

LE STRATEGIE DEGLI ORGANISMI SOVRANAZIONALI ED INTERNAZIONALI SULL'ALCOL E LE INDICAZIONI PER I LUOGHI DI LAVORO

B. PERSECHINO**, P. LAURANO**, S. VITALI**, G. FORTUNA**, S. MANCA**, A. VALENTI**, S. IAVICOLI**

Introduzione

Il consumo di alcol rappresenta, a livello mondiale, una priorità per la salute pubblica, causando, ogni anno, il decesso di circa 2,5 milioni di persone, con una significativa percentuale di giovani [1]; esso rappresenta, nel mondo, la terza causa di malattia e morte prematura, dopo il basso peso alla nascita ed il sesso non sicuro [2].

L'alcol è causa rilevante di circa 200 patologie di cui alla Classificazione Internazionale delle Malattie ICD-10 [codici alla terza cifra] e per 30 di esse risulta essere "causa necessaria" [3].

Sono gli abitanti della Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a registrare il primato del consumo di alcol pro capite a livello globale; dati riferiti al 2004 rilevano che l'alcol è ritenuto responsabile di 120 mila morti premature all'anno (1 su 7 tra gli uomini e 1 su 13 tra le donne) nella fascia di età 15-64 anni [3].

L'alcol risulta il terzo principale fattore di rischio per mortalità - preceduto da fumo di tabacco ed ipertensione - rappresentando, in considerazione degli anni di vita persi a causa di morte prematura e di disabilità, il 10,8% del carico di malattia; pertanto, è oggi considerato uno dei cosiddetti "maggiori fattori di rischio evitabile" [3].

I costi tangibili riferiti al consumo di alcol sono stati stimati in 125 miliardi di euro nel 2003 e, di questi, circa 59 miliardi di euro riguardano la perdita di produttività derivante da assenteismo, disoccupazione ed anni di lavoro persi a causa

* Pubblicazione realizzata nel contesto del Programma Strategico 2008 del Ministero della Salute *Analisi di flussi informativi sui rischi e gli infortuni lavorativi per lo sviluppo di strumenti ed azioni finalizzati al miglioramento delle condizioni di lavoro*, Progetto *Criticità in tema di infortuni sul lavoro e rischi emergenti* e del Programma 10 Linea 3 *Tutela della SSL: dalle interazioni tra le figure della prevenzione alle problematiche di natura etica, deontologica e di privacy in ambito OSH* del Piano di Attività di Ricerca 2013-2015.

** Inail, Settore Ricerca - Dipartimento Medicina del Lavoro.

di morte prematura. I costi intangibili dell'alcol - che descrivono il valore che gli individui attribuiscono alla sofferenza e alla morte - all'interno dell'Unione Europea sono stati stimati in 270 miliardi di euro [4].

Oltre all'importante costo per la società - stimato tra il 2% ed il 5% del Prodotto Interno Lordo [PIL] - si evidenzia altresì il rilevante ruolo dell'alcol in problematiche sociali, quali, ad esempio, la criminalità in generale, la violenza domestica, gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro.

Ormai da diversi decenni, l'Unione Europea (UE) e l'OMS, in considerazione dell'impatto sanitario, sociale ed economico dell'alcol, sono impegnate nella definizione e nella successiva diffusione di strategie di intervento da raccomandare agli Stati membri al fine di fronteggiare, in modo condiviso ed integrato - pur nel rispetto delle influenze culturali locali - l'abitudine del consumo dannoso di alcol.

Di rilievo risulta la trasformazione, successivamente agli anni '90, dei concetti di "uso" e "abuso" rispettivamente in comportamento a "basso" o ad "alto rischio", in relazione a diversi parametri tra i quali, innanzitutto, la quantità di alcol assunto.

In particolare, per quanto concerne i luoghi di lavoro, si rileva, l'impatto negativo dell'alcol sulla capacità lavorativa; infatti, sia l'assenteismo alcol-correlato che l'assunzione di alcol durante l'orario di lavoro hanno un impatto negativo sulle prestazioni di lavoro, la competitività e la produttività, con effetti spesso anche sulla produttività di terzi [5].

L'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO) stima che, globalmente, circa il 3% della forza lavoro sia affetta da alcoldipendenza; in proposito, nell'ultimo decennio, la politica dell'ILO in materia di alcol/droga e lavoro ha portato a considerare l'uso/abuso di sostanze come qualsiasi altro problema di salute da gestire [5]. Le policy individuate a livello sovranazionale ed internazionale, pertanto, vanno attuate attraverso un'azione nazionale e locale con un approccio a 360° che preveda sinergie convergenti ed integrate anche in considerazione del fatto che le problematiche interessano diversi settori (industria, sanità - compresa l'assistenza sociale - istruzione, trasporti, giustizia, luoghi di lavoro).

Da oltre un ventennio, la UE, l'OMS e l'ILO individuano piani d'azione, strategie comunitarie e globali sull'alcol e pubblicano specifici report di aggiornamento sulle evidenze scientifiche e sulle policy attuabili al fine di fornire risorse utili per la prevenzione e per la promozione di azioni, programmi e strategie anti-alcol nei singoli Paesi.

Unione Europea

La problematica dell'abuso di alcol sul luogo di lavoro e del suo impatto economico e sociale è un tema che ha destato interesse in Europa fin dalle ultime decadi del 1900.

Già nella Decisione del Consiglio 82/616/CEE del 17 agosto 1982 *che adotta un programma settoriale di ricerca e sviluppo della Comunità economica europea nel settore della medicina e della sanità pubblica - azione concertata (1982-1986)* [6] si invita ad intraprendere un'attività di ricerca indirizzata alle problematiche alcol correlate, ad esempio attraverso "studi biologici ed epidemiologici tendenti a valutare gli effetti dell'abuso di alcol sui lavoratori e dei meccanismi che lo inducono...".

La Decisione 645/96/CE del 29 marzo 1996 del Parlamento europeo e del Consiglio *per l'adozione di un programma d'azione comunitaria concernente la promozione della salute, l'informazione, l'educazione e la formazione sanitaria nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica (1996-2000)* [7], considerando - tra l'altro - il ruolo che anche l'ambiente di lavoro può svolgere per l'educazione alla salute, invita a sostenere le "...azioni di educazione alla salute sui luoghi di lavoro concernenti in particolare... i rischi legati al consumo di... alcol...".

Prendendo spunto dalla Conferenza europea del marzo 2000 sui determinanti per la salute che risaltando, tra l'altro, il ruolo dell'alcol raccomandava una serie di provvedimenti pratici e mirati per affrontare le sfide in questo settore su scala comunitaria, nella Risoluzione del Consiglio del 29 giugno 2000 *sull'azione relativa ai fattori determinanti per la salute* [8], la Comunità europea esprime la consapevolezza del proprio ruolo nella garanzia di un elevato livello di protezione della salute.

Pertanto, viene ravvisata sia la necessità di intraprendere un'azione finalizzata alla prevenzione delle malattie ed alla promozione della salute, sia quella di individuare una nuova strategia comunitaria per la sanità pubblica su attività legate a fattori determinanti specifici tra cui l'alcol, al fine di ridurre le morti premature - dovute a malattie che si possono prevenire - e di aumentare, quanto più possibile, la speranza di vita libera da disabilità per la popolazione dell'UE.

Nell'interrogazione scritta E-2937/00 alla Commissione del 19 settembre 2000 [9] avente come oggetto *Consumo di alcool nei luoghi di lavoro* l'interrogante chiede "da un lato di conoscere" se tutti gli Stati membri hanno attualmente adottato le disposizioni nazionali necessarie per prevenire e informare in merito ai pericoli connessi con il consumo di alcool nei luoghi di lavoro e, dall'altro lato, conoscere la posizione della Commissione a tale riguardo". Nella risposta, la Commissione riporta di essere "ben cosciente degli effetti negativi che l'eccesso di consumo di alcool può provocare sulla salute e sulla sicurezza delle persone, ivi compresi i lavoratori sui luoghi di lavoro. La normativa europea vigente in materia di salute e sicurezza dei lavoratori sul lavoro non prevede disposizioni specifiche riguardanti l'alcool. Tuttavia, la Direttiva 89/391/CEE del Consiglio, del 12 giugno 1989, *concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro* [10], impone al datore di lavoro l'obbligo di garantire la sicurezza e la salute dei lavo-

ratori sul posto di lavoro sotto tutti gli aspetti. Tuttavia, la Commissione non dispone di informazioni sulle misure specifiche adottate dagli Stati membri per prevenire e informare le persone sui luoghi di lavoro per quanto riguarda i pericoli connessi al consumo di alcol”.

Nelle Conclusioni del Consiglio del 5 giugno 2001 *relative a una strategia comunitaria intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcol* [11], si esprime preoccupazione per il fatto che l'alcol è uno dei fattori che contribuiscono in misura sostanziale al verificarsi di incidenti mortali sulle strade europee ed è anche causa immediata di molti incidenti sia sul posto di lavoro che al proprio domicilio; pertanto, si rileva l'opportunità che le azioni comunitarie inglobino anche settori diversi da quello della sanità pubblica.

Ulteriori sviluppi in tal senso, si concretizzano con la Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, *che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008)* [12].

