

I complessi rapporti tra alcolismo e povertà

di Gaspare JEAN*

INTRODUZIONE

Il rapporto tra alcolismo e povertà è bene esemplificato dalla diatriba scoppiata nei primi anni del '900 all'interno del partito socialista italiano: Zerboglio (1), di ispirazione positivista, sosteneva che l'alcolismo era causa di miseria, di diminuzione del senso morale, di parassitismo sociale; era quindi necessario intervenire su questa condizione con provvedimenti sociali e sanitari. Colaiani (2) interpretava invece i fenomeni di patologia sociale all'interno dell'ambiente sociale stesso, ispirandosi interamente ad Engels (3) che pensava che l'abuso di alcolici fosse un mezzo con cui le classi subalterne "anestetizzavano" le loro sofferenze; bisognava quindi lottare per l'eguaglianza per poter ridurre l'incidenza di alcolismo.

Coerentemente col pensiero positivista di Lombroso (4), Zerboglio aveva proposto un progetto di legge (che oggi giudicheremmo molto avanzato) di lotta all'alcolismo; si proponeva azioni di prevenzione (ridurre il numero delle osterie), cure di disintossicazione e interventi di riabilitazione, in stabilimenti sanitari simili ai pelagrosari e ai sanatori; Giolitti però era contrario che "gli ubriacconi mangiassero a sbafo", così che, alla fine, della proposta Zerboglio è stata accettata solo la riduzione delle osterie a non più di una /1000 abitanti.

Anche la Confindustria era preoccupata della diffusione dell'alcolismo tra i lavoratori, tanto che in una audizione alla Camera del 1910, pur riconoscendo che i salari erano al limite della sussistenza si sosteneva che era inutile aumentarli perché questo "andava a solo vantaggio degli osti". Però, l'atteggiamento dei propieta-

ri agricoli era diverso, dato che il vino era usualmente conteggiato come parte del salario dei braccianti (5).

Da questi esempi si vede che si dava come accertato e non discutibile il dato che l'alcolismo era causa ed effetto di povertà e delle sue conseguenze; ma era proprio così e soprattutto lo è ancora oggi?

METODO

In accordo con Cottino (6) si distinguono tre periodi in cui lo stile del bere italiano assume caratteristiche peculiari in rapporto al contesto ambientale e culturale e alla legislazione vigente: *il periodo di nascita e successivo consolidamento della industrializzazione, il periodo fascista, il periodo successivo alla seconda guerra mondiale.*

Forse alla luce delle modificazioni socio-economiche di questi ultimi decenni, questa periodizzazione non appare del tutto consona, ma i dati da analizzare sono più facilmente raggruppabili seguendo questa metodologia consolidata.

In ciascun periodo si analizzano i consumi di bevande alcoliche, i problemi e le patologie alcol-correlate (PPAC), le morti alcol-correlate (MAC); questi dati vengono messi in relazione con la situazione socio-economica. Si deve tuttavia premettere che questi parametri considerati sono spesso disomogenei o mancanti; infatti solo recentemente disponiamo di alcuni dati che prendono in considerazione redditi o livello di istruzione o situazione abitativa (centro città o periferia) e "potus" o PPAC, secondo metodologie usate da quegli studi epidemiologici che analizzano i determinanti sociali quali cause aggravanti di varie patologie.

*Medico internista, già Primario ospedaliero. Medicina Democratica, sezione di Milano e provincia.

PERIODO DELLA INDUSTRIALIZZAZIONE DEL NORD ITALIA

1. - Consumi di bevande alcoliche e caratteristiche del "potus" (compulsione al bere).

Nella Tabella 1 tratta da Casacchia (7) si riportano i consumi di alcolici /pro-capite/anno in Italia dal 1891 al 1920 (medie di un quinquennio).

Oltre al netto predominio del consumo di vino, si nota che il suo consumo è maggiore nei periodi di maggior benessere economico (belle époque), mentre diminuisce con la crisi del 1890 e con la I^a guerra mondiale; il consumo di superalcolici, quasi esclusivo delle classi agiate, non subisce variazioni durante la crisi del 1890 ma solo con la guerra di Libia e I^a guerra mondiale.

Va peraltro ricordato che le classi meno agiate bevevano prevalentemente vinello (5), ottenuto dalla rifermentazione delle vinacce e che nei comuni agricoli italiani più poveri (8, 9) non si beveva che acqua (con eccezione della provincia di Sondrio). Le classi più agiate bevevano vino spillato, di più elevata gradazione alcolica; verosimilmente anche la birra era bevuta nelle famiglie agiate (non si trova descritto che si consumava nelle osterie).

In Italia settentrionale, questo periodo si caratterizza per il massiccio inurbamento della popolazione agricola per lavorare nelle fabbriche prevalentemente ubicate nelle città; questo esodo è stato favorito dalla trasformazione della agricoltura, da estensiva in intensiva, con conseguente riduzione della mano d'opera sostituita da cavalli e dalle prime macchine agricole (10); l'osteria allora permetteva di ricostruire un ambiente simile a quello che era la corte della cascina. Era un luogo di

aggregazione, anche usato da attivisti politici e sindacali per propaganda; all'inizio del '900 il PSI però si avvicinò ai movimenti di "temperanza" (6) avendo toccato con mano i guai portati dall'uso eccessivo di vino (oltre che danni per la salute, risse, gioco d'azzardo, furti).

Si riporta che quando succedeva un reato in un quartiere di Milano, la polizia per prima cosa, interrogava i clienti delle osterie del quartiere.

