

**Tab. 15 - MORTI PER CIRROSI EPATICA (2004) E CONSUMO DI ALCOL (1990)
NEI PAESI OCSE**

Paesi OCSE	Consumi di alcol Anno 1990 (litri pro capite),	Morti per cirrosi epatica Anno 2004(tassi per 100. 000)
Australia	10,5	5
Austria	12,6	16,4
Canada	7,4	6,9
Repubblica Ceca	11,3	14,6
Danimarca	11,7	12,2
Finlandia	9,5	13,8
Francia	15,9	11,4
Germania	13,8	14
Grecia	10,6	4,3
Islanda	5,2	2
Irlanda	11,2	4,6
Italia	11	12
Giappone	8	6,9
Corea	9,1	18,5
Lussemburgo	14,8	10,7
Paesi Bassi	9,9	4,2
Nuova Zelanda	10,1	2,8
Norvegia	5	4,7
Polonia	8,3	12,6
Portogallo	16,1	14,8
Repubblica Slovacca	13,4	25
Spagna	13,5	10,2
Svezia	6,4	5
Regno Unito	9,8	10,6
Stati Uniti	9,3	9,5

Fonte: OCSE Health Data 2007

Nel 2001 la popolazione italiana tra i 60 e i 74 anni stava al settimo posto nella classifica della mortalità per questa causa tra i pari età dei Paesi inclusi nell'area europea "A" monitorata dall'OMS, e quella di età superiore ai 74 anni stava al primo posto della classifica relativa a tale classe di età.

Gli incidenti stradali

La mortalità per incidente stradale è uno dei più importanti indicatori di danno indirettamente causato dall'alcol.

Secondo il Rapporto ACI-ISTAT 2009 nell'anno 2008 sono stati rilevati in Italia 218.963 incidenti stradali (-5,2 % rispetto al 2007), che hanno provocato 4.731 morti (-7,8%) e 310.739 feriti (-4,6%). Il dato del 2008 conferma la tendenza alla riduzione di tutti i valori in questione, in atto da alcuni anni, nonostante la contestuale crescita del parco veicolare (tab. 16).

Tab. 16- INCIDENTI STRADALI ,MORTI E FERITI

ANNI 2003-2008

ANNI	Incidenti	Morti	Feriti
2003	252.271	6.563	356.475
2004	243.490	6.122	343.179
2005	240.011	5.818	334.858
2006	238.124	5.669	332.955
2007	230.871	5.131	325.850
2008	218.963	4.731	310.739

Fonte: ACI-ISTAT 2009 -Incidenti stradali anno 2008

Anche se il miglioramento della situazione ha portato il tasso di mortalità del nostro Paese ad allinearsi alla media europea, il tasso di mortalità italiano resta ancora superiore a quello dei Paesi europei con le migliori *performances* come Gran Bretagna, Olanda, Svezia e Francia.

Nel 2008, come ormai da alcuni anni, tra i conducenti della fascia di età 25-29 anni si registra il più alto numero di morti (370) mentre tra quelli della fascia di età 30-34 anni si registra il più alto numero di feriti (27.117). Nelle fasce di età superiori ai 35 anni decresce, progressivamente con l'aumentare dell'età, il numero di morti e feriti.

Un quarto di tutti gli incidenti e più di un terzo delle morti si concentrano nei fine settimana, tra il sabato e la domenica, con un indice di mortalità pari a 3,0% (3 morti ogni 100 incidenti). Il lunedì e il mercoledì sono i giorni con il minore indice di mortalità (1,8%).

In generale negli orari notturni fra le 22 e le 6 si registrano meno incidenti ma con indici di mortalità superiori, che raggiungono i valori massimi attorno alle 5 del mattino, con 6 decessi ogni 100 incidenti.