Ad integrazione delle politiche nazionali, il programma è finalizzato a salvaguardare la salute umana e migliorare la sanità pubblica attraverso il raggiungimento di specifici obiettivi tra i quali quello relativo alla “promozione della salute e la prevenzione delle malattie affrontando i determinanti sanitari in tutte le politiche e le attività”. In merito a tale obiettivo, si invita all'elaborazione ed all'attuazione di strategie e misure, comprese quelle connesse alla sensibilizzazione del pubblico sui determinanti sanitari legati agli stili di vita, quali l'alimentazione, l'attività fisica, il tabacco, l'alcol, le droghe ed altre sostanze nonché sulla salute mentale.

Nella Comunicazione della Commissione *Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006* dell'11 marzo 2002 [13] è riportato che le strategie di prevenzione dei nuovi rischi sociali “devono inoltre comprendere l'incidenza sugli infortuni delle dipendenze, in particolare quelle legate all'alcol e ai medicinali...”; si sottolinea altresì che “...lo stress, le molestie sul luogo di lavoro, la depressione e l'ansia, i rischi legati alle dipendenze dall'alcol, dalla droga e dai medicinali devono essere oggetto di azioni specifiche che rientrano in un'impostazione globale che riunisce i sistemi della sanità”. Al fine di circoscrivere meglio i fenomeni emergenti - tra i quali proprio le ripercussioni della dipendenza dall'alcol - la Commissione si propone di avviare “in collaborazione con la Fondazione di Dublino, dei lavori di raccolta di dati e di informazioni” che consentano di misurare tali fenomeni e di realizzare degli indicatori di controllo. In aggiunta, si invita a sviluppare la cooperazione internazionale per uno studio integrato “degli effetti delle dipendenza dai medicinali e dall'alcol sulla salute e la sicurezza sul lavoro, la cui importanza è riconosciuta dall'OMS e dall'ILO”.

Nelle Conclusioni del 2 dicembre 2003 *sugli stili di vita salutari: istruzione, informazione e comunicazione* [14], il Consiglio dell'Unione Europea, “ricor-

dando che uno degli obiettivi del programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica è quello di promuovere la salute e prevenire le malattie affrontando i determinanti sanitari in tutte le politiche e le attività...”, rileva “l'importanza di un approccio integrato e centrato sugli ambienti (ad esempio scuole e luoghi di lavoro) per la promozione di stili di vita salutari”.

In accordo a quanto previsto dall'art. 12 della già citata Decisione n. 1786/2002/CE, la Commissione, in stretta cooperazione con gli Stati membri, ha proceduto ad un monitoraggio periodico dell'attuazione delle azioni del programma alla luce degli obiettivi ed, al riguardo, ha riferito annualmente al Comitato e trasmesso copia delle sue principali conclusioni al Parlamento europeo ed al Consiglio. Dal monitoraggio, concretizzatosi nella Relazione della Commissione al Parlamento Europeo e al Consiglio del 24 ottobre 2005 sui *progetti del programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica impegnati nel 2003 e 2004* [15], emerge l'invito a presentare proposte per l'elaborazione di relazioni ed analisi sull'impatto sanitario, sociale ed economico dell'abuso di alcol per esaminare le strategie esistenti e quelle previste in questo settore, a livello nazionale, europeo e dell'OMS “al fine di identificare raccomandazioni alternative in vista di opzioni o strategie potenziali a livello europeo relativamente al problema dell'alcolismo”.

Nella Comunicazione 625 del 24 ottobre 2006 della Commissione al Consiglio, al Parlamento, al Comitato Economico e sociale europeo e al comitato delle regioni - *Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol*, così come riportato nella Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni del 24 ottobre 2006 [16] - viene presentata una strategia globale intesa a ridurre, entro il 2012, i danni legati all'alcol in Europa.

Precisando che “l'azione dell'Unione Europea in materia favorirà la realizzazione di altri obiettivi strategici pertinenti, già fissati a livello comunitario, ad esempio nel campo della sicurezza stradale, della salute e sicurezza sul lavoro, nonché nel contesto della Convenzione ONU sui diritti del fanciullo”, nel documento vengono individuate cinque “problematiche prioritarie” su cui i diversi attori sono invitati a convergere specifiche strategie:

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

La motivazione alla base degli obiettivi fissati nella suddetta Comunicazione risiede nei dati emersi nel Report *Alcohol in Europe: A public health perspective* [4], richiesto dalla Commissione stessa per analizzare l'impatto sanitario, sociale ed economico dell'alcol in Europa.

Secondo tale rapporto - sintesi del lavoro di un gruppo di esperti che hanno valutato diversi studi pubblicati ed analizzato i dati resi disponibili dalla stessa Commissione Europea e dall'OMS - "nonostante l'85% della popolazione adulta beva abitualmente con moderazione e in maniera consapevole, il consumo nocivo e pericoloso di alcol è una delle principali cause di morte prematura e di malattia evitabile; esso pregiudica, inoltre, la capacità lavorativa. L'assenteismo legato all'alcol o l'assunzione di alcol durante l'orario di lavoro incidono negativamente sul rendimento e, di conseguenza, sulla competitività e la produttività" [4].

In considerazione di ciò, uno degli obiettivi della problematica prioritaria "prevenzione dei danni alcol-correlati negli adulti e limitazione delle ripercussioni negative sul lavoro" è quello di "contribuire a ridurre i danni causati dall'assunzione di alcol sul posto di lavoro ed incoraggiare l'adozione di provvedimenti nell'ambito del lavoro".

Nella sintesi dell'analisi di impatto allegata alla suddetta Comunicazione è riportato che "benché la maggior parte degli Stati membri abbia adottato misure per ridurre i danni legati all'alcol, le cifre relative a tali danni, in particolare per quanto riguarda... gli incidenti stradali e sul posto di lavoro, sono tuttora troppo elevate... Inoltre, un'azione comunitaria per ridurre i danni legati all'alcol supporterà la realizzazione di altri obiettivi strategici già approvati dall'Unione, ad esempio la sicurezza stradale, la salute e la sicurezza sul lavoro e la convenzione sui diritti del fanciullo... Il consumo nocivo e pericoloso di alcol è inoltre una delle prime cause di morte prematura e di malattia evitabile, senza contare che esso ha conseguenze nefaste per la capacità di lavoro e la produttività." [16].

Relativamente alle "buone pratiche", è riportato che "l'esperienza maturata negli Stati membri indica generalmente che è essenziale assicurare un maggior rispetto di regolamenti, codici e norme in vigore per ridurre gli effetti negativi di un consumo nocivo e pericoloso di alcol. Tra gli interventi suscettibili di ridurre e prevenire efficacemente i danni legati all'alcol negli adulti e di attenuarne le ripercussioni sul posto di lavoro figurano l'applicazione di norme in materia di licenze, la formazione degli esercenti, le azioni condotte a livello locale o in ambito di lavoro, la politica dei prezzi (consistente, ad esempio, nel ridurre le offerte del tipo «due al prezzo di uno»), il coordinamento degli orari dei trasporti pubblici con gli orari di chiusura degli esercizi, i servizi di consulenza da parte di medici e infermieri dei servizi sanitari di base a persone in situazione di rischio e i trattamenti. Misure di educazione, attività e campagne di informazione mirate ad un consumo moderato o contro la guida in stato di ebbrezza, l'assunzione di alcol in gravidanza e da parte dei minori possono servire a mobilitare l'opinione pubblica a favore degli interventi" [18].

Tra gli obiettivi relativi all'area problematica "informazione, educazione e sensibilizzazione dei cittadini sulle conseguenze di un consumo nocivo e pericoloso di alcol e su corretti modelli di consumo" viene individuata la "sensibilizzazione dei cittadini della UE alle conseguenze di un consumo nocivo e pericoloso di alcol per la salute e, in particolare, ...sull'ambiente di lavoro e sulla guida di un veicolo". Tra le azioni per le quali la Commissione accorderà priorità, si individuano quelle di:

- studiare, in cooperazione con gli Stati membri e le organizzazioni professionali, la possibilità di mettere in atto campagne di informazione e di sensibilizzazione specifiche o iniziative analoghe per affrontare il problema dei danni derivanti dal consumo di alcol sul posto di lavoro. Occorre, in tale contesto, perseguire lo scambio di buone pratiche specifiche, eventualmente in collegamento con altre iniziative gestite dalla Commissione, ad esempio quelle sulla responsabilità sociale delle imprese;
- favorire la partecipazione delle organizzazioni competenti nel campo della salute sul posto di lavoro, ad esempio l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro, data la pertinenza di talune sue iniziative, quale la "Healthy Workplace Initiative", intesa a facilitare a datori di lavoro e lavoratori l'accesso all'informazione su come migliorare il loro ambiente professionale curando la salute e aumentando la produttività.

Tra le azioni nazionali, vengono riportate quelle intese a:

- migliorare l'informazione del consumatore, al punto di vendita o sui prodotti, riguardo all'incidenza dell'abuso di alcol sulla salute e sulla qualità del lavoro;
- ovviare ai problemi posti dal consumo di alcol sul posto di lavoro e nelle sue vicinanze;
- assegnare risorse necessarie... al fine di... accordare priorità alla prevenzione del consumo di alcol sul posto di lavoro.

Tra le azioni a livello locale si riporta quella relativa all'applicazione, in tutti i luoghi di lavoro, di una strategia finalizzata a prevenire i danni legati all'alcol - in particolare in forma di campagne d'informazione e/o di sensibilizzazione - ed a prestare assistenza e specifiche cure ai lavoratori con problemi di alcol.