2. - Uso del vino tra gli alunni delle scuole elementari

La Federazione antialcolistica italiana (11) ha analizzato il consumo di vino tra 13.276 alunni delle scuole elementari di Milano dal 1894 al 1908, mettendo a confronto scuole di periferia e del centro; distingue così scuole frequentate prevalentemente da figli di operai, di semicampagnoli, di impiegati e di benestanti. Nella Tabella 2 si riporta il riassunto di queste dettagliate osservazioni.

Si nota che gli alunni astemi sono più numerosi nelle famiglie meno agiate, in quanto il poco vino a disposizione veniva bevuto da chi faceva i lavori più faticosi; questo apparentemente contrasta con la maggior percentuale di alunni bevitori fuori pasto e di episodi di ubriachezza tra gli alunni provenienti da famiglie disagiate; questo viene spiegato col fatto che gli alunni nelle famiglie povere sono meno controllati a causa delle numerose ore lavorative trascorse fuori casa dagli adulti.

3. - Alcolismo e Carcere

Fino ai primi anni del '900 (5, 9) gli ubriachi, trovati per strada, venivano indiffe-

Tabella 1. - Andamento dei consumi di bevande alcoliche dal 1891 al 1920

Quinquennio	Vino l/capite/anno	Birra l/capite/anno	Superalcolici l/capite/anno	Alcol puro l/capite/anno
1891-1895	93,5	0,5	1,22	12,77
1896-1900	91,8	0,6	1,15	12,53
1901-1905	114,2	0,8	1,34	15,55
1906-1910	128,6	1,6	1,02	17,29
1911-1915	127	2,1	0,32	15,44
1916-1920	93,5	1,9	0,63	11,59

rentemente portati in carcere o in ospedale a seconda dei posti disponibili. Il ricovero ospedaliero di queste persone era naturalmente mal visto e sopportato dai medici, tanto che il Direttore dell'ospedale Maggiore di Milano, Dr Verga, aveva protestato presso la questura chiedendo che gli ubriachi fossero solo portati in carcere.

La legge (Codice Zanardelli) puniva l'alcolismo "*molesto e ripugnante*"; quindi erano soprattutto i frequentatori di osterie e non chi si ubriacava in casa o in luoghi protetti ad essere causa di scandalo e molestie. Questa concezione si accordava col senso comune di allora, che non biasimava tanto lo stato di ebbrezza quanto la persona che non sapeva reggere l'alcol, considerata poco virile, debole, ingenua.

Le statistiche carcerarie italiane (12) segnalano che il numero maggiore di carcerati proveniva da quel proletariato urbano, strappato di recente alle campagne, cioè la stessa popolazione che affollava le osterie. *(La situazione non è molto evoluta se pensiamo che anche oggi il sovraffollamento delle carceri è imputabile a immigrati e tossicodipendenti!).*

Il codice Zanardelli assimilava l'alcolista ad un infermo di mente: chi commetteva un reato in stato di ubriachezza aveva diritto ad una riduzione di pena a meno che si fosse ubriacato volutamente per compiere quel reato; inoltre l'alcolista cronico che commetteva un crimine era considerato incapace di intendere e volere e, come tale, non soggetto a pene carcerarie ma a misure di sicurezza, tra cui il divieto di frequentare osterie.

In quegli stessi anni la scuola di Lombroso (4) aveva prodotto numerosi saggi e ricerche per associare alcolismo cronico, pericolosità sociale e violenze; all'origine del

suo pensiero stava l'idea che ogni devianza mentale fosse spiegabile in termini antropologici ed evoluzionistici; il folle non sarebbe altro che un essere umano regredito nella scala evolutiva, impossibilitato a dominare la sua impulsività; se compie un crimine va allontanato dalla società. Per questi motivi Lombroso è stato un propugnatore dei manicomi criminali, anche se in alcuni scritti ne criticava i metodi di contenzione e di punizione.

Nella seconda metà del XIX secolo si progettarono i primi manicomi criminali in cui erano internati psicotici, alcolisti, sordomuti, tutti considerati socialmente pericolosi; gli alcolisti erano intorno al 15% di tutti gli internati (13). L'internamento avveniva dopo perizia di uno psichiatra, su richiesta del giudice; dopo 2 anni una seconda perizia psichiatrica decideva se sussistevano i presupposti di pericolosità sociale; in caso affermativo il poveretto poteva essere internato a vita in manicomio criminale.

Queste misure sono state fonte di pesanti arbitrarietà; in effetti il manicomio criminale era utilizzato soprattutto come mezzo di controllo sociale che si esercitava anche su persone il cui rendimento lavorativo non era adeguato alle aspettative del padrone o in "*odore di sovversivismo*".

Questa situazione di inciviltà è perdurata con poche modifiche fino ai nostri giorni, né è stata sensibilmente modificata dalla trasformazione dei manicomi criminali in manicomi giudiziari e successivamente in ospedali psichiatrici giudiziari.

L'abolizione degli OPG prevista per il 31.03.2015 trova numerose resistenze per il perdurare di preconcetti che associano alcol dipendenza, tossicodipendenza, psicopatie a violenza e pericolosità sociale (13).

Tabella 2. - Consumo di vino tra gli alunni delle scuole elementari di Milano (1894 – 1908)

Provenienza da famiglie:	% alunni astemi	% bevitori ai pasti	% bevitori fuori pasto	% ubriachezza in un anno
Operaie	17,46	82,44	33,14	26,56
Semicampagnole	16,90	83,11	38,20	24,56
Impiegate	15,50	84,50	21,12	12,00
Benestanti	12,11	87,89	9,16	1,89

4. - Morbilità e mortalità alcol-correlate

Solo dopo la seconda guerra mondiale si possono avere dati più sicuri circa la mortalità alcol-correlata; infatti certificati di morte dei primi decenni del '900 riportavano spesso la diagnosi di idropisia (denominazione allora usata per indicare condizioni caratterizzate da edemi diffusi), confondendo casi di scompenso cardiaco, cirrosi, nefrosi.

