

 Allaman Allamani, Fabio Voller e Francesco

Cipriani

Sulla base di studi recenti sull'efficacia delle misure per il controllo dei consumi di bevande alcoliche e delle conseguenze ad essi associate, l'indicazione di un'unica lista di politiche alcoliche valida per tutti i paesi non appare fondata su evidenze scientifiche. Infatti l'efficacia di tali misure risulta variare, anche notevolmente, secondo i paesi. Ciò può essere spiegato con l'effetto preponderante che i fattori socioculturali ed economici hanno sui cambiamenti.

Le misure di politica alcolica e il loro variabile impatto sul consumo alcolico e sui danni alcol-correlati

Nei paesi del nord-Europa, così come in nord-America, esistono da molti decenni preoccupazioni per i danni associati al consumo alcolico e, al fine di ridurli, si sono introdotte una serie di misure preventive per il controllo del consumo di bevande alcoliche, la cui applicazione è raccomandata universalmente (CNAPA, 2014; OECD, 2015; PanAmerican Organization, 2017). Ma nonostante le numerose evidenze scientifiche sull'efficacia di tali misure (una sintesi in Babor et al., 2010; Anderson et al., 2012; Sornpaisarn et al., 2017), la recente letteratura ne segnala un'ampia variabilità d'impatto quando vengono attuate nei diversi paesi, talora con effetti opposti alle aspettative (Allamani et al., 2017).

Così, usando dati OCSE del 1975-2000, uno studio ha dimostrato la mancata efficacia del proibire la pubblicità per ridurre i consumi e l'assenza di significative risposte di mercato

alle vendite promosse dalla pubblicità (Nelson, 2010).

Secondo un'altra ricerca, quando nel 2003-2005 in Danimarca, Svezia e Finlandia le tasse sull'alcol sono diminuite, con la relativa abolizione delle barriere doganali, sono inaspettatamente abbassati i consumi alcolici (non in Finlandia) nonché i problemi alcol-correlati riferiti (le diagnosi riportate nei registri sanitari sono invece cresciute) (Bloomfield et al., 2010).

Nel progetto AMPHORA sono state analizzate le correlazioni tra fattori contestuali, interventi preventivi, consumo alcolico e danni alcol-correlati nel periodo 1960-2008 in 12 paesi rappresentanti varie regioni europee, utilizzando i metodi delle Serie temporali e delle Reti neurali artificiali. Nonostante che le restrizioni sul tasso alcolemico consentito alla guida, sulla disponibilità di vendita delle bevande alcoliche e sull'età minima per il consumo risultino significativamente associate alla riduzione dei consumi nei paesi presi complessivamente, i risultati cambiano sostanzialmente da paese a paese, fino ad aversi correlazioni significative tra introduzione di norme restrittive e inatteso aumento di consumi (p.e. nel caso delle limitazioni alcolemiche alla guida in Francia, Olanda e Spagna) (Allamani et al., 2014; Allamani, 2015).

Una revisione sistematica di cinquantacinque pubblicazioni econometriche del periodo 1987-2013, non ha trovato correlazioni coerenti tra introduzione di tasse e limiti di importazione su consumi alcolici e danni alcol-correlati in Danimarca, Svezia, Finlandia, Svizzera e Hong Kong (Nelson & McNall, 2015). Una ri-analisi delle pubblicazioni 2003-2015 sul rapporto tra politiche di tassazione, prezzi e disponibilità delle bevande alcoliche e danni alcol-correlati in nove paesi (Australia, Danimarca, Finlandia, Hong Kong, Islanda, Russia, Svezia, Svizzera e Stati Uniti) ha dimostrato che gli impatti delle politiche non sono uniformi e variano secondo le popolazioni considerate (Nelson e McNall, 2016).

Un'altra ricerca su 30 paesi OCSE non ha riscontrato correlazioni significative tra indici di ristrettezza delle politiche alcolologiche attuate nel 2005, e consumi alcolici totali e anni di vita persi (Poikolainen, 2016).