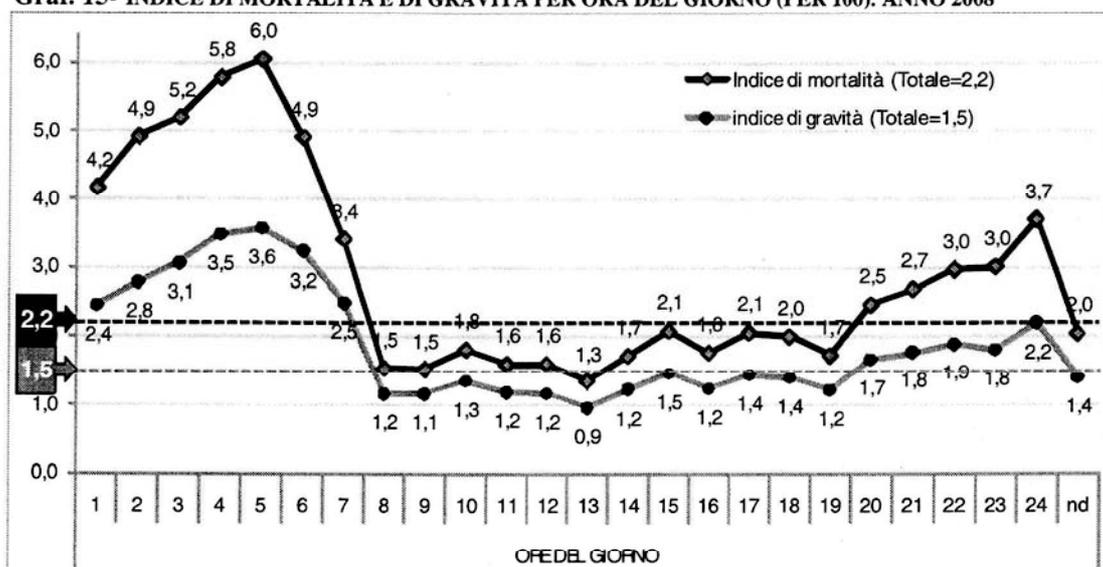
In particolare la distribuzione dell'indice di mortalità durante l'arco della giornata (graf.15) mostra un trend crescente tra le ore 1 e 5 del mattino, quando si registrano 6 morti ogni 100 incidenti, e tra le 20 e la mezzanotte, in corrispondenza quindi delle uscite serali. E' da sottolineare che l'indice di mortalità si mantiene superiore alla media nell'arco di tempo che va dalle 20 alle 7 del mattino raggiungendo il valore massimo intorno alle ore 5. Tra le 21 e le 7 del mattino l'indice di mortalità è mediamente pari a 4,2 morti ogni 100 incidenti, a fronte di un valore medio sulle 24 ore di 2,2 morti per 100 incidenti. Analogo andamento si registra per l'indice di gravità, con valori superiori al dato medio (1,5%) tra le 20 e le 7 , con un primo picco registrato alle 5 del mattino.

Particolare allarme suscita l'elevata percentuale di incidenti notturni del venerdì e sabato, data l'elevata correlazione stimata tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di alcol o altre sostanze d'abuso, soprattutto da parte dei giovani.

Nel 2008 gli incidenti del venerdì notte e sabato notte hanno rappresentato il 44% del totale di tutti gli incidenti notturni (contro il 44,6% rilevato nel 2007 e 2006). I morti e i feriti in tali incidenti rappresentano, rispettivamente, il 45,1% e il 47,2 % del totale di morti e feriti di tutti gli incidenti notturni (percentuale in aumento rispetto al dato del 2007).

Nel 2008 il maggior numero di incidenti e di morti si è registrato a Luglio, e il più elevato indice di mortalità ad Agosto, analogamente a quanto accaduto nel 2007. Viceversa a Dicembre e a Febbraio sono stati registrati, rispettivamente, il minor numero di incidenti e il minor numero di morti.

Graf. 15- INDICE DI MORTALITÀ E DI GRAVITÀ PER ORA DEL GIORNO (PER 100). ANNO 2008



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati ACI_ISTAT – incidenti stradali. Anno 2009

L'ebbrezza da alcol ha rappresentato nel 2008 il 2,12% del totale di tutte le cause accertate o presunte di incidente stradale (percentuale in aumento rispetto al 2,09% registrato nel 2007), con 5.920 casi rilevati (6.124 nel 2007). Il dato è peraltro sicuramente sottostimato a causa di un sistema di rilevazione non ancora adeguato agli standard europei e internazionali e l'Istituto Superiore di Sanità stima gli incidenti stradali alcolcorrelati pari al 30-40% del totale degli incidenti

Da un'analisi condotta sulla percezione del problema della sicurezza stradale nell'ambito del XVII Rapporto ACI-CENSIS Servizi emerge che per i giovani di 18-29 anni la guida sotto l'influsso di alcol e droghe rappresenta il più grande problema, superiore a quello dell'eccesso di velocità. Lo stesso dato si rileva anche tra le persone di età più avanzata e sembra indicare una certa consapevolezza sulla pericolosità dell'alcol alla guida. I dati riportati nella tabella 17 mostrano che il 37,9% delle persone con meno di 30 anni, rispetto ad una media totale del 36,9%, sceglie responsabilmente di limitare il consumo di alcolici (il valore più basso si registra nella classe di età 45-69 anni). Il 47,1% degli intervistati afferma di non preoccuparsi del problema della guida dopo il consumo di alcol "perché non è un bevitore abituale" e la percentuale si abbassa notevolmente nella fascia di età 18-29 (36,6%); preoccupante risulta tra tutti gli intervistati la percentuale di giovani al di sotto dei 30 anni (3,4% rispetto allo 0,7% di chi ne ha più di 30) che pur sapendo di doversi mettere alla guida sceglie di non limitare il consumo di alcol.