I dati più certi vengono dai manicomi in cui si ricoveravano gli etilisti con la diagnosi di "frenosi alcolica"; il numero di questi ricoveri appare nettamente aumentato con la industrializzazione: si passa da 435 ricoveri in media negli anni 1883-87 a 844 nella seconda metà del decennio 1890 a 2047 negli anni 1905-1909 (5, 14).

La legge manicomiale del 1904 accentuava gli obiettivi custodialistici rispetto a quelli terapeutici dei ricoveri psichiatrici; il lavoro in officina rispetto al lavoro nei campi esigeva più precisione, puntualità, rispetto delle regole; chi non si ambientava a queste esigenze veniva sempre più marginalizzato fino al ricovero manicomiale.

Nelle fabbriche le assenze erano particolarmente frequenti il lunedì, come sottolinea una inchiesta fatta dal "Patronato di temperanza" a Milano (9).

Studi frammentari su singoli manicomi (5, 9) evidenziano che la maggior parte degli alcolisti ricoverati proviene dalle città; indubbiamente giocano vari fattori tra cui fenomeni di spaesamento, e di maggior tolleranza nei confronti degli ubriachi nelle campagne.

La legge manicomiale del 1904 dava ampio spazio alle Province nel regolamentare i ricoveri psichiatrici; si configurava così il valore simbolico dello Stato che assumeva il ruolo di "castigamatti" nei confronti di chi non si uniformava alle regole del gioco; da

qui la complementarità manicomio-carcere.

Le statistiche del manicomio di Mombello (9, 14, 15) analizzano anche la condizione lavorativa dei ricoverati; a fine '800 tra gli uomini prevalevano i meccanici, gli operai generici, i garzoni, ecc; nessun paziente maschio era classificato come "impiegato"; tra le femmine erano predominanti le categorie sociali delle casalinghe, delle fante-sche, delle cucitrici, etc., mentre veniva nascosto il mestiere di prostituta anche se osservazioni dell'epoca evidenziavano numerosi episodi di ubriachezza molesta tra le prostitute (5).

B) - PERIODO DEL FASCISMO

Nella Tabella 3 sono riportati i consumi di alcolici negli anni del ventennio fascista (durante gli anni della guerra i dati sono mancanti) (7).

Si nota che nel primo decennio del fascismo i consumi sono aumentati fino a raggiungere quasi i consumi registrati nei primi 10 anni del '900; in seguito i consumi sono diminuiti per varie ragioni:

- la crisi del 1929 si era fatta sentire anche in Italia, anche se temperata da un notevole intervento pubblico in economia (IRI);
- la guerra d'Etiopia e le conseguenti Sanzioni del 1936 avevano diminuito i consumi interni;
- le trasformazioni di molti ettari di vigneti in campi cerealicoli (battaglia del grano);
- l'azione di contrasto al bere esercitata dal fascismo sia come fattore di indebolimento della razza, sia per il contrasto all'apertura di osterie, considerate luoghi in cui "si parlava male del governo".

Sottolineo in particolare le sanzioni che portano sempre ad un impoverimento delle

Tabella 3 - Consumi di alcolici litri/capita/anno

Periodo	Vino	Birra	Superalcolici	Alcol puro
1921-1925	111,1	3,60	0,72	13,79
1926-1930	109,9	2,90	0,55	13,58
1931-1935	90,7	1,10	0,24	11,76
1936-1940	84,2	1,41	0,25	10,28

classi subalterne.

Il codice Rocco aumentava le pene previste per chi commetteva un reato in stato di ubriachezza e puniva l'ubriachezza in luogo pubblico anche se non era particolarmente molesta.

Come nel periodo precedente le carceri erano affollate di persone dedite all'alcol. I ricoveri manicomiali dovuti ad alcolismo (9, 14) nel 1939 erano raddoppiati rispetto al decennio 1920-29: da 3.300 a quasi 6.000; evidentemente le considerazioni fatte sul significato anche simbolico del manicomio nel periodo precedente (titolarità dello Stato nel castigare i matti) erano ancora più accentuate durante il fascismo (15), tanto che il Ministero dell'interno chiedeva informazioni sugli antifascisti ricoverati.

Negli anni del fascismo i medici hanno rivolto maggiore attenzione agli aspetti cronici dell'alcolismo, piuttosto che quelli propri della intossicazione acuta; veniva così riconosciuto il ruolo dell'alcol non solo come causa ma anche come aggravante di molte malattie mentali.

La disponibilità di cibo era scarsa: Gramsci (16) cita uno studio del 1929 del Prof. Foà secondo cui il cibo a disposizione era di 909.800 Kcal/anno/capite (contro 1 milione 360 mila in Francia, 1 milione 800 mila in USA); un bracciante meridionale aveva a disposizione solo 2/5 del fabbisogno kalori-

co necessario per un lavoro di media intensità. Persisteva peraltro la fantasia del valore nutrizionale del vino specie per chi faceva lavori pesanti, in sintonia a quanto affermavano i primi medici del lavoro (17). Gli imprenditori agricoli preferivano dare parte del salario come vino (vinello) invece che denaro aggravando così lo stato di indigenza delle masse contadine.

C) - PERIODO POST-BELLICO E "GLOBALIZZAZIONE DEI CONSUMI"

Come detto precedentemente considero unitamente gli anni del dopoguerra e quelli della globalizzazione neoliberista per aderenza alla letteratura sull'argomento (6) anche se questo periodo appare molto disomogeneo, distinguendosi un primo periodo, fino a metà anni '70 caratterizzato da un aumento del consumo di alcol e uno di notevole calo dei consumi che vede l'Italia collocarsi tra i paesi più sobri d'Europa (Tabella 4).