La sottovalutazione dei fattori culturali e sociali

La scarsa prevedibilità dell'efficacia delle politiche alcolologiche preventive nei vari paesi potrebbe dipendere dai limiti dei relativi studi basati sull'evidenza, che sottovalutano i fattori socio-culturali. In particolare:

1. La letteratura sull'efficacia delle politiche alcoliche riporta spesso studi su iniziative preventive rivolte ad aree specifiche di un paese o a particolari campioni di popolazione (p.e. studenti), ma poche ricerche su un'intera nazione e sulla sua popolazione generale. Inoltre, quasi sempre l'evidenza di efficacia è verificata in una cultura specifica (p.e. scandinava o angloamericana) e viene poi generalizzata verso nazioni con altra cultura del bere (p.e. mediterranei) (Room et al., 2004; Peele, 2010). Poiché quantità, modalità e significati del bere cambiano da paese a paese e da cultura a cultura, il nodo è conoscere se e fino a che punto tali evidenze siano *trasferibili* da un contesto all'altro.
2. Secondo recenti ricerche, i cambiamenti nel consumo di bevande alcoliche e nei danni correlati riflettono più i *cambiamenti demografici, economici, politici, culturali* occorrenti in una società, che le politiche preventive (Room, 1997; McLeod et al., 2016). Mediante misure di correlazione quadratica parziale, i fattori socio-economici e demografici spiegano il 71% dei cambiamenti dei consumi, mentre le politiche preventive ne spiegano il 38%; i primi possono spiegare il 43% dei decessi per patologie epatiche e il 52% di quelli per incidenti stradali, mentre le seconde ne spiegano rispettivamente il 30% e il 31% (Allamani et al., 2015).
A volte le modifiche nei consumi sono avvenute senza la presenza e/o introduzione di misure politiche preventive nazionali, come nel caso della Francia negli anni '50 e in Spagna e in Italia negli anni '70; in tali casi le modifiche nel consumo erano solo correlate ai fattori socio-economici e demografici (Cipriani, 2007; Allamani et al., 2015).
La riduzione dei decessi per incidenti stradali in Europa e per cirrosi epatica nelle regioni dell'Europa meridionale, è risultata significativamente associata agli indicatori di aumento del benessere - età avanzata delle madri al parto e invecchiamento della popolazione (Allamani et al, 2015).
Anche la percezione della normalità o dannosità delle bevande alcoliche ha la sua parte nell'influenzare il consumo (Nordlund e Østhus, 2013; Callinan et al. 2014).
3. *La complessità delle azioni preventive attuate al livello locale* implica l'interazione di numerosi soggetti, p.e. i governi locali che approvino normative o atti amministrativi di prevenzione, gli uffici e i responsabili che li attuino, la popolazione locale che sia disponibile e pronta a recepirle (Oetting et al., 2001; Apostolopoulos et al., 2017).
Inoltre le relazioni tra esperti e cittadini, studiosi e attivisti locali e politici, con differenti ideologie, mentalità, esperienze e interessi sulle azioni da intraprendere, possono essere conflittuali (Lindblath & Hanson, 1993). E' raccomandabile che gli esperti si limitino alla promozione degli interventi che possano avere effetto, e che i membri della comunità si interessino a rivederli, adattarli, e attuarli, essendo alla fine necessario valutarne insieme l'impatto (Holder & Reynolds, 1999).

I limiti della ricerca

La variabile efficacia delle misure preventive è anche attribuibile ai limiti nei principi e nel metodo della ricerca alcolologica. In sintesi:

