

**MEDICINA, SCIENZA E SOCIETÀ****ALIMENTI, SALUTE ED AMBIENTE:  
CHI DEVE FARE COSA?****Food, health and environment:  
who should do what?****ANDREA POLI***NFI - Nutrition Foundation of Italy, Milano*

L'opportunità di attivare provvedimenti di natura normativa o fiscale per modificare i consumi alimentari, in un'ottica di salute pubblica ha suscitato lo scorso anno, nel nostro Paese, un confronto aspro. Dopo un dibattito piuttosto intenso, il Governo ha deciso l'introduzione della cosiddetta "sugar tax" (ora sospesa nell'ambito degli interventi di sostegno all'economia nell'era del Covid-19, ma da riattivarsi con l'anno nuovo) specificamente finalizzata (si è detto) a perseguire obiettivi di questa natura. Una scelta condivisibile?

Il tema è in realtà complesso. Stabilire entro quali limiti sia accettabile che le istituzioni intervengano direttamente per orientare i consumi alimentari del pubblico, con l'obiettivo di migliorarne lo stato di salute e di benessere futuro, o per motivi di altra natura (come la tutela dell'ambiente), e quali strumenti possano essere legittimamente impiegati a tale scopo, suscita domande cui non è facile dare una risposta conclusiva.

*Indirizzo per la corrispondenza*

Andrea Poli

E-mail: poli@nutrition-foundation.it

Possiamo cercare di fissare qualche concetto base.

Intervenire mediante una tassazione selettiva di specifici consumi alimentari, come le bevande zuccherate, ipotizzando che questo si tradurrà nel tempo in una minore probabilità di malattia per la popolazione implica, secondo logica, la verifica di almeno due condizioni essenziali:

- la certezza dell'esistenza di una relazione di natura *causale* tra i consumi considerati e qualche specifica patologia a larga diffusione e gravità (sanitaria e/o sociale);
- una stima favorevole degli effetti ottenibili dall'intervento ipotizzato, in termini di eventi clinici evitabili.

Questa combinazione di condizioni, favorevole all'intervento, non sembra essere attualmente verificata, ad un tentativo di valutazione "evidence based", per nessun alimento o gruppo di alimenti (incluse le bevande zuccherate), soprattutto nel nostro Paese.

Le correlazioni tra i consumi di queste bevande e gli eventi clinici (l'infarto miocardico, alcuni tumori, la mortalità totale) sono infatti di natura incerta; numerose osservazioni suggeriscono infatti che tali

consumi, se eccessivi, siano in realtà solamente o prevalentemente degli *indicatori* (o *markers*) di stili di vita e di alimentazione inappropriati, più che causa diretta di malattia (1). Lo conferma anche, indirettamente, la progressiva riduzione dei rischi relativi associati al loro consumo, passando dai dati “crudi” ad analisi multivariate che tengano conto di un numero crescente di fattori di confondimento (specie di natura culturale e sociale, come il livello di reddito e la scolarità) (2, 3). Ed è evidente che, se la situazione è effettivamente questa, la riduzione del consumo di queste bevande non sortirà *di per sé* alcun risultato favorevole sulla frequenza degli eventi clinici che si intende invece ridurre.

Considerazioni, queste, rafforzate dall'esperienza di alcuni Paesi (come Messico, Cile, Perù) nei quali la tassazione è stata seguita come prevedibile da una contrazione dei consumi, ma senza per ora poter documentare alcun effetto favorevole sull'incidenza delle patologie o dei loro fattori di rischio metabolici, come il sovrappeso (nonostante, in Messico, la tassa sia operativa dal 2014, e quindi ormai da 6 anni). Una valutazione negativa degli interventi di tassazione degli alimenti contenenti zuccheri (non delle bevande, a proposito delle quali non esistono di fatto dati analizzabili) emerge anche da una recentissima revisione Cochrane (4).

Nel nostro Paese, tra l'altro, i livelli medi di consumo di queste bevande, e più in generale degli alimenti contenenti zucchero, sono bassi, e inferiori rispetto alle medie internazionali (5): e ciò lascia supporre che ci si trovi in un tratto sostanzialmente orizzontale, o poco inclinato, della eventuale correlazione consumi-patologie; la riduzione dei consumi stessi, anche se ottenuta, non avrebbe quindi modo di influenzare in modo significativo la salute pubblica.