Tab. 17 - COMPORTAMENTO ALLA GUIDA DOPO IL CONSUMO DI ALCOL SECONDO L'ETÀ (val. %)

Comportamento	ETA'			Totale
	18-29	30-44	45-69	
Non se ne preoccupa perché non è un bevitore abituale	36,6	42,6	54,3	47,1
Ne limita il consumo	37,9	41,0	33,7	36,9
Non limita il consumo, ma non guida	22,1	15,7	11,3	14,8
Non ne limita il consumo	3,4	0,7	0,7	1,2

Fonte: Rapporto Aci - Censis Servizi SpA, 2009

Il Rapporto ACI-CENSIS rileva, contestualmente all'affermarsi di un modello di consumo alcolico di tipo nord europeo concentrato nei fine settimana, una crescita dei controlli sul tasso alcolemico. La tabella 18 mostra come tra il 2007 ed il 2009 la percentuale di persone che sono state sottoposte una volta nel corso degli ultimi 6 mesi a un controllo del tasso alcolemico è passata dall'8,0% al 9,2% e quella di chi vi è stato sottoposto più di una volta è passata dall'1,0% al 2,3%.

Nella fascia di età più giovane (18-29 anni), mentre nel 2007 avevano affermato di aver subito il controllo dell'alcolemia "solo una volta" negli ultimi 6 mesi il 13,9% dei

Tab. 18 - "NEGLI ULTIMI 6 MESI SEI STATO SOTTOPOSTO ALL'ALCOL-TEST?" (val. %, secondo la fascia di età) - ANNI 2007 E 2009

	18 -29 anni		30- 44 anni		45 -69 anni		Media Totale	
	2007	* 2009	2007	* 2009	2007	* 2009	2007	* 2009
No, mai	84,5	82,1	90,0	86,2	94,7	92,8	91,1	88,5
Si, solo una volta	13,9	15,0	8,6	11,1	4,9	5,5	8,0	9,2
Si, più di una volta	1,5	3,0	1,4	2,7	0,4	1,7	1,0	2,3
Totale	100	100	100	100	100	100	100	100

Fonte: Rapporto Aci - Censis Servizi SpA, 2009

giovani e "più di una volta" l'1,5%, nel 2009 ha dichiarato di essere stato sottoposto ad accertamento "solo una volta" il 15,0% e "più di una volta" il 3,0% degli intervistati.

Secondo i dati 2009 dello studio PASSI, sistema di sorveglianza coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e relativo all'utenza delle ASL delle 21 Regioni e P.A.italiane, il 10,5 % degli intervistati non astemi di 18-69 anni ha dichiarato di aver guidato negli ultimi 30 giorni dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche (due bicchieri di vino o due lattine di birra). Questo comportamento è più diffuso tra i maschi (15%) che tra le femmine (3%), mentre su di esso non sembrano incidere in maniera rilevante l'età, il livello di istruzione o il reddito.

Il confronto interregionale presenta differenze significative, con valori più elevati al Nord, al Centro e in Calabria. I valori minimi si riscontrano in Molise (5%) e quelli massimi in Valle d'Aosta e Calabria (15%).

Il 7,1 % degli intervistati riferisce di aver viaggiato con un conducente sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni (8% nel 2008).

Secondo i dati raccolti in 7 Regioni del Centro Nord che hanno partecipato alla sorveglianza (Valle D'Aosta, P.A. di Trento, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna,

Toscana e Lazio), il 39% dei 13.400 intervistati riferisce di aver subito in auto un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi, ma solo l'11 % di questi ultimi riferisce che il guidatore è stato sottoposto anche al test per il controllo dell'alcoemia. Questa percentuale, che corrisponde a meno dell'1% di tutti gli intervistati, diminuisce all'aumentare dell'età: dal 25% a 18-24 anni fino al 4% dei 50-69enni. La percentuale più bassa di controlli sull'alcoemia si registra nel Lazio (6%), con una differenza significativa rispetto a Friuli-Venezia Giulia (10%), Liguria (11%), Emilia-Romagna (15%), P.A. Trento (15%) e anche rispetto alla media delle Regioni (11%).

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolattribuibili

Nell'anno 2008 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolattribuibili è stato di 91.735, di cui 70.712 riferite a maschi (77,1%) e 21.023 riferite a femmine (22,9%) (tab. 19a).