1. Le moderne misure di politica alcolologica sono fondate sulla *teoria del consumo totale*, elaborato negli anni '70 da Kjetil Bruun e divenuto pilastro della strategia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo il quale nella popolazione generale vi è correlazione positiva tra consumo alcolico medio e prevalenza di forti bevitori, nonché con la mortalità alcol-correlata (Bruun et al., 1975; Anderson & Baumberg, 2006). Così i consumatori medi "normali" contribuiscono alla prevalenza di forti bevitori e dei problemi relativi: se i primi riducono i consumi, la prevalenza dei secondi diminuirà, e viceversa.
Gli studi recenti hanno però ridimensionato la forza di tale relazione: dove funzionano, le politiche alcolologiche paiono agire non sulla popolazione totale, ma su suoi sottogruppi (giovani, donne, forti bevitori, fasce economicamente svantaggiate - Meier et al., 2016; Giesbrecht et al., 2016). Secondo alcuni studiosi, l'impatto delle politiche alcolologiche sui danni alcol-correlati è diverso, e spesso maggiore, dell'impatto che esse hanno sul consumo alcolico (Jiang e Room, 2016).
2. Alla base delle politiche alcolologiche c'è la *concezione del rischio* dovuto al bere, a cui si vuole sottrarre la popolazione esposta. Ma piuttosto che su criteri e misurazioni oggettive, spesso il rischio è definito sulla base di "ciò che il pubblico sembra aver voglia di accettare", il che lo colloca tra i concetti aventi variabilità culturale (Starr, 1969, Rehm et al., 2014).
3. La determinazione dei consumi riferiti dagli intervistati nelle inchieste epidemiologiche, su cui si fonda un programma preventivo, appare minata dalla progressiva *contrazione nel tasso di risposta ai questionari*, che oggi sovente non supera il 50%, nonché dalla *variabilità del volume dei bicchieri* a cui fanno riferimento le domande sui consumi alcolici (Moskalewicz, 2012; Kerr et al., 2009).
4. Non vi è accordo tra gli esperti se la *relazione tra la bevanda alcolica bevuta e le conseguenze ad essa attribuite* sia causale, multi-causale, multifattoriale, probabile (Hill, 1965; Feller, 1968; Rothman et al., 2008; Connor, 2016). Secondo la qualificazione scelta, differiranno i significati dei nessi tra bere e problemi ad esso associati (p.e. la bevanda alcolica *causa* un danno epatico, oppure è *possibile* che lo induca?). Poiché l'incertezza, quando le informazioni devono essere trasmesse in sanità pubblica, è controproducente, qualcuno ha concluso che un'azione preventiva va attuata nell'ambito delle scelte etiche, o ideologiche, piuttosto che scientifiche

(Narduzzi et al., 2017).

5. Infine, in generale esiste il problema della *difficile replicabilità delle ricerche*, che secondo alcune stime sarebbe possibile solo nel 25% dei casi, e che qui spiegherebbe la variabilità di risposta dei vari paesi alle stesse misure preventive (Ioannidis, 2005).

Concludendo

In breve, la variabilità nelle risposte agli interventi preventivi alcolici basati su evidenze scientifiche, dimostrata da studi recenti, è con ogni probabilità attribuibile ai limiti delle ricerche effettuate. Perciò risultano inadeguate le diffuse opinioni che sostengono l'opportunità di misure politiche alcoliche uniformi per tutti i paesi, mentre è decisivo porre attenzione alla trasferibilità degli studi ottenuti da un paese agli altri.

Quanto detto deve raccomandare a chi pianifica un intervento preventivo alcolico basato sull'evidenza la necessità di :

1. raccogliere informazioni disponibili sull'efficacia che un simile intervento può aver avuto precedentemente nel paese;
2. raccogliere informazioni (dati nazionali e regionali, ricerche ad hoc e ascolto dei bisogni della popolazione) sul peso che i fattori contestuali hanno sul cambiamento dei consumi e dei danni nel territorio dell'intervento;
3. considerare gli effetti che l'intervento può avere su consumi e danni di sottogruppi di popolazione, quali giovani, donne, forti bevitori;
4. prevedere un piano di valutazione, in modo da poter replicare gli interventi di successo e rivedere quelli che hanno fallito.

Se l'intervento preventivo viene pianificato sulla base di tutte le evidenze disponibili, vi sarà una miglior possibilità di successo. In aggiunta, si potrebbe ricorrere ai nuovi programmi di previsione dei risultati, attualmente in studio, che possono aiutare i decisori a dare inizio o meno all'intervento pianificato (Buscema, 1995).