Con la Decisione della Commissione del 12 febbraio 2007 che *adotta il programma di lavoro per il 2007 per l'attuazione del programma d'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica (2003-2008), compreso il programma di lavoro annuale in materia di sovvenzioni* [17], relativamente ai determinanti sanitari, viene dato sostegno alle strategie comunitarie chiave sulle sostanze che provocano assuefazione. Tra queste, in particolare i progetti connessi all'alcol che dovranno essere collegati alla strategia globale di riduzione dei danni causa-

ti dall'alcol, conformemente alla Comunicazione della Commissione del 24 ottobre 2006 - *Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol* [18].

Tra gli ambiti di sviluppo dei suddetti progetti emerge quello relativo alla "raccolta delle prassi strategiche ottimali sul luogo di lavoro miranti a ridurre l'impatto sull'economia di un consumo di alcol nocivo e pericoloso (ad esempio diminuzione dell'assenteismo, del consumo d'alcol durante le ore lavorative, del lavoro effettuato sotto l'effetto dei «postumi di una sbornia», della disoccupazione).

Il 23 ottobre 2007, con la Decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, è stato istituito un *secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013)* [19]. In tale documento, partendo dalla considerazione che i disordini dovuti all'abuso di alcol, insieme ad altre sei condizioni principali [cardiopatie ischemiche, disordini depressivi unipolari, malattie cerebrovascolari, malattie polmonari croniche, cancro polmonare, lesioni da incidenti stradali] rappresentano il 34% del DALY - anni di vita al netto della disabilità - in Europa, e che l'alcol, insieme ad altri sei fattori di rischio (tabacco, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, sovrappeso, consumo insufficiente di frutta e verdura e inattività fisica) rappresenta il 60% del DALY, si invitano gli Stati membri a "promuovere azioni volte a favorire stili di vita più sani e ridurre le principali malattie e lesioni intervenendo sui determinanti sanitari...", in particolare, adottando "...misure relative a fattori essenziali...nonché ai determinanti che comportano dipendenza, come il fumo, l'alcol, le droghe illegali...concentrandosi su aspetti chiave quali l'educazione e il luogo di lavoro...".

Nel Parere del 6 giugno 2007 - *Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol* [20] il Comitato delle regioni "condivide la posizione della Commissione secondo cui il consumo nocivo e pericoloso di alcol incide sensibilmente sulla salute pubblica e, in relazione a ciò, genera anche costi nel campo dell'assistenza sanitaria e dell'assicurazione malattia, in ambito giudiziario e dell'ordine pubblico e nell'ambito del lavoro, recando così danni allo sviluppo economico e alla società nel suo insieme... Una strategia finalizzata alla prevenzione e al trattamento del consumo nocivo di alcol è pertanto oltremodo opportuna...".

Anche il Comitato economico e sociale europeo (CESE) ha espresso un Parere in merito alla Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni - *Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol (2007)* [21]. Pur accogliendo favorevolmente la Comunicazione 625 del 2006, il CESE si rammarica "che la comunicazione sia ben lungi dal proporre quella «strategia globale» richiesta nelle conclusioni del Consiglio del 5 giugno 2001...chiede...che le iniziative di educazione e di sensibilizzazione facciano parte di una strategia globale integrata per ridurre i danni alcol-correlati".

In particolare, il suddetto Parere rileva che “il luogo di lavoro è un ambiente in cui il consumo di alcol può causare danni non solo agli interessati, ma anche a terzi. I danni alcol-correlati dovrebbero essere affrontati sui luoghi di lavoro nel quadro delle norme relative alla salute e alla sicurezza che sono innanzitutto di competenza del datore di lavoro. L’attuazione di politiche alcolologiche sul luogo di lavoro potrebbe contribuire a ridurre gli infortuni alcol-correlati e l’assenteismo e ad aumentare la produttività. Il CESE invita datori di lavoro, sindacati, enti locali ed altre organizzazioni ad affrontare la questione più seriamente e a cooperare per ridurre i danni alcol-correlati sul luogo di lavoro...”.

Tale posizione viene nuovamente ribadita nel Parere esplorativo del 23 dicembre 2009 del CESE sul tema *Come rendere la strategia UE in materia di danni derivanti dal consumo di alcol una strategia sostenibile, di lungo periodo e multisettoriale* [22]; nel Parere viene altresì riportato “...Il CESE ritiene che il consumo nocivo di alcol da parte dei singoli non sia un problema isolato, ma che esso abbia molteplici cause tra cui la povertà, l’esclusione sociale, l’ambiente familiare e lo stress da lavoro”.

Nella *Prima relazione sull’implementazione della Strategia UE sull’alcol (2009)* [23] è riportato che “il costo totale tangibile di alcol per la società della UE è stato stimato, nel 2006, sulla base di dati del 2003, essere pari a 125 bilioni di euro, pari al 1,3% del PIL - stesso ordine di grandezza del costo per il tabacco. I dati provenienti dal Regno Unito hanno rilevato che da 8 a 14 milioni di giorni lavorativi sono stati persi per abuso di alcol, che ha causato fino al 25% degli infortuni sul lavoro [e il 60% degli incidenti mortali]. Una vasta gamma di interventi sono stati diffusi negli Stati membri per ridurre il complessivo carico di danni alcol-correlati negli adulti e nei luoghi di lavoro...”. Alla luce di ciò, la prevenzione dei danni alcol-correlati nella popolazione adulta si configura come terza priorità - dopo la protezione dei giovani e dei bambini e la riduzione degli incidenti stradali - in considerazione dell’impatto che l’alcol può avere sulla produttività e sulla forza lavoro e del ruolo rilevante che il posto di lavoro assume relativamente all’attuazione di interventi di prevenzione.

Nel Progetto di conclusioni del Consiglio del 1° dicembre 2009 *in materia di alcol e salute* [24] si rileva 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”; pertanto si invitano gli Stati membri ad attuare le buone prassi presentate nella strategia europea in materia di alcol e ad utilizzare i dati esistenti sulle misure efficaci per ridurre i danni connessi con l’alcol, tenendo conto delle cinque aree prioritarie identificate, in particolare quella “prevenire i danni connessi con l’alcol negli adulti e limitare le conseguenze negative sul luogo di lavoro”. Il Consiglio invita altresì la Commissione a “sviluppare le conoscenze sull’impatto dell’alcol sul luogo di lavoro e sul modo di trattare il suo consumo nocivo nel quadro più ampio della prevenzione delle lesioni e delle malattie nonché della promozione della salute”.

Nelle Conclusioni del Consiglio *colmare i divari esistenti in materia di sanità all'interno dell'UE attraverso un'azione concertata volta a promuovere stili di vita sani* [25] ribadendo che “le cattive condizioni di salute hanno anche un impatto umano oltre che costi sociali, economici e finanziari” e che “il rafforzamento delle politiche di sanità pubblica, in particolare la promozione della salute e la prevenzione delle malattie dovrebbe ridurre l’analfabetismo sanitario”, si esprime l’impegno “ad accelerare i progressi nella lotta contro gli stili di vita poco sani come...i danni connessi all'alcol...”.

La Risoluzione del Parlamento europeo del 5 settembre 2007 *su una strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol (2007/2005[INI])* [26] afferma innanzitutto il principio della necessità di utilizzare, in sede di confronto sui danni derivanti dal consumo di alcol, la terminologia ufficiale stabilita dall'OMS in modo da evitare ambiguità di formulazione e significato. Inoltre, rileva che “i fattori economici e sociali (stress sul lavoro, carico eccessivo di lavoro, disoccupazione, precarietà, etc.) possono avere un ruolo essenziale nel consumo nocivo e pericoloso di alcol e svolgere un ruolo determinante nell’accelerare la dipendenza nei confronti dell'alcol” e considera “auspicabile che la Comunità europea formuli obiettivi generali per ridurre i dannosi effetti legati al consumo nocivo e pericoloso di alcol...quali...gli incidenti stradali e gli infortuni sul lavoro...”.

Viene altresì richiesto agli Stati membri “di prestare particolare attenzione alle categorie sociali che richiedono protezione,...e di contrastare il problema del consumo nocivo e pericoloso di alcol da parte...dei lavoratori e di chi guida, mediante campagne d’informazione e di sensibilizzazione ed eventualmente attraverso un attento controllo del contenuto delle legislazioni nazionali in vigore”.

Relativamente all’ambito lavorativo, la Risoluzione ritiene “necessario conoscere meglio il consumo di alcol e le sue relazioni con i congedi di malattia, anche prolungati, ed i pensionamenti anticipati”.

La Risoluzione reputa altresì importante “affrontare i problemi del consumo di alcol sul posto di lavoro incoraggiando le persone interessate a chiedere aiuto..”, rilevando che “... ciò dovrebbe sempre avvenire nel pieno rispetto della privacy e dei diritti dell’individuo”.