Tab.19a - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2008

CAUSE DI DIMISSIONE (*)		Valore assoluto			Valore percentuale		% tipologie diagnosi
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	3.584	989	4.573	78,4%	21,6%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcool	19.908	6.432	26.340	75,6%	24,4%	28,7%
305.0	Abuso di alcool	7.097	3.004	10.101	70,3%	29,7%	11,0%
357.5	Polineuropatia alcoolica	1.380	388	1.768	78,1%	21,9%	1,9%
425.5	Cardiomiopatia alcoolica	381	57	438	87,0%	13,0%	0,5%
535.3	Gastrite alcoolica	485	156	641	75,7%	24,3%	0,7%
571.0	Steatosi epatica alcoolica	5.662	1.868	7.530	75,2%	24,8%	8,2%
571.1	Epatite acuta alcoolica	2.695	683	3.378	79,8%	20,2%	3,7%
571.2	Cirrosi epatica alcoolica	25.588	6.529	32.117	79,7%	20,3%	35,0%
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	3.715	820	4.535	81,9%	18,1%	4,9%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	13	2	15	86,7%	13,3%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcool	204	95	299	68,2%	31,8%	0,3%
Totale		70.712	21.023	91.735	77,1%	22,9%	100,0%

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Il dato, che si riferisce tanto al regime di ricovero ordinario che di day hospital, conferma la tendenza a un calo progressivo in atto dal 2003.

Il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 81.674 unità.

La tipologia diagnostica prevalente è la cirrosi epatica alcoolica (35%, contro il 33,6 % rilevato nel 2007) immediatamente seguita dalla sindrome da dipendenza da alcool (28,7%, contro il 29% del 2007).

Anche per l'anno 2008 la diagnosi di ricovero prevalente per i maschi in rapporto alle femmine è la cardiomiopatia alcoolica (distribuita per l'87% tra i maschi e per il 13%

tra le femmine), immediatamente seguita da avvelenamento da antagonisti dell'alcol e danno epatico da alcol.

La diagnosi che nel 2008 interessa maggiormente le femmine in rapporto ai maschi riguarda gli effetti tossici dell'alcol (distribuita per il 31,8% tra le femmine e per il 68,2% tra i maschi), seguita da abuso di alcol e steatosi epatica alcolica.

Nel 2008 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol è pari a 137 (valore per 100.000 abitanti), inferiore a quello rilevato nel 2007 (147) e nel 2006 (154,9), a conferma dell'andamento discendente in atto a livello nazionale dall'anno 2002 (tab.19 b).

Nel 2008, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione sono P.A. di Bolzano, Valle D'Aosta e P.A. di Trento, seguite da Friuli V.Giulia, Liguria e Molise. Anche nel 2008 i tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno, come si rileva da alcuni anni, in Sicilia e in Campania, seguite da Puglia Umbria e Toscana (tab.19 b).

Da notare come le Regioni con più alto e più basso tasso di ospedalizzazione siano quelle in cui la prevalenza del consumo a rischio risulta avere, rispettivamente, i valori massimi e minimi (vedi Par. "I consumi e i modelli di consumo nelle Regioni").

Tab. 19 b - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATRIBUIBILI * - ANNI 2000-2008
(Dimessi per 100.00 ab.)

REGIONI	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Piemonte	174,2	178,6	168,2	169,5	168,5	171,4	174,1	162,6
Valle d'Aosta	398	560,5	459,8	514,6	444,4	366,2	413,4	378,6
Lombardia	215,8	220,1	204,6	193,4	179	169,3	156,0	138,5
P. A. Bolzano	448	426,6	420,9	510,8	493,4	467,8	487,6	461,0
P. A. Trento	421,1	357,6	349	331,9	308,7	302,3	278,7	261,8
Veneto	263,9	251,6	244,8	232,2	212	188	170,3	167,3
Friuli V. Giulia	300	283,7	264	255,6	268	256	248,1	228,5
Liguria	279,2	272,7	250,6	241,7	237,6	228,1	223,6	213,4
Emilia Romagna	180,2	184,5	176,9	179,5	177,5	167,9	165,6	162,8
Toscana	143,2	149,8	138,9	139,7	124,8	112	115,9	108,6
Umbria	153,7	119,1	125	115,9	112,5	113,3	108,1	107,5
Marche	200,9	203,6	194,7	189,5	189,6	176	176,7	167,3
Lazio	137,4	146,1	143	142,7	142,2	148	123,8	115,2
Abruzzo	243,2	259,4	259,6	250,7	235,9	234,4	211,4	163,9
Molise	234,2	286,8	274,7	242,5	218,4	220,3	229,0	201,7
Campania	80,3	93,5	82,7	86,9	87,1	93,4	88,8	86,1
Puglia	125,4	123,7	113,5	111,1	109,6	115,6	111,5	105,3
Basilicata	177,2	164	153,1	159	146,5	146,3	130,7	137,6
Calabria	145,3	149,8	144,8	138,5	132,3	134,7	123,5	114,8
Sicilia	72,5	85,7	84,5	86	79	83,4	77,4	69,0
Sardegna	161,1	205,2	195,2	198	210,3	202,8	207,4	188,4
Italia	172,2	177,1	167,9	165,5	159	154,9	147,0	137,0

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Osservando la distribuzione delle diagnosi secondo le diverse classi di età (tab. 19 c), nel 2008 i soggetti con più di 55 anni sono interessati soprattutto, in ordine di prevalenza, da cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, steatosi epatica e gastrite alcolica.