Con l'aumento del PIL/capite degli anni '60 si ha un aumento del consumo di tutte le bevande alcoliche fino a raggiungere un massimo tra il 1960 e il 1970 di quasi 20 litri di etanolo/capite/anno; in seguito i consumi diminuiscono soprattutto a carico del vino e superalcolici, mentre la birra continua il suo trend in salita.

Anche la qualità, soprattutto del vino, cam-

Tabella 4. – Andamento dei consumi delle bevande alcoliche dal 1951 al 2005

Quinquennio	Vino l/capite/anno	Birra l/capite/anno	Superalcolici l/capite/anno	Alcol totale l/capite/anno
1951-1955	90,30	3,20	0,85	13,63
1956-1960	107,00	4,00	1,40	16,64
1961-1965	108,00	8,50	1,50	19,58
1966-1970	98,00	9,20	1,60	19,56
1971-1975	108,80	12,05	1,80	15,35
1976-1980	98,45	9,70	1,85	14,35
1981-1985	84,00	19,30	1,60	12,45
1986-1990	68,75	23,25	1,00	10,35
1991-1995	59,60	25,30	0,90	9,42
1996-2000	56,40	26,00	0,90	9,70
2001-2005	53,80	27,80	0,85	8,70

bia; il vino da tavola viene sostituito progressivamente dal vino in bottiglia, che assume anche il ruolo di status symbol; vini di poco valore vengono venduti in contenitori di carta a prezzi davvero bassi, fenomeno questo peraltro non privo di conseguenze negative per gli alcol dipendenti.

E' interessante notare che questa diminuzione dei consumi precede sia la legge 125/2001 (Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcol-correlati) sia il nuovo codice della strada (2010) sia le azioni di prevenzione che varie Regioni avevano messo in atto alla fine degli anni '80 precedendo la legge nazionale.

In ambito legislativo assume particolare importanza il codice della strada (L.120/2010) che fissa il limite di 0,50 g/l di alcolemia per definire la guida in stato di ebbrezza e soprattutto esige che i neopatentati non devono bere per poter guidare; anche le pene per chi provoca un incidente in stato di ebbrezza sono aumentate.

Una così brusca e cospicua diminuzione dei consumi soprattutto di vino va ascritta:

- alle profonde modificazioni del contesto socio-economico delle campagne: l'uso di sempre più complesse macchine agricole obbliga l'agricoltore ad essere in buone condizioni fisico-psichiche;

- alla diffusione di mense aziendali e all'abitudine di assumere il pranzo in trattoria vicino al luogo di lavoro; l'abitudine di utilizzare bottigliette di ¼ di litro di vino nelle mense aziendali perdura solo agli inizi degli anni '80;

- l'evoluzione dei consumi alimentari, tra cui il "superconsumo" di acque minerali e di altre bevande non alcoliche;

- la diffusione di stili di vita "salutistici" e la consapevolezza che l'alcol per il suo alto contenuto calorico può essere causa di obesità e di disestetismi; verosimilmente l'azione preventiva auspicata dalla legislazione in

atto e attuata da numerosi SerT ha rafforzato questa consapevolezza.

Con il nuovo millennio le ricerche epidemiologiche sull'alcolismo si sono modificate; si insiste non tanto sugli aspetti quantitativi del bere ma su quelli qualitativi; l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha individuato tre modalità di "potus" a rischio (18, 19.):

1) - *ragazzi di 11-17 anni*; il 12 % ha comportamenti a rischio (14,1% maschi, 8,4% femmine); l'uso a questa età pone le basi non solo di consumi elevati in età più avanzate, ma anche di altre dipendenze (20). In queste età lo sviluppo dei circuiti cerebrali tra corteccia frontale e strutture nervose limbiche può essere alterato (21) così che l'impulsività e la capacità di prendere decisioni vengono modificate per tutta la vita con rischio di dipendenze e disturbi comportamentali;

2) - *anziani* ; il 43% degli uomini e il 10,9% delle donne ha comportamenti a rischio; per alcuni si tratta di continuare un abuso perdurante tutta la vita, per altri l'abuso è iniziato dopo il pensionamento; la bevanda predominante è il vino che viene bevuto sia ai pasti sia fuori, spesso per ragioni di convivialità e socializzazione. In altre parole tra la popolazione anziana prevale il tipico bere dello stile mediterraneo;

3) - *il binge drinking* (bere più di 5 bicchieri di alcolici in breve tempo) prevale tra le persone di 18-24 anni (22,8% dei maschi e 8,4% delle femmine); il tempo permetterà di vedere se queste persone continueranno questo comportamento a rischio nell'età più adulta o assumeranno un "potus" simile agli attuali ultrasessantacinquenni.

Nella Tabella 5 che segue sono riportate le variazioni delle percentuali delle persone (maschi e femmine) a rischio di PPAC (Patologie e Problematiche AlcolCollerate).

Tabella 5. – Soggetti a rischio, maschi e femmine, nel periodo 2007 - 2013

Anno	% Maschi a rischio	% Femmine a rischio
2007	26,5	7,8
2008	25,4	7,0
2009	25,0	7,3
2010	25,4	7,3
2011	23,9	6,9
2012	21,7	6,4
2013	21,0	5,9

La diminuzione del numero dei soggetti a rischio osservata in questi ultimi 5 anni è probabilmente dovuta a più fattori:

- L'EURISPES sottolinea che con la crisi del 2008 i consumi degli italiani sono cambiati; nel 2011 si acquistava meno carne bovina, meno vino, pasta, frutta, più uova e pollame.

- La diminuzione soprattutto dei maschi a rischio riguarda i bevitori giornalieri che sappiamo essere più anziani e non i bevitori occasionali (18,19).