Allaman Allamani*, Fabio Voller*, Francesco Cipriani^

* Agenzia Regionale di Sanità, Firenze

^ Epidemiologia, Azienda USL Toscana Centro

Bibliografia

1. Allamani A, Anderson P, Einstein S. Drinking Patterns in 12 European Countries:

- Unplanned Contextual Factors and Planned Alcohol Control Policy Measures. *Substance Use & Misuse* 2014; 49(12): 1505-1750.
2. Allamani A. Consumo di alcol, politiche di prevenzione e culture del bere. *Salute Internazionale*, 19.10.2015
 3. Allamani A, Pepe P, Voller F. L'Europa tra culture del bere e politiche di controllo alcolologico. Newsletter "Clinica dell'Alcolismo" 2015 V, 20: I-VIII - Mission 44: 31-38.
 4. Allamani A, Beccaria F, Einstein S. Commentary on the Limits of Alcoholic Beverage Policies. *Alcohol and Alcoholism* 2017; 52(6):706-714. DOI: 10.1093/alcalc/agx048.
 5. Anderson P, Møller L, Galea G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2012.
 6. Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe. A public health perspective. London: Institute of Alcohol Studies, 2006.
 7. Apostolopoulos Y, Lemke MK, Barry AE, Lich KH. Moving alcohol prevention research forward—Part II: new directions grounded in community-based system dynamics modeling. *Addiction* 2017, doi: [10.1111/add.13953](https://doi.org/10.1111/add.13953).
 8. Babor TF, Caetano R, Casswell S, et al. Alcohol: no ordinary commodity, Research and public policy, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press 2010.
 9. Buscema PM. Squashing Theory: a Prediction Approach for Drug Behavior. *Drug and Society* 1995;8, 3.-4: 103-109.
 10. Bloomfield K, Wicki M, Gustafsson N-K, Mäkelä P, Room R. Changes in Alcohol-Related Problems after Alcohol Policy Changes in Denmark, Finland, and Sweden *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 2010; 71(1): 32-40.
 11. Bruun K, Edwards G, Lumio M, et al. Alcohol control policies in public health perspective. The Finnish Foundation for Alcohol Studies 1975, Volume 25, Forssa.
 12. Callinan S, Room R, Livingston M. Changes in Australian attitudes to alcohol policy: 1995-2010. *Drug and Alcohol Review* 2014; 33: 227-234.
 13. Cipriani F, Prina F. The Research Outcome: Summary and Conclusions on the Reduction in Wine Consumption in Italy, in F. Beccaria, A. Allamani (a cura di), Changes in the Consumption of Alcoholic Beverages in Italy: Studies of the Decrease in Consumption between the 1970s and the 2000s, in: *Contemporary Drug Problems* 2007; 34, 2: 361-378.
 14. CNAPA Committee on National Alcohol Policy and Action [Action Plan \(2014\) Youth Drinking and on Heavy Episodic Drinking \(Binge Drinking\) \(2014-2016\)](#), 16.09.2014
 15. Connor J. Alcohol consumption as a cause of cancer. *Addiction* 2016; 112: 222-228. doi: 10.1111/add.13477.
 16. Feller W. An Introduction to Probability Theory and Its Applications; Vol 1, 3rd Ed, Taiwan: Wiley and Sons, 1968.

