

✘ Allaman Allamani

A proposito di politiche di prevenzione del bere. Il governo inglese si sarebbe piegato agli interessi dell'industria rinunciando a porre un prezzo minimo sulle bevande alcoliche. Le misure di politica alcologica proposte per contrastare i danni correlati al bere e all'abuso del bere sono condizionate dalla cultura del bere in cui i ricercatori e i decisori politici sono immersi.

L'articolo del giornalista Jonathan Gornall sulla rivista *British Medical Journal*, uscito nel gennaio di quest'anno, è di particolare interesse perché porta l'attenzione dei lettori sui problemi connessi al bere, sulle relative politiche di prevenzione, sulla loro evidenza scientifica, e sul conflitto tra gli interessi dell'industria e quelli della collettività, rappresentati dal governo e dalle sue capacità decisionali riguardo la salute della popolazione (Gornall, 2014). Sono temi sensibili per l'opinione non solo dei medici britannici, ma certamente anche di quelli italiani, nonché dell'opinione pubblica del nostro paese.

Secondo Gornall l'impegno di introdurre la strategia di un *prezzo minimo* per le bevande alcoliche, che il governo britannico aveva preso nel marzo 2012 quale strategia di prevenzione dei danni alcol-correlati, e in seguito disatteso almeno per quanto riguarda l'Inghilterra, sarebbe dovuto a una scelta governativa che avrebbe ignorato i bisogni di salute della cittadinanza per favorire gli interessi dell'industria della produzione e distribuzione delle bevande alcoliche.

La strategia del prezzo minimo ("*minimum price*") è una misura alternativa a quella dell'incremento delle tasse, e avrebbe il vantaggio di eliminare le incertezze insite nel passaggio tra aumento della tassazione e conseguente aumento del prezzo. Nella proposta inglese segnalata da Gornall, verrebbe fissato un prezzo minimo per ogni unità di alcol pari a 40 pence, cioè 0,48€, per ogni 10 grammi di alcol. Un litro di birra, se a 4 gradi, non potrebbe essere venduta a meno dell'equivalente di 1,5 €; se a 8 gradi, a meno di 3 €;

una bottiglia bordolese (750 cl) di vino a 12°, avrebbe un prezzo minimo di circa 3,6 € e una bottiglia da 75 cl di whisky sarebbe pagata al minimo 12 €.

Il prezzo minimo costituirebbe un deterrente per chi acquista bevande a basso prezzo - e cioè i soggetti e le comunità meno abbienti, in cui è presumibile che siano maggiormente diffusi i danni alcol-correlati, il che qualificherebbe però questa azione preventiva come discriminatoria per reddito.

Secondo i suoi promotori tale strategia otterrebbe comunque una notevole riduzione del bere nella popolazione. Estrapolando per l'Inghilterra i risultati di un'analisi teorica effettuata dagli economisti sanitari di Sheffield (Meier e coll., 2010), e di una recente sperimentazione effettuata in Canada (Stockwell e coll., 2012), si poteva prevedere una riduzione di 900 decessi alcol-correlati per anno e 50.000 crimini entro la fine del decennio.

L'idea è promettente, ma come spesso succede nel campo della prevenzione alcolologica, sorgono problemi di metodo e di applicabilità, nonché di interpretazione dei risultati, che ci devono far soppesare la applicabilità delle strategie.

Anzitutto, al di là della novità e interesse che possono stimolare tali misure, quale è l'efficacia dimostrata delle politiche del prezzo minimo? Gli stessi ricercatori di Sheffield sostengono che anche se esse hanno effetto sui bevitori con danni alcol-correlati più che sui bevitori senza danni, non è noto quanto influiscano su gruppi di reddito e condizioni socio-economiche differenti. Inoltre, in generale, il rapporto tra prezzo e consumo delle bevande non è un coefficiente costante, cioè il consumo di alcune bevande - solitamente di quelle tradizionali in un dato paese - si modifica in modo meno elastico rispetto ad altre (Österberg, 2012). Un'ulteriore prudenza viene incoraggiata se consideriamo l'insieme delle ricerche di questi anni, che in qualche caso non confermano l'efficacia delle politiche alcolologiche dei prezzi (vedi la ricerca AMPHORA-3, promossa dall'Unione Europea, Allamani e coll., 2014).

In genere le misure di politica alcolologica introdotte nei paesi per contrastare i danni correlati al bere e all'abuso del bere sono colorate da molta ideologia, che a sua volta è condizionata dalla cultura del bere in cui i ricercatori e i decisori politici sono immersi. Così, da tempo è stata rilevata la fondamentale differenza tra il bere dei paesi dell'Europa mediterranea e quelli dell'altra Europa: nei primi la bevanda alcolica - principalmente vino, ma anche birra - è stata da sempre consumata, secondo tradizione, in quantità limitata e quasi ogni giorno, come parte del pasto, mentre in molti altri paesi del Nord e dell'Est la bevanda - spiriti e birra - è stata considerata come sostanza inebriante, di regola consumata fuori pasto in quantità notevoli, il fine settimana e nel

tempo libero (Lolli, 1959 ; Sulkunen, 1989). Gli studi degli ultimi anni hanno confermato che queste differenze tendono a persistere nonostante l'attuale globalizzazione della società, e hanno inoltre chiarito che la socializzazione al bere nel sud in genere consiste nell'assaggio di piccole quantità di vino in epoca pre-adolescenziale e in un contesto familiare, e nel nord tipicamente da una intossicazione durante l'adolescenza e in un contesto tra pari (Beccaria, 2010; Strunin, 2010; Kuntsche , 2013) . Questi diversi modi di bere, che soddisfano bisogni e piaceri diversi, portano anche a diverse conseguenze dannose, consistenti frequentemente a danni biologici nel sud, e a problemi sociali nel nord (AMPHORA, 2013).