- Il numero maggiore di giovani che fa ricorso ad altre sostanze psicoattive (20).

- Il Ministero dà importanza alle azioni preventive messe in atto da numerose ASL; tuttavia queste sono indirizzate soprattutto ad una frazione ristretta di giovani del secondo ciclo delle scuole secondarie.

Occasionali sono le indagini che prendono in considerazione le condizioni socio-economiche di questi bevitori a rischio, soprattutto indirettamente considerando la residenza (centro vs periferia) o il titolo di studio, così come indicato dagli epidemiologi che studiano i determinanti sociali di malattia (22, 23, 24).

I dati sono contrastanti: Allamani e coll (25) riscontrano che dal 1983 al 2001 il numero dei bevitori moderati di vino tende ad aumentare tra i laureati e diplomati, mentre i bevitori di un litro o più di vino sono aumentati in questo periodo tra le persone con solo diploma elementare. Sembrerebbe quindi che nelle classi più disagiate prevale un consumo di vino non moderato.

Nella relazione ministeriale del 2007 (24), viene riferito che con l'aumento del livello di istruzione, aumenta il consumo di alcolici specie tra le donne; i consumatori a rischio (16,7 % tra gli uomini e 4,5% tra le donne) sono più numerosi tra le persone con basso titolo di studio; la frequenza di ubriacature tra i giovani non appare influenzata dal livello di scolarità.

L'ISTAT (26) nel 2014 prende in considerazione le diverse modalità di "potus" tra centri metropolitani e periferie; si nota che le persone con consumi a rischio sono pressoché uguali tra centro e periferia (15%); però le donne con consumi a

rischio prevalgono nel centro metropolitano (8,7% contro 7,2%) così come le persone con consumo giornaliero non moderato (8,4% contro 7,2%), mentre la pratica del binge drinking prevale alla periferia (8,6% contro il 7,4%). Infine in una indagine della OMS del 2014 (27) risulta che in Europa ad alti valori di reddito corrispondono crescenti consumi alcolici sia nella popolazione complessiva sia pro capite e che la percentuale di reati legati al consumo d'alcol è più elevata.

Nel 2012 l'Istituto Superiore Sanità (28) ha correlato i consumi di alcol ad alcuni dei parametri socio-economici e culturali.

- Sia i bevitori che le bevitrici prevalgono tra chi percepisce un reddito da lavoro dipendente, autonomo o da pensione; tra chi non percepisce un reddito o tra le casalinghe prevalgono gli/ le astemi/e.

- La percentuale di bevitori/ bevitrici è superiore tra i laureati/e o con diploma di scuola media superiore, mentre la percentuale più elevata di astemi/e si registra tra chi ha solo la licenza elementare o la scuola media inferiore; inoltre si sottolinea che tra le laureate la percentuale di astemie è particolarmente basso e che la percentuale più alta di bevitori si nota tra chi ha un diploma di scuola media superiore.

Nel 2015 la relazione del Ministero della Salute (29) prende in particolare considerazione le modalità di uso di alcolici presso la popolazione giovanile in rapporto alla scolarità dei genitori e alla situazione socioeconomica percepita dai giovani. Si nota:

- che gli studenti bevitori sono in percentuale maggiore tra quelli con genitori con scolarità medio-alta; analogamente i bevitori prevalgono tra gli studenti che si ritengono appartenere ad una classe sociale avvantaggiata;

- che la scolarità dei genitori è ininfluenza per quanto riguarda la propensione ad ubriacarsi;

- i comportamenti di ubriacatura sono invece più frequenti tra gli studenti che si ritengono appartenere ad una classe sociale economicamente svantaggiata.

Questi risultati sono confermati, con ulteriori precisazioni, dall'Osservatorio

Permanente Giovani ed Alcol nella relazione del luglio 2015 (30):

- avere un titolo di studio superiore aumenta sia il consumo moderato, sia la probabilità di ubriacarsi occasionalmente tra i giovani di 25-34 anni;

- avere un genitore con titolo di studio superiore (indice di un migliore livello sociale della famiglia) aumenta tra gli studenti di 15-19 anni la probabilità di bere; in questa coorte, invece, la probabilità di ubriacarsi è indipendente dal livello di istruzione dei genitori.

MORBILITÀ E MORTALITÀ ALCOL CORRELATE

L'alcol è tossico per tutti i tessuti; si calcola che circa 60 stati morbosi possono essere causati dall'alcol; inoltre molte sono le patologie aggravate dall'alcol sia in modo diretto (ad es. BPCO, diabete) sia per l'interferenza alcol-farmaci (ad es. antidiabetici) (29, 30).

La morbilità totale alcol-correlata comprende una serie di patologie acute e croniche, per cui non è possibile stabilire una correlazione tra questa e consumi alcolici; è possibile invece osservare un certo parallelismo tra diminuzione dei ricoveri sia per intossicazione etilica acuta e sindromi astinenziali (espressione del recente calo dei consumi di alcol/capite/anno) sia di epatopatie alcoliche (espressione del calo di consumi di almeno un decennio fa).

Oltre ai ricoveri ospedalieri la morbilità alcol-correlata (MAC) è desumibile dal numero di alcolisti presi in carico dai servizi per le dipendenze; i dati sono variabili di anno in anno oscillando tra 69.770 pazienti nel 2001 e 45.227 nel 2010; nel 2011 erano risaliti a 58.102; la correlazione tra soggetti presi in carico, loro situazione socioeconomica e consumi alcolici è falsata sia perché le donne tendono a

curarsi maggiormente degli uomini, sia perché questi rappresentano solo il 10% dei potenziali fruitori del servizio (622.000 (18)) sia perché i vari servizi trattengono in carico gli alcolisti per periodi notevolmente variabili.

