pericoloso di alcol è un fattore causale del 16 % circa dei casi di maltrattamento e di abbandono di bambini e che un numero stimato di 60 000 nascite sottopeso ogni anno è attribuibile al consumo nocivo e pericoloso di alcol ⁽⁹⁾ ⁽¹⁰⁾,

⁽⁸⁾ Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, *Alcohol in Europe* (L'alcol in Europa) (2006).

⁽⁹⁾ *Alcohol in Europe: A public health perspective* (L'alcol in Europa: una prospettiva di sanità pubblica), Institute of Alcohol Studies, UK 2006, documento basato sullo studio *Global Burden of Disease* (L'onere globale delle patologie) dell'OMS, Rehm et al 2004 e 2005.

⁽¹⁰⁾ Strategia dell'UE in materia di alcol Commissione europea (2006).

- che l'impatto del consumo nocivo di alcol è maggiore nelle fasce più giovani di età di entrambi i sessi. Nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 29 anni, il tasso di mortalità da consumo pericoloso di alcol è del 10 % e oltre per le ragazze e del 25 % circa per i ragazzi ⁽¹⁾ e inoltre il consumo nocivo di alcol tra i bambini e gli adolescenti si ripercuote negativamente anche sul livello di istruzione,
- che le questioni connesse con l'alcol, per le loro connotazioni transfrontaliere e gli effetti negativi sia sullo sviluppo economico e sociale che sulla sanità pubblica, sono parimenti di rilevanza per la Comunità,
- che la commercializzazione dell'alcol, insieme all'influenza di altri fattori pertinenti, quali il ruolo della famiglia e dell'ambiente sociale, è un fattore che aumenta la probabilità che bambini e adolescenti inizino a consumare alcol e che bevano di più se già consumano alcol ⁽²⁾,
- che, l'alcol è diventato più abbordabile in tutta l'UE tra il 1996 e il 2004 ⁽³⁾ e che politiche nazionali opportunamente concepite in materia di prezzi dell'alcol, in particolare se associate ad altre misure preventive, possono avere un impatto sui livelli di consumo nocivo e pericoloso di alcol e sui danni ad esso correlati, soprattutto tra i giovani ⁽⁴⁾,
- che per un determinato consumo di alcol, le popolazioni più povere possono subire danni connessi all'alcol sproporzionatamente maggiori, il che contribuisce ad un'ineguaglianza sanitaria tra gruppi di popolazione nonché a divari sanitari tra gli Stati membri ⁽⁵⁾,
- che gli adulti più anziani (di età pari o superiore ai 60 anni) sono più sensibili degli altri adulti agli effetti del consumo nocivo di alcol e che negli ultimi dieci anni il numero di decessi connessi con l'alcol è notevolmente aumentato, tra gli adulti più anziani e che in alcuni casi il tasso di mortalità è più che raddoppiato ⁽⁶⁾,

- che esiste un nesso tra il consumo nocivo di alcol e le malattie trasmissibili come l'HIV/AIDS e la tubercolosi, nonché la salute materna ⁽⁷⁾,
- che la consultazione regionale dell'OMS in Europa ⁽⁸⁾ ha sottolineato che si considerano molto importanti le risorse per attuare le politiche e fornire un trattamento adeguato a coloro che ne hanno bisogno.

4. RITIENE

- che la strategia dell'UE in materia di alcol riconosca la diversità dei costumi culturali riguardo al consumo di alcol nei vari Stati membri e che le misure adottate debbano pertanto tenere conto dell'esito delle valutazioni d'impatto nazionali ⁽⁹⁾,
- che sia necessario consigliare e sostenere i bambini, gli adolescenti e i giovani e/o le famiglie che subiscono i danni derivanti dall'alcol,
- che negli attuali sistemi d'informazione degli Stati membri dell'UE e a livello dell'UE occorra includere la fascia di età dai 60 anni in poi,
- che occorra esplorare i modelli di comportamento di donne e uomini appartenenti a gruppi di età diversi per elaborare le misure di prevenzione del consumo di alcol più adeguate, al fine di affrontare in modo opportuno i vari tipi di rischi,
- che le disuguaglianze a livello sanitario basate sui determinanti sociali siano fortemente connesse, tra l'altro, al consumo di alcol sia come causa che come conseguenza. Il consumo nocivo di alcol rappresenta di per sé un fattore di rischio o un fattore causale ben noto di alcune malattie, trasmissibili o non trasmissibili, ed ha un impatto sulla salute della forza lavoro.