I datori di lavoro vengono esortati “a prestare particolare attenzione al consumo nocivo e pericoloso di alcol sul posto di lavoro realizzando programmi preventivi di sensibilizzazione e fornendo assistenza ai lavoratori con problemi di alcol”. Nella Decisione della Commissione del 22 febbraio 2011 [27] - *relativa all'adozione di una decisione di finanziamento per il 2011 nel quadro del secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute pubblica (2008-2013) e che stabilisce i criteri di selezione, di attribuzione e altri criteri per i contributi finanziari alle azioni di tale programma* - punto 3.2.2.5. “Buone prassi collegate ai primi interventi in caso di disturbi dovuti al consumo di alcol ...nei servizi sanitari sul luogo di lavoro...” - si invita a “...recensire e sistematizzare le buone

prassi collegate ai primi interventi in caso di disturbi dovuti al consumo di alcol nelle cure sanitarie primarie, nei servizi sanitari sul luogo di lavoro, nelle cure di emergenza e nei servizi sociali, ed inoltre gli strumenti, i metodi e le attrezzature adeguati e specifici in ciascuno di tali contesti per stabilire una diagnosi precoce, procedere a un primo intervento e determinare il trattamento indicato...”. Alla specifica regolamentazione per contrastare l’uso nocivo di alcol in precedenza illustrata, la UE ha affiancato una serie di progetti dei quali, di seguito, si riportano i più rilevanti.

Nell’ambito del Settimo Programma Quadro 7PQ1, è stato intrapreso il *The AMPHORA Project* [28], con il coinvolgimento di 33 organizzazioni di 14 diversi Paesi, con l’obiettivo di rilevare ed implementare nuove evidenze scientifiche su efficaci misure di promozione della salute per la riduzione del consumo nocivo di alcol, prevedendo, altresì, una maggiore collaborazione tra i Paesi membri. Lo *European Workplace and Alcohol project (EWA)* [29], anch’esso finalizzato a ridurre l’uso nocivo di alcol, vede il coinvolgimento di organizzazioni del settore pubblico e governativo, organizzazioni non governative, rappresentanti della società civile, reti internazionali che rappresentano le aziende globali e datori di lavoro, organizzazioni dei lavoratori e sindacati. L’obiettivo principale di EWA è quello di sviluppare procedure efficaci ad incrementare il coinvolgimento della forza lavoro, per aumentare la consapevolezza e favorire il cambiamento individuale e organizzativo che porta ad un consumo di alcol più sicuro, e quindi una riduzione dell’assenteismo, presenzialismo e incidenti alcol-correlati. Nello specifico, EWA mira a:

- aumentare la consapevolezza dei lavoratori riguardo l’uso di alcol e di come sia possibile vivere una vita sana;
- informare i datori di lavoro circa le modalità con cui è possibile supportare la forza lavoro nell’ottica della promozione della salute durante e fuori l’orario di lavoro;
- incoraggiare i lavoratori a modificare il proprio comportamento, rispetto all’uso di alcol, per favorire uno stile di vita più salutare;
- incoraggiare i datori di lavoro ad adottare, rispetto all’uso di alcol, un approccio che favorisca uno stile di vita sano.

Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)

Per favorire un buono stato di salute, in accordo con la definizione elaborata dall’OMS nel 1948 - corrispondente ad uno *stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale e non alla semplice assenza di malattia* [30] - non è sufficiente curare, ma è necessario anche prevenire, informare, sensibilizzare, promuovere comportamenti sani e orientati al benessere.

Pertanto, in ragione dei suoi obiettivi, l'OMS riveste un ruolo attivo nello sviluppo e nella realizzazione di politiche e programmi sull'alcol negli Stati membri. Nel maggio del 1977, l'Assemblea Mondiale della Sanità stabilisce quale principale obiettivo sociale dei governi e dell'OMS nei decenni futuri, il raggiungimento - entro l'anno 2000 - per tutti i cittadini del mondo, di un livello di salute tale da portare ad una vita socialmente ed economicamente produttiva, definito un "contratto sociale per la salute" [31].

Già nel 1979, l'Assemblea sottolineava che "i problemi legati all'alcol ed, in particolare, al suo consumo eccessivo, si collocano tra i più importanti problemi di salute pubblica nel mondo" [Res. WHA32.30, maggio 1979]. L'alcol, infatti, non è contemplato nelle tre convenzioni promulgate dall'OMS a controllo delle droghe - Convenzione del 1961 sugli stupefacenti [32], Convenzione del 1971 sulle sostanze psicotrope e Convenzione del 1988 contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope [33] - anche se rientra nella definizione della Tabella II della Convenzione del 1971: "sostanze il cui abuso costituisce un notevole rischio per la salute pubblica e che hanno poca o moderata utilità terapeutica" [34].

Nel maggio del 1979 l'Assemblea Mondiale della Sanità firma all'unanimità la Dichiarazione di Alma-Ata e approva all'unanimità l'adozione della *Strategia globale della "salute per tutti per l'anno 2000"* come priorità per l'OMS, decidendo di monitorarne lo sviluppo e valutarne l'efficacia ad intervalli regolari [35]. Lo scopo di tale Strategia non è quello di eliminare ogni disagio, ma di rendere accessibili a tutti le risorse sociali ed economiche per il sostegno alla salute umana; da ciò deriva la necessità di azioni puntuali ed efficaci negli ambienti di vita e di lavoro.

Nel 1992, l'Ufficio regionale dell'OMS promuove il *Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (PAEA)* per il periodo 1992-1999 [36] di approccio propedeutico, con lo scopo di definire le basi per un'azione comune, in tutta la Regione Europea, nell'ottica di una riduzione significativa del consumo di alcol dannoso per la salute, attraverso iniziative per combattere i comportamenti a rischio.

A sostegno del progressivo sviluppo di tale Piano d'Azione, nel 1995 la Conferenza Europea su Salute, Società e Alcol adotta la *Carta Europea sull'alcol* [37] al fine di coinvolgere tutti gli Stati membri nella promozione di "politiche globali sull'alcol e di attuazione di programmi che esprimano, conformemente alle esigenze dei contesti economico-giuridici e socio-culturali dei diversi Paesi, ... principi etici ed ... obiettivi...". Tra i cinque principi etici ed obiettivi riportati nella Carta, in particolare viene stabilito che "tutte le persone hanno diritto ad una famiglia, una comunità ed un ambiente di lavoro protetti da incidenti, violenza ed altri effetti dannosi che possono derivare dal consumo di bevande alcoliche".

Tra le strategie che "se implementate, possono determinare benefici a livello sanitario ed economico in tutta la Regione Europea", si identifica quella relati-

va alla “promozione di ambienti - pubblici, privati e di lavoro - protetti da incidenti, violenza e da altre conseguenze negative dovute al consumo di bevande alcoliche”.

L’approccio del PAEA e della Carta Europea risulta fortemente innovatore rispetto a quanto espresso in tema di alcol dalla cultura sanitaria europea fino ai primi anni ’90; nella pratica, l’innovazione ruota intorno alla scomparsa della tradizionale distinzione tra “uso” ed “abuso” con la trasformazione in comportamento a “basso rischio” ed “alto rischio”. Si fa strada il concetto che una politica efficace sull’alcol deve tendere all’obiettivo principale di riduzione dei livelli di consumo nella popolazione generale, oltre che nei forti bevitori e negli alcolisti. Le politiche sull’alcol necessitano di ampie e convergenti intese tra i soggetti che hanno responsabilità specifiche: tutti hanno diritto ad una vita familiare, lavorativa e sociale protetta dalle conseguenze negative correlate all’alcol.

La risposta della Regione Europea dell’OMS alla strategia globale della salute per tutti è racchiusa nel documento “*Health21: La salute per tutti nel XXI secolo*” [38] adottato dall’Assemblea Mondiale della Sanità nel 1998.

Tra i 21 obiettivi strategici:

- obiettivo 8 - Ridurre le malattie non trasmissibili - contempla un programma integrato per ridurre i fattori di rischio comuni a molte di queste patologie e cioè il fumo, l’alimentazione, la sedentarietà, il consumo di alcol e lo stress;
- obiettivo 9 - Ridurre le lesioni causate dalla violenza e dagli incidenti - riporta che “la riduzione delle lesioni dovute alla violenza ed agli incidenti richiede, in molti Stati, un miglioramento dei servizi di emergenza, nonché una più stretta applicazione delle misure, ben note, di prevenzione in grado di ridurre gli incidenti della strada, quelli sul lavoro e quelli domestici. È necessario dare una più elevata priorità ai problemi relativi alla coesione sociale ed alle più rilevanti cause di violenza - compresa quella domestica - con particolare attenzione al consumo di alcol”;
- obiettivo 12 - Ridurre i danni causati dall’alcol, dalle droghe e dal tabacco - rileva che “l’alcolismo e gli incidenti legati al consumo di alcol rappresentano, in Europa, un problema di vasta portata. È ampiamente dimostrato che realizzando azioni programmate nei confronti del consumo di alcol si raggiungono significativi benefici in termini di salute e di economia. La Carta Europea sull’Alcol... e il Piano d’Azione Europeo contro l’Alcol definiscono le principali strategie di promozione della salute e di cura; esse includono la tassazione delle bevande alcoliche, il controllo della pubblicità diretta ed indiretta nonché il trattamento di coloro che sono caratterizzati da un consumo pericoloso o dannoso di alcol. Tutti gli Stati membri dovrebbero garantire che le loro politiche e i loro programmi siano completamente in linea con le strategie della Carta Europea”.

Se il PAEA 1992-1999 ha fornito le basi per lo sviluppo e la realizzazione di politiche e programmi sull'alcol negli Stati membri, l'obiettivo del *Piano d'Azione Europeo sull'Alcol (PAEA)* durante il periodo 2000-2005 [39] - strutturato sulle dieci strategie già individuate nella Carta Europea sull'Alcol - è di prevenire e ridurre i danni causati dall'alcol in tutta la Regione Europea.