17. Giesbrecht N, Wettlaufer A, Cukier S, Geddie G, Gonçalves A-H, Reisdorfer E. Do alcohol pricing and availability have differential effects on subpopulations? A commentary. *International Journal of Alcohol and Drug Research* 2016; 5(3): 89-99.
18. Hill AB. The environment and disease: association or causation? *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1965; 58: 295-300.
19. Ioannidis JPA. Why most published research findings are false. *PLoS Med* 2005; 2(8): e124.
20. Holder DH, Reynolds R. Alcohol policy and community action: Experiences from a national prevention trial to reduce alcohol problems. In: *Community action to prevent alcohol problems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1999. pp 78-89
21. Jiang H. and Room R. The many facets of alcohol policy. *International Journal of Alcohol and Drug Research* 2016; 5(3): 85 - 87.
22. Kerr WC, Patterson D, Koenen MA, Greenfield TK. Large drinks are no mistake: Glass size, but not shape, affects alcoholic beverage drink pours. *Drug and Alcohol Review* 2009; 28(4): 360-365.
doi: [10.1111/j.1465-3362.2009.00056.x](https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00056.x)
23. Lindbladh E, Hanson BS. A critical analysis of different leadership approaches to community health work in Kirserberg, Sweden. *Health Promotion International* 1993; 8,4: 291-297.
24. McLeod J, Gell L, Holmes J, et al. Determinants of transition from harmful to low-risk substance use and gambling. In: Gell L, Bühringer G, McLeod J, et al. eds *What determines harm from addictive substances and behaviours?* Oxford: Oxford University Press, 2016. pp. 114-155.
25. Meier PS, Holmes J, Angus C, Ally AK, Meng Y, Brennan A. [Estimated effects of different alcohol taxation and price policies on health inequalities: A mathematical modelling study](#). *PLOS Medicine* (2016): 13 (2), e1001963.
26. Moskalewicz J. Common evidence base and monitoring. In: Anderson P., Møller P. & Galea G. (2012) *Alcohol in the European Union*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012. pp. 111-117.
27. Narduzzi S, Pirastu R, Zeka A, Ancona C. Association or causation in miasmas and mixtures: Bradford Hill and beyond. *Epidemiologia e Prevenzione* 2017; 41 (1) 9-10.
28. Nelson J. P. (2010) Alcohol advertising bans, consumption, and control policies in seventeen OECD countries, 1975-2000. *Applied Economics*, 42, 803-823.
29. Nelson JP, McNall A. [What Happens to Drinking and Harms When Alcohol Policy Changes? A Systematic Review of Five Natural Experiments for Alcohol Taxes, Prices, and Availability](#). Social Science Research Network 2015, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2612580>.
30. Nelson JP, McNall A. Alcohol prices, taxes, and alcohol-related harms: A critical review

- of natural experiments in alcohol policy for nine countries. *Health Policy* 2016; 120, 3: 264-272 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.018>
31. Nordlund S, Østhus S. What is alcohol abuse? Attitudes to drinking in seven European Countries. *Addiction Research and Theory* 2013; 21(5), 402-409.
 32. OECD. *Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy*, OECD publishing 2015. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264181069-en>
 33. Oetting ER, Jumper-Thurman P, Plested B, Edwards RW. Community Readiness and Health Services. *Substance Use and Misuse* 2001; 36,6-7: 825-843.
 34. Pan American Health Organization. [Technical Note: Background on Alcohol Marketing Regulation and Monitoring for the Protection of Public Health](#). Washington, D.C: PAHO, 2017
 35. Peele S. Alcohol as evil - Temperance and policy. *Addiction Research and Theory* 2010; 18(4): 374-382.
 36. Poikolainen K. (2016) The weakness of stern alcohol control policies. *Alcohol & Alcoholism* 51:93-7.
 37. Rehm J, Lachenmeier DW, Room R. [Why does society accept higher risk for alcohol than for other voluntary or involuntary risks?](#) *BMC Medicine* 2014;12:189
 38. Room R. Alcohol, the individual and society: what history teaches us. *Addiction* 1997; 92:S7-S11.
 39. Room R. Effects of alcohol controls: Nordic research traditions. *Drug and Alcohol Review* 2001; 23: 43- 53.
 40. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005; 365: 519-30.
 41. Rothman KJ, Greenland S, Poole C, Lash TL. Causation and causal Inference. In K. J. Rothman, S. Greenland, and T. L. Lash (eds.), *Modern Epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2008. pp. 5-31.
 42. Sornpaisarn B, Shield KD, Österberg E, Rehm J, editors *Resource tool on alcohol taxation and pricing policies*. Geneva: World Health Organization, 2017.
 43. Starr C. Social benefit versus technological risk. *Science* 1969; 165:1232-8.