Dati più certi provengono dalle stime della mortalità alcol-attribuibile fatte con nuovi criteri dal 2006; prima veniva usata la formula Perrin (31) che prendeva in considerazione la percentuale di morti correlabili all'alcol in una serie di patologie (intossicazione etilica, cirrosi, tubercolosi, ecc), e di problemi (incidenti stradali, suicidi, omicidi). Questa formula era molto imprecisa dato che le stime di morti per cause alcol-correlate andavano da circa 20.000 a 40.000 morti/anno.

Secondo Cipriani e coll. (31) nel 1990 la MAC in Italia era di 18.033 morti, diminuita del 17% rispetto al 1980 in accordo con la diminuzione dei consumi etilici verificatasi a partire dagli anni '70; permane un notevole divario tra le regioni del Nord Italia (specie montane) e le regioni del Sud Italia.

Più recentemente sono state prese in considerazione (24, 26, 28):

- malattie totalmente alcol-attribuibili;
- malattie parzialmente alcol-attribuibili che contribuiscono alla mortalità alcol-correlata in proporzione variabile a seconda delle patologie considerate (ad esempio morti per malattie dell'apparato digerente stimate come causate dall'alcol sono il 20,6% negli uomini e 13,1% nelle donne);
- incidenti, omicidi, suicidi.

Si nota un netto calo della mortalità alcol attribuibile, ma non è possibile fare ulteriori considerazioni dato la modificazione dei criteri di stima; maggiori precisazioni si possono avere dalla diminuzione delle morti per cirrosi che sono diminuite da

Tabella 6. - Stime di MAC rilevate da ISS in alcuni anni del decennio 2000-2010

Anno	2004*	2007	2008	2010
Uomini	17.000	12.761	11.254	11.670
Donne	7.000	7.341	6.407	5.159
Totale	24.000	20.102	17.661	16.829

*Stime secondo vecchia formula.

22,6 casi/100.000 abitanti nel 1990 a 8,09 casi/100.000 abitanti nel 2010. Questa diminuzione va di pari passo sia con il calo dei consumi alcolici valutabile intorno al 60% sia con le diverse modalità del bere (consumi occasionali a rischio verso consumi giornalieri a rischio) in quanto il danno cellulare e l'infiammazione del fegato sono accentuati da una intossicazione etilica continuativa.

I tassi standardizzati di mortalità/ 100.000 abitanti sono molto disomogenei tra le Regioni italiane (29) e spesso non univoci rispetto al genere; questo fatto impedisce di correlare il numero di morti alcol-attribuibili al PIL/capite della regione ma è d'appoggio alla ipotesi che è l'intreccio di fattori plurimi che condiziona tutte le patologie alcol-correlate

Marinacci e coll. (33) prendono in considerazione la mortalità per malattie dell'apparato digerente non neoplastiche in Italia (tra cui la parte più significativa comprende cirrosi e pancreatiti alcol-attribuibili). Si nota che fatto 1 il rischio relativo (RR) di morire per le persone con laurea sale nei maschi con licenza elementare a 2,11 e nelle femmine a 1,52; per contro in entrambi i sessi si riscontra una diminuzione del RR per i diplomati di scuola media superiore ed inferiore rispetto ai laureati.

Gli stessi AA prendono in considerazione il Rischio Relativo (RR) di morte per cause esterne violente, di cui una importante percentuale (soprattutto nei maschi) può essere alcol-attribubile; fatto 1 nei laureati il RR di morte violenta aumenta ad 1,75 tra i maschi con sola licenza elementare.

Va inoltre citata la meta-analisi di Jones e coll. (34) che analizza 31 lavori (di cui due riguardano statistiche italiane) per un totale di 5.555 pazienti affetti prevalentemente da malattie cardiovascolari e da tumori; la conclusioni sono:

- nei maschi bevitori, bassi livelli socioeconomici aumentano il rischio, rispetto ai più agiati, di tumori ORL, di ictus, di ipertensione e di epatopatie (compreso carcinoma epatico);
- le bevitrice di elevato livello socioeconomico hanno maggior rischio di ammalare di cancro mammario, rispetto alle meno

agiata;

- pur essendo molti i fattori confondenti (ad es. fumo nei soggetti più poveri) questa ricerca metterebbe in dubbio che uguali quantità di alcol (quale quelle indicate dall'OMS) siano ugualmente pericolose in soggetti con diverso livello socioeconomico.

DISCUSSIONE

A) - ***"I poveri bevono più alcolici dei ricchi": un esempio di psicologia ingenua.***

Sotto la denominazione di "*psicologia ingenua*" si intende quell'insieme di credenze, desideri, intenzioni che la gente comune (cioè senza specifiche competenze professionali del settore) è incline ad avvallare e che sono profondamente ancorate ai contenuti della nostra memoria essendo originate dalla attivazione di vaste regioni cerebrali (35).

Probabilmente la credenza che i poveri consumano più alcol dei ricchi rientra nell'ambito della psicologia ingenua e non appare dimostrata dall'analisi dei dati presentata.

I dati sono frammentari e i rapporti tra situazione socio-economica, consumi alcolici e patologie e problemi alcol-correlati sono per lo più dedotti indirettamente.

Malgrado questi notevoli limiti possiamo dire che è molto discutibile pensare che nelle classi subalterne il "*potus*" sia superiore rispetto alle classi agiate.

- A cavallo del XX secolo le classi agiate bevevano vino spillato, con gradazione alcolica più elevata, mentre i poveri bevevano prevalentemente vinello o vino annacquato (anche da parte degli stessi osti secondo l'opinione popolare).

- Le statistiche sui consumi ci dicono che il consumo di alcolici era maggiore durante i periodi di maggior benessere. Nei paesi di campagna più poveri si beveva solo acqua (9).