Tra gli obiettivi generali si rileva quello di ridurre "i rischi di problemi alcol correlati che possono verificarsi in una serie di contesti quali la casa, il luogo di lavoro, la comunità o ambienti nei quali l'alcol viene consumato" e di ridurre "la dimensione e l'impatto del danno alcol correlato causa di incidenti mortali, incidenti con feriti...".

I risultati previsti relativamente all'ambito "ambienti... lavorativi" sono quelli di "ridurre i danni causati dall'alcol nei luoghi di lavoro, in particolare gli incidenti e gli episodi di violenza", attraverso la "prevenzione, l'identificazione precoce e il trattamento; queste politiche devono essere integrate nei programmi sanitari dei luoghi di lavoro, sia nel settore pubblico che in quello privato".

Nel 2005, l'Assemblea ha riconosciuto che "il bere nocivo è tra le principali cause di malattia, lesioni, violenza - soprattutto domestica contro le donne e i bambini - disabilità, problemi sociali e morte prematura; è associato con la malattia mentale; ha un grave impatto sul benessere umano; colpisce individui, famiglie, comunità e società nel suo insieme e contribuisce a creare disuguaglianze sociali e sanitarie".

La lotta contro l'uso dannoso di alcol è altresì integrata - in ragione del ruolo dell'alcol nel determinismo di malattie croniche non trasmissibili - nel *Piano di azione 2008-2013 per una strategia globale di prevenzione e controllo delle malattie non trasmissibili* [40] e nel successivo *Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016* [41].

Nonostante sia stata intrapresa una significativa attività per ridurre il consumo dannoso di alcol a livello di Stati membri, i dati emersi nell'*European status report on alcohol and health (2010)* [42] rilevano che quattro Paesi su dieci nel 2009 non hanno una politica nazionale scritta sull'alcol e solo sei su dieci producono rapporti periodici di monitoraggio, utilizzando però una vasta gamma di indicatori non standardizzati.

Alla luce di ciò, nel settembre 2011, il Comitato Regionale OMS approva, con la Risoluzione EUR/RC61/R4 [43], il nuovo *Piano di Azione Europeo per la riduzione del consumo dannoso di alcol negli anni 2012-2020* [44] raccomandando agli Stati membri "...di utilizzare il Piano di Azione per formulare o, a seconda dei casi, riformulare politiche e piani d'azione nazionali sull'alcol... di promuovere politiche di no-alcol in un numero sempre maggiore di contesti e circostanze, quali ad esempio i luoghi di lavoro...". Il Piano di Azione riflette le più recenti evidenze in merito alle politiche di sanità pubblica alcol-correlate e comprende una serie di opzioni strategiche per ridurre il consumo nocivo di alcol.

L'obiettivo del Piano di Azione è “combattere i danni alcol correlati a tutti i livelli e stabilire le aree prioritarie dell'azione europea, per una maggiore cooperazione internazionale e per la partecipazione di tutti gli Stati membri ad una risposta efficiente, appropriata e completa che tenga nella dovuta considerazione le diversità religiose e culturali con l'obiettivo di fornire una guida per gli Stati membri della Regione Europea attraverso la proposta di opzioni politiche ...”.

Tra le raccomandazioni agli Stati membri, quelle di:

- promuovere e sostenere politiche e interventi per la diminuzione del consumo dannoso di alcol che preservino e tutelino gli interessi della salute pubblica, garantendo nel contempo che le misure in tal senso siano adeguate e basate sulle evidenze;
- promuovere politiche per eliminare l'alcol in un numero crescente di ambienti e circostanze come i luoghi di lavoro...

Per ognuna delle dieci aree di azione sulle quali si articola il Piano di Azione sono definiti risultati e indicatori, nonché una serie di potenziali interventi da attuare; le azioni proposte e l'evidenza a loro supporto si basano su due pubblicazioni dell'OMS del 2009, *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm* [45] e *Handbook for action to reduce alcohol-related harm* [46].

Partendo dalla constatazione che “nei luoghi di lavoro l'uso dannoso di alcol e il bere pesante episodico aumentano il rischio di assenteismo, riduzione delle prestazioni di lavoro, ritardi, uscita prima del termine, incidenti, turnover a causa di morte prematura, bassa produttività, comportamenti inappropriati, furti e altri crimini che possono richiedere provvedimenti disciplinari, relazioni compromesse con i colleghi e morale basso dell'azienda. Per contro, fattori strutturali nei luoghi di lavoro, tra cui alto stress e bassa soddisfazione, possono aumentare il rischio di disturbi legati all'uso di alcol e di alcoldipendenza”, si richiede di implementare politiche e programmi sul tema “alcol e lavoro”. Pertanto, “nei luoghi di lavoro gli interventi di rinforzo in grado di ridurre i danni causati dall'alcol sono le politiche che promuovono i luoghi di lavoro senza alcol, l'adozione di stili manageriali che riducono lo stress da lavoro e aumentano la premialità sul lavoro e interventi facoltativi sul posto di lavoro disponibili a richiesta, quali la formazione alle competenze psico-sociali, la consulenza breve e i programmi di informazione sull'alcol”. Ancora, si invita, oltre che ad implementare efficaci programmi sull'alcol, anche ad introdurre adeguati strumenti di valutazione ed a rivedere la normativa nazionale “...per assicurare che essa faciliti e sostenga le iniziative a livello di... luogo di lavoro...”[44].

Tra gli indicatori proposti nell'Allegato 2 al Piano d'Azione, di seguito si riportano in tabella 1 quelli relativi ai luoghi di lavoro.

Tabella 1

Indicatori proposti nell'Allegato 2 del Piano di Azione relativi ai luoghi di lavoro.

Denominazione dell'Indicatore di alcol	Prevenzione/counseling sui luoghi di lavoro per le persone con problemi
Definizione	Fornitura di prevenzione/counseling sui luoghi di lavoro per le persone con problemi di alcol
Denominazione dell'Indicatore di alcol	Infortunati sul lavoro con presenza di alcol
Definizione	Infortunati sul lavoro con presenza di alcol in un anno solare
Denominazione dell'Indicatore di alcol	Coinvolgimento delle parti sociali in materia di prevenzione di danni alcol correlati sui luoghi di lavoro
Definizione	Coinvolgimento delle parti sociali che rappresentano i datori di lavoro e i lavoratori a livello nazionale in azioni volte a prevenire e affrontare i danni alcol-correlati sui luoghi di lavoro
Denominazione dell'Indicatore di alcol	Interventi/progetti basati sulla comunità con la partecipazione degli stakeholder
Definizione	Fornitura di interventi/progetti basati sulla comunità con la partecipazione degli stakeholder
Denominazione dell'Indicatore di alcol	Linee guida nazionali per la prevenzione/counseling sull'alcol sui luoghi di lavoro
Definizione	Esistenza di linee guida nazionali per la prevenzione e il counseling sui problemi dell'alcol sui luoghi di lavoro
Denominazione dell'Indicatore di alcol	Legislazione sul test alcolemico sui luoghi di lavoro
Definizione	Esistenza di una legislazione sul test alcolemico sui luoghi di lavoro
Denominazione dell'Indicatore di alcol	Forza dell'azione nel settore della politica delle questioni riguardanti l'alcol sul luogo di lavoro
Definizione	Forza dell'azione nel corso degli ultimi cinque anni nel settore delle azioni volte a risolvere i problemi creati dall'alcol sui luoghi di lavoro valutati dalle autorità nazionali di un paese facenti parte della Indagine europea dell'OMS sul consumo di alcol e salute su una scala di sette punti, da +3 [più elevato] a -3 [più debole]

Fonte: WHO, *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*, 2012, pp. 54-55.

In occasione della sessantatreesima sessione dell'Assemblea Mondiale della Sanità (Ginevra, maggio 2010) le delegazioni dei 193 Stati membri dell'OMS hanno adottato con delibera il consenso WHA63.13 [47] di approvazione della *Strategia globale per affrontare il consumo dannoso di alcol* [48], già programmata nella risoluzione WHA 61.4 del 2008 [49].

La strategia ha cinque obiettivi:

- aumentare la consapevolezza globale dell'entità e della natura dei problemi di salute, sociali ed economici causati dal consumo dannoso di alcol ed aumentare l'impegno dei governi ad agire per affrontare il consumo dannoso di alcol;
- rafforzare la base di conoscenza sull'entità dei danni alcol-correlati e relativi determinanti, nonché sugli interventi efficaci per ridurre e prevenire tali danni;
- un maggiore sostegno tecnico ed una maggiore capacità degli Stati membri di prevenire il consumo dannoso di alcol e gestire i disturbi e le condizioni di salute associati al consumo stesso;
- il rafforzamento dei partenariati, un miglior coordinamento tra gli stakeholder ed una maggiore mobilitazione di risorse necessarie per un'azione concertata e appropriata volta a prevenire il consumo dannoso di alcol;
- migliori sistemi di monitoraggio e controllo a vari livelli, una più efficace diffusione e applicazione delle informazioni per il sostegno e lo sviluppo di politiche e per scopi di valutazione.