Le diagnosi della classe di età 36-55 si riferiscono invece maggiormente ad avvelenamento da antagonisti dell'alcol, sindrome da dipendenza da alcol, abuso di alcol, sindromi psicotiche indotte dall'alcol ed epatite acuta alcolica. Le diagnosi delle fasce di età più giovani (15-35 anni) presentano le più alte prevalenze per avvelenamento da antagonisti dell'alcol, abuso di alcol, effetti tossici dell'alcol, sindrome da dipendenza da alcol.

I giovanissimi minori di 15 anni sono interessati quasi esclusivamente da diagnosi di effetti tossici dell'alcol.

Nel 2008 la diagnosi per avvelenamento da antagonisti dell'alcol appare la più frequente causa di ricovero, in rapporto alle altre diagnosi totalmente alcolcorrelate, nelle classi di età 36-55 e 15-35, con un visibile aumento rispetto ai valori del 2006 e 2007. Essa scompare invece nelle classi di età al di sotto dei 15 anni, dove pure nel 2006 costituiva la diagnosi di ricovero più frequente in rapporto alle altre.

Tab.19 c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO - ANNO 2008*

CAUSE DI DIMISSIONE (*)		<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	0,2	11,1	51,9	36,7	100,0
303	Sindrome di dipendenza da alcool	0,2	15,7	56,6	27,5	100,0
305.0	Abuso di alcool	1,5	26,1	52,2	20,1	100,0
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	3,3	47,9	48,8	100,0
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,0	3,4	34,0	62,6	100,0
535.3	Gastrite alcolica	0,5	8,6	41,0	49,9	100,0
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,1	8,7	40,3	51,0	100,0
571.1	Epatite acuta alcolica	0,0	10,1	48,0	41,9	100,0
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,3	31,2	67,5	100,0
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	0,0	6,5	44,6	48,8	100,0
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	0,0	26,7	60,0	13,3	100,0
980	Effetti tossici dell'alcool	14,4	25,4	33,8	26,4	100,0
Totale		0,3	10,0	44,3	45,4	100,0

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Fonte: Ministero della Salute – Scheda di dimissione ospedaliera

Osservando l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi per classi di età (tab.19 d) appaiono sostanzialmente stabili dal 2000 i valori relativi alla fascia di età oltre i 55 anni (45,4% nel 2008 contro il 44,3% del 2000), dove continuano a registrarsi le prevalenze più elevate di diagnosi in relazione alle altre fasce di età.

Aumenta invece nel tempo la percentuale di diagnosi nella classe di età 36-55 anni (dal 41,7% del 2000 al 44,3% del 2008) mentre continua a diminuire nella fascia di età 15-35 anni (dal 13,8% del 2000 al 10,0% del 2008).

Sostanzialmente stabili nel tempo i valori nella classe di età al di sotto dei 15 anni, che oscillano tra lo 0,2% e lo 0,3%.

Nel tempo l'analisi per sesso, pur confermando che le diagnosi di ricovero ospedaliero continuano a riguardare prevalentemente la popolazione maschile, evidenzia tuttavia una tendenza alla crescita della percentuale di popolazione femminile interessata, che passa dal 21,5% del 2003 al 22,9% del 2008, con una corrispondente diminuzione delle percentuali di popolazione maschile (tab 19 e).

Tab. 19 d - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO ANNI 2000-2008*

ANNI	<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
2000	0,2	13,8	41,7	44,3	100
2002	0,3	12,8	42,8	44,1	100
2003	0,2	12,2	42,7	44,9	100
2004	0,3	12,4	43,2	44,1	100
2005	0,3	11,9	43,3	44,5	100
2006	0,3	11,2	43,4	45,1	100
2007	0,3	10,5	44,1	45,1	100,0
2008	0,3	10,0	44,3	45,4	100,0

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

Tab. 19 e - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNI 2003 - 2008*

ANNI	Maschi	Femmine	Totale
2003	78,50%	21,50%	100
2004	77,60%	22,40%	100
2005	77,40%	22,60%	100
2006	77,50%	22,50%	100
2007	77,70%	22,30%	100
2008	77,10%	22,90%	100

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

La distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo fra il 2000 e il 2008, con la sola eccezione delle diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passano dal 26,30 % del totale nel 2000 al 35,00 % nel 2008, con un aumento percentuale di 8 punti e mezzo in rapporto al totale di tutte le diagnosi (tab 19 f).

Si osserva altresì nel tempo una diminuzione percentuale delle diagnosi per sindrome di dipendenza da alcol, che passano dal 31,80% del 2000 al 28,70% del 2008.