- Lo studio della Federazione antialcolistica italiana sul consumo alcolico infantile, tra il 1895 e 1905 evidenzia che i consumi alcolici erano più diffusi tra gli scolari provenienti da famiglie più agiate rispetto a quelli provenienti da famiglie delle periferie urbane (11).

In contrasto con questi dati che dimostre-

rebbero un minor consumo di alcol tra le persone più povere nei primi 50 anni dell'unità italiana, stanno rapporti carcerari ed ospedalieri e statistiche manicomiali (percentuali di ricoveri per frenosi alcolica) secondo cui l'alcolismo era quasi esclusivo appannaggio delle classi disagiate; bisogna però considerare che queste istituzioni erano strumento di controllo e di esclusione sociale; le persone agiate non erano ricoverate nei regi manicomi provinciali ma eventualmente in cliniche private.

La situazione non cambia tra le due guerre (periodo fascista); le statistiche sono più accurate e riguardano i consumi alimentari nel loro complesso; appare così che il vino è sempre considerato un alimento e che veniva conteggiato nel salario di muratori e braccianti agricoli, convalidando così l'impressione che il popolo minuto bevesse di più.

Solo dopo il 2000 si hanno studi più puntuali che cercano di indagare i rapporti tra "potus" e livello socio-economico (26, 30); appare impossibile correlare chiaramente i consumi alcolici con il livello di povertà.

A livello europeo l'OMS afferma che presso le classi ricche i consumi alcolici sono più elevati (27), in accordo con il recente studio di Huckles e coll. (36) e dell'Osservatorio permanente Giovani ed Alcol (30).

Considerare quindi la povertà come principale fattore favorente alti consumi di alcol, può essere riduttivo, alla luce non solo delle più accurate indagini epidemiologiche fatte dopo il 2000, ma anche di alcune frammentarie osservazioni agli inizi del XX secolo. Questa impressione è però così fortemente radicata da poter essere considerata come esempio di psicologia ingenua.

B) - Patologie e Problematiche Alcol Correlate e determinanti sociali di salute.

Numerosi sono gli studi epidemiologici che dimostrano che i fattori di rischio di natura sociale, economica e culturale sono concausa dell'attuale aumento di malattie croniche e di morte più precoce tra le classi subalterne (22, 23). Le malattie prese in considerazione sono soprattutto tumori e malattie cardiovascolari.

La metodologia adottata è quella di paragonare l'incidenza di una patologia e di mortalità tra centro città e periferie oppure tra

livelli di istruzione differenti, nella presunzione che chi abita il centro città o che è laureato abbia condizioni socio-economiche migliori rispetto a chi abita le periferie o ha una istruzione solo elementare.

Le ricerche bibliografiche fatte evidenziano: - Fino al 1950 le statistiche manicomiali evidenziano che le percentuali di malati psichiatrici con alcolismo aumentano nel periodo della industrializzazione del paese e che tutti i ricoverati appartengono alle categorie sociali più disagiate; come detto però queste statistiche sono inficiate dall'utilizzo che si faceva del manicomio come istituzione custodiale nei confronti di chi era affetto da "ubriachezza molesta o ripugnante" o di chi non si assoggettava ai nuovi stili di vita portati dalla industrializzazione.

- I bevitori a rischio sembrano prevalere tra gli strati sociali meno acculturati e con difficoltà economiche; d'altra parte anche per il fumo e per l'obesità si nota la stessa tendenza; l'alcol avrebbe quindi lo stesso ruolo che hanno i "comforting foods" (23) nel condizionare l'impossibilità per le persone disagiate di mantenere stili alimentari corretti; *in altre parole queste cercherebbero di sostituire con piaceri immediati e di facile acquisizione, quali alcol, cibi, droghe, ecc., la percezione sgradevole della discrepanza tra entità del lavoro e sua remunerazione.* Non si tratta solo di retribuzione del lavoro, ma di mancato controllo sullo stesso (lavoro eterodiretto, causa di alienazione) aggravato dalla attuale tendenza alla mercificazione di ambiti di vita sempre più estesi (37).

- Dopo il 2000, da analisi fatte con altri intendimenti si può dedurre indirettamente che i determinanti sociali di salute influenzano in modo variabile su PPAC così che non è possibile affermare con certezza che le persone più disagiate siano colpite più gravemente e frequentemente dalle conseguenze di intossicazioni etiliche acute e croniche. Inoltre questi studi fanno sospettare notevoli differenze di genere.

- La meta-analisi di Jones e coll (30) apporta elementi di riflessione più approfonditi; i bevitori con livelli culturali bassi e in condizioni sociali disagiate hanno un rischio relativo di morte più elevato; unica eccezio-

ne le bevitrice con tumore della mammella. Questa dissociazione tra uso di bevande alcoliche, non influenzato da livelli socio-economici precari, e rischio di morti alcol correlate chiaramente peggiorato dal disagio sociale è convintamente sostenuta da Huckle e coll (36).

CONCLUSIONI

- Malgrado che le persone benestanti consumino più bevande alcoliche, il bere a rischio prevale tra le classi meno agiate analogamente al fumo e a comportamenti alimentari non corretti; questo fatto avvalorerà l'ipotesi che stili di vita non sani siano incentivati dal contesto sociale e culturale che contraddistingue le classi subalterne.