A motivo della rilevanza delle problematiche sulla salute correlate al consumo di alcol, l'OMS, oltre ad implementare i documenti di policy, monitora continuamente il consumo di alcol valutando la situazione sanitaria e le tendenze legate al consumo di bevande alcoliche, ai danni alcol-correlati e alle risposte politiche nei diversi Stati membri.

In proposito, ad esempio, il *Global Information System on Alcohol and Health (GISAH)* [50], ulteriore sviluppo del database-alcol che l'OMS ha attivato dal 1997, è uno strumento essenziale di valutazione e monitoraggio che fornisce un accesso facile e veloce ad una vasta gamma di indicatori di salute alcol-correlati. L'*European Information System for Alcohol and Health (EISAH)*, istituito nel 2002 [51], contiene dati basati sul GISAH e rappresenta una fonte di riferimento e di informazione per la sorveglianza epidemiologica regionale del consumo di alcol, problemi alcol-correlati e politiche di riferimento.

L'OMS si occupa del monitoraggio del consumo di alcol negli Stati membri fin dal 1974 e, attraverso una intensa attività di ricerca scientifica, ha contribuito in modo determinante alla conoscenza ed alla divulgazione mondiale di importanti informazioni relative alle problematiche alcol correlate, pubblicando numerosi documenti di interesse dei quali di seguito si riportano i più rilevanti.

Per fornire un quadro globale del consumo mondiale di alcol, nel 1999 l'OMS pubblica il *Global Status Report on Alcohol* [52] che propone di documentare le

politiche in materia attuate dagli Stati membri, l'entità della produzione e commercio delle bevande alcoliche, le tipologie di alcolici disponibili, gli effetti del consumo di alcol sulla salute.

Lo scopo del documento *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm* [53] del 2000 è quello di fornire orientamenti agli Stati membri dell'OMS sulla sorveglianza epidemiologica, al fine di migliorare la comparabilità globale e regionale dei dati sul consumo di alcol e le conseguenze sulla salute; esso è destinato a fornire anche indicazioni pratiche per lo sviluppo di indicatori - realistici ed efficaci - di consumo di alcol e danni per i diversi Paesi con diversi livelli di risorse.

Il *Global Status Report: Alcohol and Young People, 2001* [54] offre una panoramica sulla prevalenza del bere e consumo di alcol tra i giovani, mortalità e altri effetti sulla salute e sulle politiche di prevenzione volte a ridurre i problemi alcol correlati tra i giovani.

Pubblicato nel 2004, il *Global Status Report: Alcohol Policy, 2004* [55] rappresenta un primo tentativo dell'OMS di fornire lo stato dell'arte delle politiche alcoliche attuate negli Stati membri.

Il *Global Status Report on Alcohol 2004* [56] costituisce la seconda relazione di stato globale sull'alcol pubblicato dall'OMS.

Il documento *Handbook for action to reduce alcohol-related harms* [46], pubblicato nel 2009, è indirizzato ai decisori politici e sviluppa diverse aree strategiche di interesse della tematica.

La pubblicazione del 2009, *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm* [45] riporta l'impatto sociale ed economico delle diverse policy attuate valutandone l'efficacia.

Il documento pubblicato dall'OMS *Global Strategy to reduce harmful use of Alcohol* [48], nel 2010, delinea la strategia scelta dagli Stati membri per contrastare gli effetti negativi correlati all'uso di bevande alcoliche.

La pubblicazione, sempre del 2010, *European Status Report on Alcohol and Health* [42] riporta i dati aggiornati su consumi di bevande alcoliche e sui danni alla salute nella Regione Europea dell'OMS; relativamente ai luoghi di lavoro, è sottolineato che nel 30% dei Paesi vige il divieto di bere sul lavoro.

Nel 2010 viene altresì pubblicato dall'OMS - Regione Europea, il rapporto *Best practice in estimating the costs of alcohol - Recommendations for future studies* [57] che suggerisce una serie di raccomandazioni utili per valutare i costi attribuibili ed evitabili del consumo di alcol.

Il *Global Status Report on Alcohol and Health 2011* [1] presenta un'ampia prospettiva sul consumo di alcol, sui modelli del bere, sui danni alla salute, sulle policy attuate.

Nella pubblicazione *Alcohol in the European Union (2012)* [58], vengono presentati dati aggiornati sul consumo di alcol in Europa, gli effetti che esso provoca sulla salute e le azioni e le policy più efficaci per mitigarne l'impatto. Sono

inoltre aggiornati gli indicatori chiave sul consumo di alcol, i risultati delle azioni per ridurre i danni sulla salute in tutta l'Unione Europea. Un capitolo specifico viene dedicato all'uso di alcol sul luogo di lavoro, in cui si evidenzia come esso possa rappresentare un fattore di rischio anche in relazione al tempo trascorso al lavoro.

Di recente pubblicazione è il documento *Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013* [3], che utilizza e presenta i dati e le informazioni raccolti con la Global survey on alcohol and health nel 2012. Il Report è suddiviso in tre parti: 1) consumo e danni dovuti all'uso nocivo di alcol; 2) risposta politica alle dieci aree di intervento del Piano d'Azione Europeo; 3) principali step raggiunti dagli Stati membri nello sviluppo di politiche ed azioni atte a ridurre i danni imputabili all'alcol nel periodo che va dal 2006 al 2012. Relativamente ai luoghi di lavoro, emerge che circa il 50% degli Stati membri ha linee guida nazionali per la prevenzione e la consulenza sulle problematiche alcol-correlate; in 10 Paesi è vigente una normativa che regolamenta gli alcol-test sul lavoro ed in 12 Paesi le parti sociali e datoriali sono coinvolti a livello nazionale in azioni per prevenire e affrontare le problematiche alcol-correlate sul posto di lavoro (cfr. Tab. 2).

Tabella 2

Provvedimenti sull'alcol nel luogo di lavoro.

Misure sull'alcol nel luogo di lavoro	n. Paesi [N=30]
Linee guida nazionali per la prevenzione e la consulenza sulle problematiche alcol-correlate	14
Coinvolgimento delle parti sociali e datoriali a livello nazionale in azioni per prevenire e affrontare le problematiche alcol-correlate sul posto di lavoro	12
Normativa che regolamenta gli alcol-test sul lavoro	10

Fonte: WHO, *Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013*, p. 31.

Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO)

In linea con la propria *mission*, l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO), agenzia delle Nazioni Unite, fornisce importanti contributi finalizzati a promuovere il miglioramento delle condizioni e della qualità del lavoro.

In materia di alcol e lavoro, l'ILO ha elaborato diversi documenti di indirizzo, a partire dalla dichiarazione del 1949 che vieta il pagamento dei salari sotto forma

di liquori ad alta gradazione [59] e arrivando, nell'ultimo decennio, a considerare l'abuso di sostanze come qualsiasi altro problema di salute da gestire.

Già nel 1987, l'ILO adotta una risoluzione contro l'abuso di droga e alcol nella vita lavorativa e sociale [60], focalizzata soprattutto sulla riabilitazione ed il reinserimento sociale dei soggetti vittime di dipendenze, con particolare riguardo alle iniziative per prevenire e ridurre l'abuso di sostanze sul luogo di lavoro.

In seguito, con la pubblicazione del 1996 *Management of alcohol and drug-related issues in the workplace - An ILO code of practice* [61], frutto di una riunione di esperti decisa durante la 259^a (marzo 1994) sessione dell'Assemblea generale, fornisce una serie di raccomandazioni pratiche che contribuiscono alla definizione delle linee guida per tutte le figure professionali responsabili della gestione di problemi correlati all'uso nocivo di alcol e di sostanze stupefacenti sul luogo di lavoro.

I punti chiave del Codice riguardano:

- lo sviluppo di programmi e politiche volte alla promozione della prevenzione, riduzione e gestione dei problemi correlati all'alcol e sostanze psicoattive sul luogo di lavoro;
- la definizione dei problemi correlati all'alcol ed alla droga come "problemi di salute" e trattamento degli stessi al pari di ogni altro problema di salute sul luogo di lavoro, senza discriminazioni;
- la valutazione congiunta da parte dei datori di lavoro, lavoratori e loro rappresentanti degli effetti di alcol e droghe sul luogo di lavoro e la loro cooperazione per lo sviluppo di una politica specifica nell'impresa;
- la raccomandazione di politiche contro l'uso di alcol e droga sul posto di lavoro che coprano tutti gli aspetti della prevenzione, riduzione e trattamento delle problematiche correlate ed i relativi programmi di informazione, educazione;
- lo sviluppo e - ove possibile - l'integrazione nei programmi di salute generale, di attività di informazione, educazione e formazione concernenti alcol e droga, al fine di promuovere salute e sicurezza sul luogo di lavoro;
- la raccomandazione ai datori di lavoro di sviluppare un sistema che assicuri la confidenzialità di tutte le informazioni concernenti alcol e droga sul luogo di lavoro e di informare i lavoratori di eventuali eccezioni alla riservatezza che derivano da principi giuridici, professionali o etici;
- la definizione dei tempi e modalità di esecuzione di test per rilevare la presenza di alcol e droghe che tengano conto di questioni morali, etiche e legali;
- la non discriminazione dei lavoratori che desiderano accedere a programmi terapeutici;
- il counseling, il trattamento e la riabilitazione del lavoratore con problemi correlati all'uso di droghe ed alcol piuttosto che azioni disciplinari.