Negli ultimi 50 anni alcuni fattori socio-demografici ed economici che si associano significativamente ai cambiamenti del bere, quali urbanizzazione, reddito , e cambiamento del ruolo femminile nella società, e che sono cresciuti in modo simile in tutta Europa, hanno però indotto effetti opposti sulla quantità di consumo di bevande alcoliche e sulle morti per malattie del fegato, correlate al consumo, secondo le aree geografiche: aumento al Nord e al Centro , diminuzione nel Mezzogiorno. Allo stesso tempo, le misure restrittive di politica alcolologica sono state introdotte nei paesi del sud solo tardivamente e quando già l'andamento dei consumi era in decrescita (a partire dagli anni '70-'80), mentre negli altri paesi le misure preventive sono state generalmente attuate fin dagli anni '60 con un modello oscillante tra il permissivo e il restrittivo, e con risultati non omogenei in termini di riduzione del consumo di bevande alcoliche e di morti alcol-correlate (Allamani e coll., 2014). **Ciò deve renderci attenti al fatto che anche quando appaiono efficaci, i programmi preventivi di un paese e di una cultura non si possono applicare ad un'altra, se non tenendo conto delle rispettive specificità.**

In ogni caso, l'evidenza che dal punto di bere esistono due o più Europee , e non una sola, chiede la rivisitazione delle linee guida di prevenzione alcolologica europea, finora costruite su una prospettiva nord-centrica, in favore di linee guida diversificate e sensibili alle culture e necessità dei vari paesi e regioni. Specifiche politiche sull'alcol dovrebbero essere adattate ai diversi sottogruppi di popolazione, come i giovani, gli anziani, gli immigrati. Naturalmente, ciò non esclude che non debbano essere prese alcune azioni specifiche per l'intera Europa.

Infine, l'articolo di Gornall si spende nell'affermare l'interesse precipuo che dobbiamo tenere verso la salute della popolazione, rispetto agli interessi di altri settori, quali quelli dei produttori di bevande alcoliche. Nella descrizione che Gornall fa dell' interazione triangolare di un governo a cui si rivolgono gli esponenti della salute pubblica, e gli industriali, questi ultimi mostrano sia grandi mezzi economici sia valori bassi e utilitaristici. In tale interazione il governo cede agli attori portatori dei valori imperanti dell'economia, e ciò spiega perché la misura preventiva ritenuta utile per i

cittadini non sia stata introdotta in Inghilterra. Se tuttavia un appunto si può portare a questa descrizione, dove diversamente che nella storia biblica il piccolo Davide della salute è visto soccombere al potente Golia del guadagno, è sulla sua semplificazione. Da un lato si potrebbe infatti asserire che anche i ricercatori, e coloro che si occupano di prevenzione, possono essere naturalmente condizionati da propri aspetti utilitaristici, quali il perseguimento di risultati paganti in termini di carriera e di prestigio. **Dall'altro è forse tempo che il settore della salute pubblica persegua con sempre maggior costanza la ricerca e la dimostrazione dell' efficacia e utilità delle sue raccomandazioni, con le quali può presentarsi più armato a sostenere un confronto sui dubbi e le argomentazioni della controparte.**

Allaman Allamani, psichiatra, già coordinatore del Centro Alcolologico dell'Azienda Sanitaria di Firenze

Bibliografia

1. Allamani A, Voller F, Baccini M, Massini G, Pepe P. Europe. An analysis of changes in the consumption of alcoholic beverages: the interaction between consumption, related harms, contextual factors and alcoholic beverage control policies. *Substance Use & Misuse* 2014; forthcoming.
2. AMPHORA Workpackage3 (2013). [Report of an analysis of European alcohol-related cultural, social and policy interactions and their impact on alcohol consumption and alcohol-related harm](#) [PDF: 10 Mb]
3. Beccaria F. Drinking styles of the young generations: twenty years' qualitative research. *Salute e Società* 2010; suppl. IX (3):58-78. (English version). DOI: 10.3280/SES2010-SU3005-ing, 1: 21.
4. Gornall J. Under the Influence. *BMJ* 2014; 348:f7646 doi:10.1136/bmj.f7646
5. Kuntsche E, Rossow I, Simons-Morton B, Bøgt T, Kokkevi A, Godeau E. Not early drinking but early drunkenness is a risk factor for problem behaviors among adolescents from 38 European and north American countries. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 2013;37(2): 308-314.
6. Lolli G, Serianni E, Golder GM, Luzzatto-Fegiz P. Alcohol in Italian culture: food and wine in relation to sobriety among Italians and Italian Americans. Glencoe, ILL: Free Press, 1959
7. Österberg E. Pricing of alcohol. In: Anderson P, Møller L, Galea G. Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: WHO (Regional Office for Europe), 2012 (96-102).

8. Meier PS, Purshouse R, Brennan A. Policy options for alcohol price regulation: the importance of modelling population heterogeneity. *Addiction* 2010;105(3):383-393
9. Stockwell T, Auld MC, Zhao J, Martin G. Does minimum pricing reduce alcohol consumption? The experience of a
10. Canadian province. *Addiction* 2012; 107(5): 912-920.
11. Strunin L, Lindeman K, Tempesta E, Ascani P, Anav S, Parisi L. Familial drinking in Italy: Harmful or protective factors? *Addiction Research and Theory* 2010; 18(3): 344-358.
12. Sulkunen P. Drinking in France 1965-1979. An analysis of household consumption data. *British Journal of Addiction* 1989; 84:61-72.