5. INVITA GLI STATI MEMBRI a

- attuare le buone prassi presentate nella strategia dell'UE in materia di alcol e a utilizzare i dati esistenti sulle misure efficaci per ridurre i danni connessi con l'alcol tenendo conto delle cinque problematiche prioritarie identificate: proteggere i giovani, i bambini ed i nascituri; ridurre il numero dei morti e dei feriti per incidenti stradali causati dall'alcol; prevenire i danni connessi con l'alcol negli adulti e limitare le conseguenze negative sul luogo di lavoro; informare, educare e sensibilizzare i cittadini sulle conseguenze di un consumo nocivo e pericoloso di alcol e creare e mantenere una base comune di conoscenze a livello dell'UE,

⁽¹⁾ Strategia dell'UE in materia di alcol — Commissione europea (2006) e relativa valutazione di impatto.

⁽²⁾ Scientific Opinion of the Science Group of the European Alcohol and Health Forum (2009) and Impact of Alcohol Advertising and Media Exposure on Adolescent Alcohol Use: A Systematic Review of Longitudinal Studies (2009) [Parere scientifico del Gruppo scientifico del Forum europeo «Alcol e salute» (2009) e impatto della pubblicità di alcolici e dell'esposizione mediatica sul consumo di alcol tra gli adolescenti: un esame sistematico degli studi longitudinali] (2009).

⁽³⁾ Fonte: Eurostat, calcoli speciali Rabinovich L. et al.

⁽⁴⁾ Rabinovich L. et al. (2009) The affordability of alcoholic beverages in the EU: understanding the link between alcohol affordability, consumption and harms. (L'accessibilità dei prezzi delle bevande alcoliche nell'UE: comprendere il nesso tra accessibilità dell'alcol, consumo e danni).

⁽⁵⁾ Commissione dell'OMS sui determinanti sociali e l'alcol: equità e determinanti sociali, documento di riferimento dell'OMS per la riunione degli esperti mondiali sull'alcol, la salute e lo sviluppo sociale del 23 settembre 2009 http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html

⁽⁶⁾ Mats H et al: Alcohol consumption among elderly European Union citizens (Il consumo di alcol tra i cittadini anziani nell'Unione europea) (2009).

⁽⁷⁾ J Rehm et al., Alcohol, Social Development and Infectious Disease (Alcol, sviluppo sociale e malattie infettive) (2009).

⁽⁸⁾ Consultazione regionale dell'OMS a Copenaghen, 20-23 aprile 2009 http://www.who.int/substance_abuse/activities/globalstrategy/en/index.html

⁽⁹⁾ Comunicazione della Commissione del 24 ottobre 2006 (doc. 14851/06, pag. 4).

- promuovere un approccio multisettoriale e, in coordinamento con il lavoro svolto a livello dell'UE, rafforzare o elaborare, se del caso, strategie nazionali complete o piani d'azione adeguati alle necessità nazionali e informare entro il 2011 la Commissione circa gli sviluppi e i risultati,
- avvalersi delle misure più efficaci onde garantire una regolamentazione e attuazione nel settore delle politiche in materia di alcol a livello nazionale,
- considerare il ruolo della politica dei prezzi, ad esempio la regolamentazione delle «happy hours», l'applicazione di tasse speciali sulle bevande miscelate e sulle bevande offerte gratuitamente, come uno strumento efficace, in particolare se associato ad altre misure preventive, ai fini della riduzione dei danni derivanti dal consumo di alcol, e valutarne l'impatto,
- trattare la questione del benessere della popolazione anziana dell'UE, inclusi gli effetti di un consumo nocivo di alcol su un invecchiamento sano e dignitoso a livello dell'UE, e contribuire a sensibilizzare i professionisti della salute, coloro che forniscono un'assistenza informale e i cittadini anziani sulle potenziali interazioni tra medicinali e alcol.