BIBLIOGRAFIA

1. ZERBOGLIO A. "Contro l'alcolismo. Relazione al Congresso Socialista", Critica Sociale, 1910, pag.267.
2. COLAIANNI N. "L'alcolismo, sue conseguenze morali, sue cause", Ed. Tropea, Catania 1882.
3. ENGELS F. "La situazione della classe operaia in Inghilterra", Ed. Riuniti, Roma 1973.
4. LOMBROSO C. "Il vino nel delitto", Ed. Loescher, Torino 1880.
5. FIGURELLI M. "L'alcol e la classe. Cenni per una storia dell'alcolismo in Italia." La Classe, 5, 93, 1978.
6. COTTINO F. "Four Country Profiles" In: M.Grant: "Alcohol Policies" WHO Regional Publications, 18, 83, 1985.
7. CASACCHIA M. "Urgenze in Psichiatria", Ed. Masson, Milano 1985.
8. SOMOGYI S. "L'alimentazione nell'Italia unita", Storia d'Italia Einaudi, Documenti 5, Torino 1973.
9. DE BERNARDI A. "Pellagra e alcolismo: sviluppo capitalistico e trasformazioni nella configurazione sociale del ricovero psichiatrico" In De Bernardi et al. "Tempo e catene. Manicomio, psichiatria e classi subalterne", Ed. De Angeli F, Milano 1980, pag. 225.
10. SERENI E. "Storia del paesaggio agrario italiano", Ed. Laterza, Bari 1989.
11. FEDERAZIONE ANTIALCOLISTICA ITALIANA "L'alcolismo è un pericolo per l'Italia" citato da De Bernardi A. (9)
12. NEPPI-MODONA G. "Carcere e società civile", Storia d'Italia Einaudi, Documenti 5, Torino, 1973.
13. CORSA R, MARTUCCI P. "Malattia mentale e pericolosità" www.psychiatryonline.it/ital/mode/5504.2015
14. MADEDDU A. "Tossicofilie e tossicomanie contemporanee". In Amm. Prov. Milano "Droghe e società italiana", Ed. Giuffrè, Milano 1974, pag. 211.
15. GIACANELLI F "Appunti per una storia della psichiatria in Italia". Citato da Figurelli M. (5)
16. GRAMSCI A. "Quaderni del carcere" vol. 2, Ed. Einaudi. Torino, 1975, pag. 899.
17. LUSSANA P. "Alcol e lavoro muscolare", I° Congr. Intern. Malattie del Lavoro, Milano 1906, citato da Figurelli M. (5).
18. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'. "Alcohol Prevention Day" www.quotidianosanita.it 16.4.2015
19. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'. "Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Rapporto 2012", Ed. De Vittoria, Roma 2012.
20. TURCHETTI S. <http://rai.news.it//dl/rai.news/media/droga-giovani-eb45014>
21. DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA. "Neuroscienze delle dipendenze: cervello, mente e droghe", Roma 2013.
22. MACIOCCO G. e SANTOMAURO F. "La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianza", Ed. Carracci, Roma 2014.
23. PERUCCI C. "Diseguaglianze di salute e correlazioni socioeconomiche" www.treccani.it 2010.
24. RELAZIONE DEL MINISTERO DELLA SALUTE AL PARLAMENTO SUGLI INTERVENTI REALIZZATI AI SENSI DELLA LEGGE 125/2001 Roma, 30.5.2007.
25. ALLAMANI A., CIPRIANI F., PRINA F. "I cambiamenti nei consumi di bevande alcoliche in Italia", Ed. Osservatorio permanente sui giovani e l'alcol. 2006.
26. ISTAT "L'uso e l'abuso di alcol in Italia", <http://www.istat.it> 9.4.2014.
27. OMS http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
28. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' (ONA). "Consumo dannoso di alcol e l'alcoldipendenza in Italia" <http://www.epicentro.iss.it/alcol2014>

I medici quindi devono cessare di colpevolizzare quelle persone che hanno difficoltà a seguire comportamenti corretti, ma ricercare fattori di ordine psicosociale che inducono a questi comportamenti.

- Analisi che prendano in considerazione il ruolo dei determinanti sociali di salute nello sviluppo di patologie alcol-correlate, sarebbero particolarmente utili anche per meglio calibrare nostri interventi preventivi; ad esempio i SerT attualmente progettano interventi preventivi quasi esclusivamente nelle scuole superiori, mentre numerose ricerche evidenzerebbero che la gravità delle conseguenze del bere è più accentuata tra le persone meno acculturate e con maggior disagio sociale.

29. MINISTERO DELLA SALUTE “*Relazione al parlamento per il 2014 sulla base della legge 125/2001*” www.quotidianosanita.it 14.03.2015.
30. OSSERVATORIO PERMANENTE GIOVANI E ALCOL. “*Consumo di bevande alcoliche dei giovani in Italia dal 2000 ad oggi*”, CNR, Roma, 09.07.2015
31. CIPRIANI F., FARCHI G., QUARTINI A. “*Epidemiologia alcolologica; le conseguenze dei consumi di alcol sulla salute*” In Allamani A. e coll. “*Il libro italiano di alcolologia*”, Vol.1, Ed. SEE Firenze, 2000, pag. 89.
32. ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA’ “*La mortalità alcol-attribuibile in Italia e nelle Regioni*” <http://www.epicentro.iss.it/alcol> 2014.
33. MARINACCI C. et al. “*Social inequalities in total and case-specific mortality of a sample of italian population from 1999 to 2007.*” *Europ J pubbl Health*, 23, 582, 2013.
34. JONES L. et al. “*Relationship between alcohol-attributable disease and socioeconomic status and the role of alcohol consumption in this relationship: a systematic review and meta-analysis*”. *BMC Public Health*, 15, 400, 2015.
35. GALLESE V. “*Neuroscienze e Fenomenologia*” www.treccani.it 2013.
36. HUCKLE T. et al. “*Socioeconomic status predicts drinking patterns but not alcohol-related consequence independently.*” *Addiction*, 105, 1192, 2015.
37. JAEGGI R. “*Come ripensare oggi crisi e patologie sociali*” www.micromega.net del 25.05.2015.