Recenti valutazioni di un autorevole ed

indipendente gruppo di ricerca, il Global Burden of Disease Expert Group (6, 7), suggeriscono inoltre che i favorevoli effetti di salute ottenibili mediante una riduzione dei consumi di specifici nutrienti e alimenti (con l'unica eccezione del sale) sarebbero di ampiezza limitata o limitatissima: e tra l'altro largamente soverchiati da quelli ottenibili, invece, incrementando il consumo di alimenti o nutrienti con effetti protettivi.

Il quadro generale di riferimento non sembra quindi fornire un solido supporto scientifico alla tassazione di specifici alimenti con obiettivi di salute.

La scelta della tassazione lascia inoltre immaginare che si sia abbandonata la speranza (e quindi la possibilità) di ottenere lo stesso risultato mediante interventi, invece doverosi, di educazione e di formazione del pubblico. Interventi che, tra l'altro, combinati con il controllo di altri fattori di rischio (fumo e pressione arteriosa, soprattutto), sia pure in tempi diversi dagli attuali ed in altri contesti, hanno invece ridotto sensibilmente l'incidenza di eventi cardio-cerebro-vascolari in Finlandia, negli anni '60 (progetto Nord-Karelia), o il passaggio dalla sindrome metabolica al diabete, e quindi alle sue complicanze vascolari, prevenendo la comparsa dell'obesità (8-10).

Personalmente ritengo, su un piano di principio, che l'equilibrio tra la percezione del rischio e le scelte individuali sia comunque personale, e rappresenti un ambito nel quale - con i limiti che preciserò nei prossimi paragrafi - non è lecito intervenire in modo diretto, almeno in una società che si definisca ad impronta liberale.

Il rischio di camminare in alta montagna, o di attraversare a piedi una zona desertica, e di incorrere quindi in incidenti più o meno gravi, viene evidentemente considerato accettabile da chi si cimenta in queste attività, per esempio perché ama grandemente le sensazioni che queste e-

sperienze possono dare: ma certamente induce valutazioni diverse in altre persone. Probabilmente, fintanto che il rischio che si assume con scelte personali riguarda soltanto l'interessato (e non attiva processi di dipendenza, che precludono di fatto la possibilità di riconsiderare consapevolmente le scelte stesse nel futuro, come nel caso del fumo, dell'eccesso di alcool, dell'uso di droghe) è legittimo immaginare che sia suo diritto decidere se affrontare tale rischio o meno (fatto salvo naturalmente il diritto dello Stato di addebitare al singolo il costo di eventuali operazioni di salvataggio).

Una scelta opposta (e cioè di intervento diretto delle istituzioni su questi temi) è tra l'altro carica di conseguenze teoriche forse non ben esplorate nel dibattito in corso. Secondo lo stesso principio (lo stato ti assoggetta ad una tassa per evitare che tu peggiori la tua salute) si potrebbe decidere che le persone con livelli elevati di specifici fattori di rischio (la colesterolemia, la pressione arteriosa, eccetera) potrebbero essere soggette ad interventi punitivi di carattere finanziario qualora non accettassero o non seguissero un trattamento adeguato del fattore di rischio stesso secondo le linee guida (tipo: non vuoi - o non prendi regolarmente - la statina? Paghi una tassa). Uno scenario che almeno alcuni troveranno, comprensibilmente, "da brivido".

Differente va probabilmente considerata la situazione nel caso che il comportamento individuale esponga invece altre persone (o l'ambiente, o l'ecosistema) a un rischio o a un danno potenziale.

È per esempio ragionevole ipotizzare che il consumo di carne rossa possa rappresentare l'oggetto di possibili interventi, anche di natura fiscale, qualora ne venisse accertata in modo chiaro la lesività ambientale (per esempio in termini di contributo alla deriva climatica). I rischi del depauperamento del patrimonio arboreo (e

specificamente della foresta pluviale) dovuto alla creazione di pascoli, o alla coltivazione di cereali e leguminose per l'alimentazione animale, oltre all'emissione diretta di gas serra dagli allevamenti stessi, iniziano infatti ad essere definiti e quantificati in modo accurato e affidabile dalla comunità scientifica internazionale.