Tab. 19f - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOLATTRIBUIBILI ANNI 2000-2008*

CAUSE DI DIMISSIONE (*)		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi							
		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,40%	5,00%	5,10%	5,00%	5,00%	5,10%	5,0%	5,0%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	31,80%	32,20%	31,40%	30,80%	30,10%	28,80%	29,0%	28,7%
305.0	Abuso di alcol	10,60%	9,10%	9,60%	10,20%	10,60%	11,00%	11,2%	11,0%
357.5	Polineuropatia alcolica	2,40%	2,60%	2,40%	2,10%	2,00%	2,10%	1,9%	1,9%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,70%	0,70%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%	0,5%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	0,90%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,7%	0,7%
571.0	Steatosi epatica alcolica	9,40%	9,50%	9,10%	9,20%	9,40%	9,20%	8,8%	8,2%
571.1	Epatite acuta alcolica	5,50%	4,70%	4,20%	4,00%	3,90%	4,00%	3,9%	3,7%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	26,30%	28,30%	30,00%	30,90%	31,70%	32,90%	33,6%	35,0%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	7,00%	6,70%	6,30%	5,90%	5,60%	5,30%	5,2%	4,9%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,0%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	0,10%	0,40%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,3%	0,3%
Totale		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%	100,0%

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie

L'alcoldipendenza

Per una valutazione del fenomeno alcoldipendenza va tenuto conto, oltre che degli alcoldipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi alcolologici pubblici, di coloro che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto e le associazioni di volontariato/ *no profit* che operano sia in maniera autonoma che in collaborazione con i servizi delle strutture pubbliche. Nel 2008 il 53,4% dei servizi alcolologici del SSN ha collaborato con i gruppi dei Clubs di Alcolisti in trattamento (nel 2007 il 52,5%), il 41% con i gruppi di A.A. (nel 2007 il 40,3%) e il 14,4% con altri gruppi di auto-mutuo aiuto (nel 2007 il 12,9%).

Mediamente, nel corso del 2008 ogni servizio alcolologico ha collaborato con circa 7,8 Clubs di Alcolisti in trattamento (7 nel 2007), con 2,3 gruppi di A.A. (2 nel 2007) e con 3,1 altri gruppi di auto-mutuo aiuto.

Gli alcolisti nei servizi pubblici (Vedi Parte II della Relazione)

Nell'anno 2008 gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcolologici territoriali pubblici sono stati 66.548, valore notevolmente superiore a quelli rilevati nel 2007 (58.378) e nel 2006 (61.656) e che conferma il trend di crescita presente fin dal 1996. Gli utenti maschi sono 51.491 e le femmine 15.057.

Il rapporto M/F è pari a 3,4 nel totale degli utenti e a 3,7 nei nuovi utenti.

Nel 2008 l'età media, pari a 45,6 (44,7 fra i maschi e 47 tra le femmine) risulta in aumento rispetto a quella rilevata nel 2007 (45,2 anni), confermando la tendenza, in atto negli ultimi anni, ad un generale aumento dei valori dell'età media che, viceversa, fino al 2005 erano risultati in diminuzione.

I giovani al di sotto dei 30 anni sono nel 2008 il 10,2% del totale, con una percentuale che si presenta in crescita rispetto al 10% del 2007; in particolare gli utenti di 20-29

anni passano dal 9,3% del 2007 al 9,6% del 2008 e i nuovi utenti di quest'età dal 13,9% al 14,2%, pur non raggiungendo le percentuali più alte registrate nel 2005. Al contrario per gli alcoldipendenti al di sotto dei 20 anni si rileva un lieve calo (dallo 0,7% del 2007 allo 0,6% del 2008), che diventa più consistente tra i nuovi utenti (dal 1,3% del 2007 al 1,1% del 2008).

Fra gli alcoldipendenti in trattamento risultano da tempo in aumento coloro che abusano di birra (dal 14,1% del 1996 al 23,7% del 2008) e in diminuzione coloro che abusano di vino (dal 68,3% del 1996 al 57,3% del 2008), anche se per questi ultimi nel 2008 le percentuali sono superiori a quelle del 2007 (56,9%).

Nell'ultimo decennio fra gli utenti dei servizi alcolologici risulta in forte crescita l'uso concomitante di stupefacenti (dal 5,7% del 1996 al 10% del 2008); peraltro nel 2008 si è registrato un calo rispetto alle percentuali del 2007 (10,4%).

Gli alcolisti dell'AICAT (Associazione Italiana Clubs Alcolisti in Trattamento)

L'AICAT è un'associazione di volontariato e auto-mutuo aiuto senza scopo di lucro, che opera in ambito nazionale ed internazionale nel campo dei problemi alcolcorrelati. Ne fanno parte le famiglie ed i *servitori-insegnanti*, membri riconosciuti dei Clubs degli Alcolisti in Trattamento (CAT).