Il documento pone altresì l'enfasi sulla prevenzione, attraverso una serie di azioni, tra cui:

- l'elaborazione di una politica di gestione dei problemi correlati all'alcol e/o droghe;
- l'individuazione di misure volte a ridurre le problematiche attraverso buone pratiche sul lavoro;
- l'attuazione di restrizioni/divieti applicabili alle problematiche alcol/droga lavoro correlate;
- la prevenzione attraverso programmi di informazione, educazione e formazione;
- la programmazione di assistenza, trattamento e reinserimento;
- la previsione di interventi e misure disciplinari.

Congiuntamente all'OMS ed all'Ufficio delle Nazioni Unite per il Controllo della Droga e la Prevenzione del Crimine (UNODC) con il Programma internazionale sul controllo delle droghe (UNDCP), l'ILO costituisce ed è a capo delle agenzie esecutive per lo sviluppo di programmi di prevenzione dell'abuso di alcol e droghe sul lavoro e in famiglia [62].

Nel 2001 l'ILO pubblica *Drug and alcohol abuse prevention programmes in the maritime industry* [63] - edizione riveduta del manuale del 1996 *Drug and Alcohol Prevention Programmes in the Maritime Industry (A Manual for Planners)* - il cui obiettivo è quello di contribuire alla riduzione delle problematiche di sicurezza correlate all'uso di alcol/droga nel settore marittimo attraverso programmi di sensibilizzazione e formazione.

Relativamente a tale settore, è da riportare che la *Convenzione sul lavoro marittimo* (2006) [64] prevede sia la necessità di approntare linee guida nazionali sulla gestione della salute e sicurezza in tale contesto - che tengano conto anche degli effetti della dipendenza da alcol e droghe - sia una specifica formazione per i giovani lavoratori che dovrebbe includere la trattazione degli effetti sulla salute e il benessere individuale e sociale dell'uso nocivo di alcol e droghe.

Nel 2003, in collaborazione con l'Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo delle droghe e la prevenzione del crimine, l'ILO pubblica *Alcohol and drug problems at work. The shift to prevention* [5], in cui vengono esaminati gli effetti fisiologici dovuti all'uso di alcol e droga, i fattori demografici e sociali che entrano in gioco, i problemi relativi all'intossicazione ed alla dipendenza con le conseguenti ripercussioni sull'attività lavorativa. Il documento fornisce informazioni di base ed un quadro per lo sviluppo e l'attuazione di un approccio orientato alla prevenzione dell'uso di alcol e droghe sul posto di lavoro, mostrando i vantaggi per tutte le imprese, di stabilire programmi di prevenzione sull'abuso di sostanze.

Sempre nello stesso anno e sulla stessa tematica, l'ILO pubblica *Helping small businesses prevent substance abuse* [65] che fornisce uno scenario ed un quadro

di riferimento per lo sviluppo e l'implementazione di un approccio orientato alla prevenzione dell'abuso di sostanze sul luogo di lavoro basato sull'esperienza dei Paesi che hanno partecipato allo specifico progetto pilota.

Conclusioni

Dalla rassegna delle strategie adottate e dei documenti pubblicati dagli organismi sovranazionali ed internazionali, emergono suggerimenti e strumenti utili a fronteggiare le problematiche alcol-correlate nei diversi contesti ed, in particolare, sul posto di lavoro, anche se il successo delle politiche di prevenzione appare comunque subordinato alla messa in atto di specifiche azioni nazionali e locali integrate e condivise.

Si delinea altresì il percorso che - nel rispetto delle influenze culturali locali e senza stigmatizzare tout court l'alcol - ha portato all'evoluzione del concetto di uso/abuso in quello di "comportamento a basso o ad alto rischio" ed, in particolare nei luoghi di lavoro, a non discriminare il lavoratore con problemi alcol correlati, bensì a gestirlo così come per altri problemi di salute.

Se i diversi Piani d'Azione hanno nel tempo portato all'implementazione delle strategie di intervento in materia di alcol, un importante input alle politiche del settore è stato fornito dalla Strategia globale sull'alcol, sviluppata soprattutto sull'evidenza dell'efficacia e costo-efficacia degli interventi per ridurre il consumo dannoso di alcol.

Da ciò deriva l'invito agli Stati membri a "sviluppare, attuare e valutare strategie e programmi efficaci per ridurre le conseguenze negative del consumo dannoso di alcol sulla salute e sulla società..., incoraggiare la mobilitazione e l'impegno attivo e appropriato di tutti i gruppi sociali ed economici interessati, compresi gli organismi scientifici, professionali, non governativi e di volontariato, il settore privato, la società civile e le associazioni di settore, nel ridurre il consumo dannoso di alcol".

RIASSUNTO

Il consumo di alcol rappresenta, a livello mondiale, la terza causa di malattia e morte prematura, dopo il basso peso alla nascita ed il sesso non sicuro e causa, ogni anno, il decesso di circa 2,5 milioni di persone, con una significativa percentuale di giovani. Pertanto oggi l'alcol è considerato uno dei cosiddetti "maggiori fattori di rischio evitabile", con notevoli costi per la società, sia a livello economico (tra il 2% ed il 5% del Prodotto Interno Lordo) che sociale (criminalità, violenza domestica, incidenti stradali, infortuni sul lavoro).

Sono soprattutto gli abitanti della Regione Europea dell'OMS a registrare il pri-

mato del consumo di alcol pro capite a livello globale; ormai da diversi decenni, quindi, Unione Europea e OMS sono impegnate nella definizione e nella diffusione di strategie di intervento da raccomandare agli Stati membri al fine di fronteggiare, in modo condiviso ed integrato, l'abitudine del consumo dannoso di alcol. Una tappa significativa è rappresentata dalla trasformazione, successivamente agli anni '90, dei concetti di "uso" e "abuso" rispettivamente in "comportamento a basso o ad alto rischio", in relazione a diversi parametri tra i quali, innanzitutto, la quantità di alcol assunto. Una particolare attenzione, inoltre, è stata dedicata all'impatto negativo dell'alcol sulla capacità lavorativa, in termini di assenteismo, perdita di competitività e produttività, ricadute su terzi. L'ILO stima che, globalmente, circa il 3% della forza lavoro sia affetta da alcoldipendenza; in proposito, nell'ultimo decennio, la politica dell'ILO è stata indirizzata a non discriminare il lavoratore con problemi alcol correlati, bensì a considerare l'uso/abuso di sostanze come qualsiasi altro problema di salute da gestire.

La UE, l'OMS e l'ILO sono quindi impegnate da oltre un ventennio ad individuare policy a livello sovranazionale ed internazionale e ad elaborare strategie comunitarie e globali sull'alcol, seppure l'efficacia delle politiche e delle azioni dedicate a fronteggiare le problematiche alcol-correlate appare comunque subordinato alla messa in atto di specifiche azioni nazionali e locali integrate e condivise.

SUMMARY

The consumption of alcohol is the world's third leading cause of ill health and premature death, after low birth weight and unsafe sex and causes, every year, the deaths of an estimated 2.5 million people, with a significant percentage of young people.

Therefore, alcohol is considered one of the so-called "major preventable risk factors", with huge costs to society, both at economic (between 2% and 5% of the Gross Domestic Product) and social level (crime, domestic violence, traffic accidents, accidents at work). The highest per capita alcohol consumption is registered in the WHO European Region, so European Union and World Health Organization (WHO) are involved in fulfillment and dissemination of strategies to recommend to Member States aiming at coping harmful use of alcohol.

An important milestone is represented by the modification of the terms "alcohol use" and "alcohol abuse" respectively in "low and high risk behavior", in connection with different parameters such as the amount of alcohol consumption. Also, particular attention has been paid to the negative impact of alcohol on working capacity, in terms of absenteeism, loss of productivity and competitiveness and impact on third parties.

The International Labour Organization (ILO) estimates that, globally, about 3% of the workforce is affected by alcohol dependence and in this regard, over the

last decade, the ILO's policy has been directed not to discriminate workers with alcohol-related problems, but rather to consider the use/abuse of substances like any other health problem to manage.

EU, WHO and ILO are involved for over twenty years in identify supranational and international policy and in develop global and community alcohol strategies, although the effectiveness of the policies and actions dedicated to address alcohol-related issues is still subject to the implementation of specific local and national activities.