6. INVITA GLI STATI MEMBRI E LA COMMISSIONE a

- mantenere un'elevata priorità, nel calendario per il 2012, per la politica in materia di alcol basata sulla salute pubblica in modo da assumere impegni sostenibili e a lungo termine per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol a livello dell'UE, ed esaminare le priorità della prossima fase dei lavori della Commissione per aiutare gli Stati membri a ridurre i danni causati dall'alcol nell'UE,
 - rafforzare l'individuazione, la diffusione e il controllo di misure efficaci volte a ridurre al minimo l'impatto sanitario e sociale del consumo dannoso di alcol,
 - rafforzare lo sviluppo e la diffusione di esempi empirici di programmi preventivi volti a ridurre i danni connessi all'alcol durante la gravidanza e durante la guida,
 - riconoscere la riduzione delle disuguaglianze a livello sanitario come una priorità politica e l'esigenza di ridurre mediante interventi sociali e interventi mirati di prevenzione del consumo di alcol, tenendo conto dei determinanti sociali,
 - impegnare i protagonisti della filiera degli alcolici ad intervenire proattivamente per vigilare sull'applicazione delle disposizioni regolamentari in modo che i loro prodotti siano fabbricati, distribuiti e commercializzati in maniera responsabile, in modo da contribuire a ridurre i danni causati dall'alcol. Esaminare inoltre in che modo migliorare l'attuazione delle normative nazionali e dell'UE relative alla commercializzazione dell'alcol, per proteggere efficacemente i bambini e gli adolescenti quanto più possibile dall'esposizione alla promozione commerciale dell'alcol,
- far sì che, laddove esistano, le norme e i codici di autoregolamentazione siano sviluppati, attuati e controllati in collaborazione con gli organismi di promozione sanitaria,
 - inserire negli attuali sistemi di informazione i dati sul consumo di alcol e sui danni causati dal consumo nocivo di alcol nella fascia di età dai 60 anni in poi,
 - promuovere la ricerca sui nessi tra il consumo nocivo di alcol e le malattie infettive come l'HIV/AIDS e la tubercolosi,
 - elaborare e applicare procedure di identificazione precoce di intervento breve in materia di assistenza sanitaria primaria e per gli anziani nonché negli ambiti sanitari scolastici,
 - incoraggiare iniziative volte a sensibilizzare i cittadini sulle conseguenze che un consumo nocivo di alcol comporta per la sanità e la protezione sociale, come elemento dell'approccio olistico previsto dal concetto di scuola promotrice di salute,
 - studiare come meglio informare ed educare i consumatori, ricercando anche il modo in cui le etichette delle bevande alcoliche possano contribuire ad aiutare i consumatori a valutare il loro consumo o informarli sui rischi per la salute,
 - tenere conto delle presenti conclusioni nell'elaborare e sostenere l'attuazione della strategia dell'Unione europea per la regione del Mar Baltico.

7. INVITA LA COMMISSIONE a

- continuare a fornire un forte sostegno agli Stati membri nell'elaborazione di politiche nazionali in materia di alcol esaurienti, efficaci e durevoli,
- adottare le misure necessarie per garantire che l'obiettivo di ridurre i danni causati dall'alcol sul piano sanitario e sociale sia preso in conto nella definizione ed attuazione di tutte le pertinenti politiche ed attività comunitarie,
- prendere in considerazione, se opportuno, ulteriori misure per proteggere i bambini, gli adolescenti e i giovani dai danni derivanti dal consumo di alcol, riducendo in particolare il consumo di alcol tra i minori, il consumo di alcol fino all'ubriacatura, l'esposizione alla promozione commerciale dell'alcol e i danni subiti dai bambini che crescono in famiglie alcolodipendenti,

-
- sviluppare le conoscenze, in cooperazione con gli Stati membri, circa gli attuali problemi transfrontalieri causati nell'UE dal commercio illegale, dalla commercializzazione transfrontaliera e dalle differenze nei prezzi al dettaglio delle bevande alcoliche,
 - sviluppare le conoscenze sull'impatto dell'alcol sul luogo di lavoro e sul modo di trattare il consumo nocivo di alcol nel quadro più ampio della prevenzione delle lesioni e delle malattie e della promozione della salute,
 - informare il Consiglio, al più tardi nel 2012, sui progressi e i risultati dei lavori della Commissione nonché sulle attività comunicate dagli Stati membri,
 - definire le priorità per la prossima fase dei lavori della Commissione in materia di alcol e salute al termine della strategia attuale, nel 2012.
-