Dai dati del Rapporto di ricerca AICAT-CNR 2006 in Italia risultano censiti 1.378 Clubs di Alcolisti in Trattamento (CAT), distribuiti per lo più al Nord (80%) ed in particolare nel Veneto (30%).

Nei tre anni precedenti all'indagine è stata rilevata una crescita del numero di CAT e in particolare nel 2006 sono state fondate 59 nuove unità. Dai dati disponibili emerge che nel 2006 ai Clubs censiti si sono recate 11.528 famiglie (di cui 3.127 si sono avvicinate per la prima volta), per un totale di 12.595 partecipanti, distribuiti in 15 Regioni e P.A.. La permanenza media nel programma è di 4,9 anni, con un *range* che va da un minimo di 2,4 anni nella Regione Sicilia a un massimo di 5,8 anni nella P.A. di Trento.

Il 55,5% dei frequentatori dei Clubs è rappresentato da maschi e il 44,5% da femmine, con un'età media di 52 anni. La distribuzione dei soggetti per classe di età non è influenzata dal genere e oltre la metà dei partecipanti ha un'età compresa fra 45 e 64 anni; è bassa (10%) la percentuale delle persone con meno di 35 anni (tab. 20).

Il 62,7% è coniugato, circa un quinto è celibe o nubile, il 6,5% è vedovo, e solo una quota minore risulta essere separato (5,5%) o divorziato (4%).

Circa il 38% vive con un compagno e i figli, il 28% con un compagno ma senza figli, il 13,5% vive con i genitori ed il 12,9% vive da solo; solo l'1,2% dei partecipanti vive in comunità. La maggior parte dei partecipanti (97%) vive in una residenza fissa.

Il titolo di studio è prevalentemente medio-basso; solamente il 15,2% dei partecipanti è diplomato e il 3,4% è laureato. Il 45,3% degli utenti è occupato, il 31% pensionato o inabile al lavoro. Gli studenti sono l'1,7%, le casalinghe il 14,8%.

Il problema per cui i soggetti hanno iniziato a frequentare il Club è nel 58% dei casi il bere dei soggetti stessi, nel 40% il bere di uno dei familiari e nel 2% quello di amici o conoscenti. I principali canali di accesso ai Clubs sono gli ospedali o le cliniche (19,5%), seguiti dal suggerimento da parte di operatori di SERT (17,1%) e dal medico di base (15,4%).

Circa il 90% dei frequentatori dei Clubs ritiene di aver apportato in varia misura dei cambiamenti positivi al proprio stile di vita negli ultimi 12 mesi, il 5% non riferisce alcun cambiamento e il 3,5% riferisce cambiamenti negativi.

TAB. 20 - CARATTERISTICHE DEI MEMBRI DEI CLUBS DI ALCOLISTI IN TRATTAMENTO DELL'AICAT - ANNO 2006

Variabili demografiche		(%)	Altre	Variabili	(%)
Sesso	Maschi	55,5	Fonte da cui sono stati informati sul Club	organi di informazione	3,9
	Femmine	44,5		Familiari	13,8
Classe di età	<35	9,8		Conoscenti	14,4
	35-44	16,9		medico di base	15,4
	45-54	27,6		ospedale clinica	19,5
	55-64	28,6		membro di Club	7,4
	>=65	17		servitore CAT	5,5
Stato civile	celibe\nubile	21,3		operatore SERT	17,1
	coniugato\la	62,7		operatore servizio alcolologico	7,7
	separato\la	5,5		operatore servizio salute mentale	1,5
	divorziato\la	4		operatore servizi sociali	3,1
	vedovo\la	6,5		professionista privato	1,1
Convivenza	da solo	12,9		sacerdote religiosi	0,9
	da solo con figli	5	altro	2,4	
	con partner	28	neg	3,5	
	con partner e figli	38,4	0	5	
	con i genitori	13,5	1	1,7	
	comunità	1,2	2	2,5	
	altro	1	3	2,9	
Titolo di studio	nessuno	1	Valutazione del cambiamento di stile di vita negli ultimi 12 mesi	4	2,6
	elementari	29,9		5	8,4
	medie inferiori	39,9		6	9,1
	qualifica super.(3anni)	10,6		7	14,4
	diploma superiore	15,2		8	17,9
	laurea breve	0,7		9	8,5
	laurea	2,7		10	23,5
Occupazione	occupato	45,3			
	disoccupato	3,4			
	casalinga	14,8			
	studente	1,7			
	pensionato / inabile	31,0			
	altro	3,8			

Fonte: : Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati RAPPORTO DI RICERCA AICAT - CNR, Lo sviluppo del Progetto DATA CLUB 2006

Gli alcolisti di A.A. (Associazione Alcolisti Anonimi)

Alcolisti Anonimi è un'associazione di auto-mutuo aiuto in cui le persone con problemi di alcolismo si incontrano in forma anonima con il fine di risolvere il loro comune problema di alcolismo o per aiutare gli altri a risolvere il loro.