BIBLIOGRAFIA

[1] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Global status report on alcohol and health*, 2011
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf?ua=1

[2] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *Alcohol in the European Union*, 2012
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf

[3] WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013*, World Health Organization 2013
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf

[4] ANDERSON P, BAUMBERG B.: *Alcohol in Europe: A public health perspective - A report for the European Commission*, European Commission, Health & Consumer Protection Directorate General, 2006
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_europe.pdf

[5] INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION: *Alcohol and drug problems at work. The shift to prevention*, 2003
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_127369.pdf

[6] EUROPEAN UNION: *Decisione del Consiglio 82/616/CEE, del 17 agosto 1982, che adotta un programma settoriale di ricerca e sviluppo della Comunità economica europea nel settore della medicina e della sanità pubblica-azione concertata [1982-1986]*
<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1982:248:0012:0020:IT:PDF>

[7] EUROPEAN UNION: *Decisione n. 645/96/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 marzo 1996, per l'adozione di un programma d'azione comunitario concernente la promozione della salute, l'informazione, l'educazione e la formazione sanitaria nel quadro dell'azione nel campo della sanità pubblica [1996-2000]*
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:1996:095:0001:0008:IT:PDF>

[8] EUROPEAN UNION: *Risoluzione del Consiglio del 29 giugno 2000 sull'azione relativa ai fattori determinanti per la salute*
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:218:0008:0009:IT:PDF>

[9] EUROPEAN UNION: *Interrogazione scritta E-2937/00 di Marielle De Sarnez [PPE-DE] alla Commissione, Consumo di alcool nei luoghi di lavoro*
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2001:136E:0135:0136:IT:PDF>

[10] EUROPEAN UNION: *Direttiva 89/391/CEE del Consiglio, del 12 giugno 1989, concernente l'attuazione di misure volte a promuovere il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro*
<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:it:HTML>

[11] EUROPEAN UNION: *Conclusioni del Consiglio del 5 giugno 2001 relative a una strategia comunitaria intesa a ridurre i pericoli connessi con l'alcol*
<http://eurlex.europa.eu/Notice.do?mode=dbl&lang=it&ihtmlang=it&lng1=it,it&lng2=da,de,el,en,es,fi,fr,it,nl,pt,sv,&val=257272:cs>

[12] EUROPEAN UNION: *Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica [2003-2008]*
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:271:0001:0011:IT:PDF>

[13] EUROPEAN UNION: *Comunicazione della Commissione. Adattarsi alle trasformazioni del lavoro e della società: una nuova strategia comunitaria per la salute e la sicurezza 2002-2006, 11 marzo 2002*
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2002:0118:FIN:IT:PDF>

[14] EUROPEAN UNION: *Conclusioni del Consiglio del 2 dicembre 2003 sugli stili di vita salutari: istruzione, informazione e comunicazione*
<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2004:022:0001:0002:IT:PDF>

[15] EUROPEAN UNION: *Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio. Progetti del programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica impegnati nel 2003-2004, 24 ottobre 2005*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2005:0511:FIN:IT:PDF>

[16] EUROPEAN UNION: *Allegato - Sintesi dell'analisi di impatto allegata alla Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52006SC1360:IT:HTML>

[17] EUROPEAN UNION: *Decisione della Commissione del 12 febbraio 2007 che adotta il programma di lavoro per il 2007 per l'attuazione del programma d'azione comunitaria nel campo della sanità pubblica [2003-2008], compreso il programma di lavoro annuale in materia di sovvenzioni*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:046:0027:0044:IT:PDF>

[18] EUROPEAN UNION: *Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento Europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni. Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol, 24 ottobre 2006*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2006:0625:FIN:IT:PDF>

[19] EUROPEAN UNION: *Decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2007, che istituisce un secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute [2008-2013]*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:IT:PDF>

[20] EUROPEAN UNION: *Parere del Comitato delle regioni. Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol, 28 agosto 2007*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:197:0048:0051:IT:PDF>

[21] EUROPEAN UNION: *Parere del Comitato economico e sociale europeo in meri-*

to alla Comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni. Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol, 27 luglio 2007

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:175:0078:0084:IT:PDF>

[22] EUROPEAN UNION: *Parere del Comitato economico e sociale europeo sul tema Come rendere la strategia UE in materia di danni derivanti dal consumo di alcol una strategia sostenibile, di lungo periodo e multisetoriale, 23 dicembre 2009*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:318:0010:0014:IT:PDF>

[23] DIRECTORATE-GENERAL FOR HEALTH & CONSUMERS: *First Progress Report on the implementation of the EU alcohol Strategy, september 2009*

http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_progress.pdf

[24] EUROPEAN UNION: *Progetto di conclusioni del Consiglio del 1° dicembre 2009 in materia di alcol e salute*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2009:302:0015:0018:IT:PDF>

[25] EUROPEAN UNION: *Conclusioni del Consiglio “colmare i divari esistenti in materia di sanità all’interno dell’UE attraverso un’azione concertata volta a promuovere stili di vita sani”, 9 dicembre 2011*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:359:0005:0008:IT:PDF>

[26] EUROPEAN UNION: *Risoluzione del Parlamento europeo del 5 settembre 2007 su una strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol*

<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2007-0377+0+DOC+XML+V0//IT&language=IT>

[27] EUROPEAN UNION: *Decisione della Commissione del 22 febbraio 2011 relativa all’adozione di una decisione di finanziamento per il 2011 nel quadro del secondo programma d’azione comunitaria in materia di salute pubblica (2008-2013) e che stabilisce i criteri di selezione, di attribuzione e altri criteri per i contributi finanziari alle azioni di tale programma*

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2011:069:0001:0037:IT:PDF>

[28] ANDERSON P., BRADDICK F., REYNOLDS J., GUAL A.: *Alcohol Policy in Europe: Evidence from AMPHORA*, 2012

<http://amphoraproject.net/w2box/data/e-book/AMPHORA%20ebook.pdf>

[29] EUROCARE: *European Workplace and alcohol [EWA]*, 2012

http://www.eurocare.org/resources/policy_issues/alcohol_and_the_workplace

[30] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Preamble to the Constitution of the World Health Organization* as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

[31] BEIGBEDER Y.: *International Organization and the Evolution of World Society*, Volume 4, The World Health Organization, The Hague/London/Boston, 1998, p. 24

[32] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Single Convention on Narcotic Drugs*, 1961

http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf

[33] UNITED NATIONS: *United Nation Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances*, 1988

http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf

[34] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Convention on Psychotropic Substances*, 1971

http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf

[35] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care*, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978

http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1

[36] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *European Alcohol Action Plan [EAAP] 1992-1999*, Copenhagen, 1993

[37] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *European Charter on Alcohol*, European Conference on Health, Society and Alcohol, Paris, France, 12-14 December 1995

http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/EUR_ICP_ALDT_94_03_CN01.pdf

[38] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *Health21: The health for all policy framework for the WHO European Region*, 1999

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf

[39] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *European Alcohol Action Plan. 2000-2005*

<http://www.euro.who.int/document/E67946.pdf>

[40] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*, 2008

http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf

[41] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *Action Plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2012-2016*, 2012

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/147729/wd12E_NCDs_111360_revision.pdf

[42] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *European status report on alcohol and health 2010*, Copenhagen, 2010

http://www.euro.who.int/--data/assets/pdf_file/0004/128065/e94533-pdf

[43] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *Resolution EUR/RC61/R4 European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*, Baku, Azerbaijan, 12-15 September 2011

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/150552/RC61_R4.pdf

[44] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020*, 2012

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

[45] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce alcohol-related harm*, 2009

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/43319/E92823.pdf

[46] WORLD HEALTH ORGANIZATION - REGIONAL OFFICE FOR EUROPE: *Handbook for action to reduce alcohol-related harm*, Copenhagen, 2009

http://www.euro.who.int--data/assets/pdf_file/0012/43320/E92820.pdf

[47] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Global strategy to reduce the harmful use of alcohol*, WHA63.13, 2010

http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_R13-en.pdf

[48] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Global Strategy to reduce the harmful use of alcohol*, 2010

http://www.who.int/substance_abuse/msbalcstrategy.pdf

- [49] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Strategies to reduce the harmful use of alcohol*, WHA61.4, 2008
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R4-en.pdf
- [50] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Global Health Observatory Data Repository, GISAH*
<http://apps.who.int/ghodata/?theme=GISAH>
- [51] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Global Health Observatory Data Repository (European Region), EISAH*
<http://apps.who.int/gho/data/view.main-euro?showonly=GISAH>
- [52] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Global Status Report On Alcohol*, World Health Organization, Geneva, 1999
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/GlobalAlcohol_overview.pdf
- [53] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *International guide for monitoring alcohol consumption and related harm*, 2000
http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MSD_MSB_00.4.pdf
- [54] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Global Status Report: Alcohol and Young People*, 2001
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.1.pdf
- [55] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Global Status Report: Alcohol Policy*, 2004
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Alcohol%20Policy%20Report.pdf
- [56] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Global Status Report on Alcohol 2004*, World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse Geneva, 2004
http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_status_report_2004_overview.pdf
- [57] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Best practice in estimating the costs of alcohol - Recommendations for future studies*, 2012
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/112896/E93197.pdf
- [58] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *Alcohol in the European Union*, 2012
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/160680/e96457.pdf
- [59] INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION: *Convention concerning the Protection of Wages C095 - Protection of Wages Convention*, 1949 [N. 95]
http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312240

[60] INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION: *Resolution concerning measures against drug and alcohol abuse in working and social life*, adottata nella 73rd session, 3-23 giugno 1987, non disponibile online ma riportata in ILO, *Report of the Director General-Appendices [vol.1]*, Geneva, 1990.

[61] INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION: *Management of alcohol and drug related issues in the workplace - An ILO code of practice*, 1996
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/normativeinstrument/wcms_107799.pdf

[62] INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION: *Fighting Drug and Alcohol Abuse in the Workplace New Study Cites Problems and Solutions*, 1998
http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/media-centre/press-releases/WCMS_007992/lang--en/index.htm

[63] INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION: *Drug and alcohol abuse prevention programmes in the maritime industry*, 2001
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_117734.pdf

[64] INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION: *International Labour Conference. Maritime labour convention*, 2006
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_norm/@normes/documents/normativeinstrument/wcms_090250.pdf

[65] INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION: *Helping small businesses prevent substance abuse*, 2003
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_191478.pdf