In questo contesto, la mia succulenta fiorentina quindicinale al sangue, più che per il suo contributo al mio personale rischio di malattia, andrebbe probabilmente disincentivata per il possibile impatto ambientale globale che comporta, e che con le mie scelte di consumo trasferisco all'intera comunità umana (ed a tutto l'ecosistema).

Naturalmente nella piena coscienza del fatto che qualunque disincentivazione di carattere economico avrà effetti differenti nei gruppi sociali a differente reddito e potere d'acquisto, e influenzerà efficacemente i consumi solo negli strati sociali meno favoriti: introducendo così un'evidente (e forse non accettabile) sperequazione tra le persone. E che la stessa disincentivazione, se otterrà il risultato desiderato di riorientare i consumi a livello globale, inciderà sui mercati, e quindi sui prezzi, e quindi sulla vita concreta e sul benessere economico delle persone: con una penalizzazione della filiera della coltivazione e dell'allevamento, nel caso specifico della carne rossa, che andrà adeguatamente compensata per non generare un eccessivo disagio sociale.

In sintesi, si può forse concludere che i comportamenti e le scelte che influenzano rischi individuali andrebbero gestiti prevedendo soprattutto di informare il pubblico delle possibili conseguenze, nel modo più equilibrato possibile e basandosi sulle evidenze scientifiche più solide, lasciando poi all'individuo le decisioni e le scelte personali sul tema. È invece opportuno intervenire, se necessario drasticamente (lo ripeto per chiarezza), per prevenire i compor-

tamenti che inducono dipendenza e che precludono quindi di fatto, una volta attivati, qualunque ulteriore scelta consapevole e “libera” dell’individuo al proposito.

Nel caso di comportamenti che influenzano invece problemi di carattere e rilevanza generale (per esempio ambientale), l’intervento delle istituzioni appare opportuno, e forse essenziale. Ricordando che l’intervento stesso dovrebbe essere basato su una lettura equilibrata e non ideologica delle evidenze scientifiche disponibili, e prevedere per logica il reinvestimento delle eventuali entrate ottenute (per esempio dalla tassazione) con l’obiettivo di mitigare i riflessi sociali delle scelte effettuate.

Non è facile immaginare che nel nostro Paese (e forse nel mondo) il processo decisionale delle istituzioni possa realmente seguire questo iter. Non è quasi mai successo. Ma essere ottimisti sul fatto che ciò possa accadere in futuro è probabilmente doveroso.

## Bibliografia

1. Sievenpiper JL, de Souza RJ. Are sugar-sweetened beverages the whole story? *Am J Clin Nutr*. 2013; 98: 261-263.
2. Collin LJ, Judd S, Safford M, Vaccarino V, Welsh JA. Association of Sugary Beverage Consumption With Mortality Risk in US Adults: A Secondary Analysis of Data From the REGARDS Study. *JAMA Netw Open*. 2019; 2 (5): e193121.
3. Malik VS, Li Y, Pan A, De Koning L, Schernhammer E, Willett WC, Hu FB. Long-Term Consumption of Sugar-Sweetened and Artificially Sweetened Beverages and Risk of Mortality in US Adults. *Circulation*. 2019; 139: 2113-2125.
4. Pfinder M, Heise TL, Hilton Boon M, Pega F, Fenton C, Griebler U, et al. Taxation of unprocessed sugar or sugar-added foods for reducing their consumption and preventing obesity or other adverse health outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020; Issue 4. Art. No.: CD012333.
5. Marangoni F, Brignoli O, Cricelli C, Poli A. Lifestyle and specific dietary habits in the Italian population: focus on sugar intake and association with anthropometric parameters - the LIZ (Liquidi e Zuccheri nella popolazione Italiana) study. *Eur J Nutr*. 2017; 56: 1685-1691.
6. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2019; 393: 1958-1972.
7. Meier T, Gräfe K, Senn F, Sur P, Stangl GI, Dawczynski C, et al. Cardiovascular mortality attributable to dietary risk factors in 51 countries in the WHO European Region from 1990 to 2016: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study. *Eur J Epidemiol* 2019; 34: 37-55.
8. Vartiainen E. The North Karelia Project: Cardiovascular disease prevention in Finland. *Glob Cardiol Sci Pract* 2018; 2018:13.
9. Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG, Valle TT, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, et al. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2001; 344: 1343-1350.
10. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *N Engl J Med*. 2002; 346: 393-403.