L'unico requisito per divenire membri dell'associazione è desiderare di smettere di bere. Da un'indagine condotta nel 2009 dai Servizi Generali di A.A. con la finalità di informare la popolazione e i diversi professionisti sull'aiuto offerto dalla associazione, a cui hanno partecipato 1.410 alcolisti anonimi di tutta Italia, emerge che il 68,9% dei membri di A.A. è di sesso maschile e che quasi il 60% ha un'età compresa tra 46 e 65 anni; solo il 5,4% degli intervistati ha un'età inferiore a 35 anni (tab. 21).

Tab. 21 - CARATTERISTICHE DEI MEMBRI DEI GRUPPI DI A.A. - VARIABILI DEMOGRAFICHE - ANNO 2009

Caratteristiche dei membri dei gruppi di AA					
Variabili demografiche (%)					
Sesso	Maschi	68,9	Ambito e ruolo lavorativo	Operaio specializz.	17,5
	Femmine	31,1		Impiegata/o	16,5
	Non noto	0		Operaia/o semplice	11,5
Età'	<= 35	5,4		Libera professione	10,3
	36-45	21,4		Lavoro auton. Commercio	7,9
	46-55	29,4		Caposquadra	4,9
	56-65	27,6		Imprenditoria	3,9
	66 +	15,5		Dipendente quadri super.	3
	Non noto	0,8		Dirigenza	2,6
Stato civile	Singolo/a	18,7		Lavoro domicil. per c.terzi	1,4
	Coniugato/a	55,2		Lavoro auton. Agricoltura	1,2
	Convivente	7,4		Altro	10
	Separato/a	7,9		Non noto	9,3
	Divorziato/a	4,8	Nazionalità	Italiana	97,2
	Vedovo/a	3,7		Comunitaria	1,8
Non noto	2,3	Extracomunitaria		0,6	
Scolarità'	Nessuna	0,6	Area di residenza	Non noto	0,4
	Elementari	13,9		Nord	74,3
	Medie inferiori	34,5		Centro	17,9
	Medie superiori	41,8		Sud	6,5
	Università	8,2		Non noto	1,3
	Altro	1			
Condizione profession.	Non noto	0,1			
	Occupato a t.pieno	42,1			
	Saltuario-Stagionale	7			
	Disoccupato	6			
	Casalinga	6,7			
	Pensionato	32,7			
	Studente/Possidente/Altro	0,6			
Non noto	4,1				
	0,8				

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Indagine su Alcolisti Anonimi in Italia 2009-2010

Il 62,6% è coniugato o convivente, il 18,7% celibe o nubile, il 7,9% separato, il 4,8% divorziato e il 3,7% vedovo.

Il titolo di studio prevalente è di livello medio (medie-inferiori=34,5%; medie-superiori=41,8%); solo l'8,2% dei partecipanti è laureato. Nel 42,1% dei casi i soggetti risultano occupati a tempo pieno e nel 32,7% dei casi pensionati.

Per quanto riguarda il lavoro, la percentuale più elevata svolge un lavoro di operaio specializzato o impiegato. La quasi totalità degli intervistati (97,2%) è di nazionalità italiana e risiede nelle Regioni del Nord (74,3%) e del Centro (17,9%).

I partecipanti all'indagine nel 42,9% dei casi sono entrati nei gruppi di A.A. tra il 2004 ed il 2009 e sono venuti a conoscenza del gruppo A.A. tramite i familiari (24,8%), i medici e gli psicologi (22%), altri membri del gruppo (11,9%) ed amici (10,9%).

Il 25% degli intervistati è stato condotto al gruppo di A.A. da un familiare mentre il 17,5% è andato al gruppo da solo (tab. 22).

Tab. 22 - CARATTERISTICHE DEI MEMBRI DEI GRUPPI DI A.A. - ALTRE VARIABILI - ANNO 2009

Caratteristiche dei membri dei gruppi di AA					
Altre variabili (%)					
Anno di arrivo nel gruppo di AA	<=1985	7,6	Altre dipendenze (Risposta plurima)	Persone/E	24
	1986 -	10,7		Droghe	17,7
	1992 -	15,2		Psicofarma	15,2
	1998 -	21,7		Sesso	10,6
	2004 -	42,9		Cibo	10,4
	Non noto	1,9		Gioco	6,7
Da chi sei venuto a sapere del gruppo di AA	Familiare	24,8	Ricadute	Nessuna	60,6
	Medico/Psi	22		1	16,2
	Altro	11,9		2 o 3	9
	Amico	10,9		4 o più	11,7
	Servizio	6,5		Non noto	2,4
	Giornali	5,2			
	Pubblicazio	4,3			
	Televisione	2,8			
	Internet	1,8			
	Sacerdote	1,8			
	Radio	0,5			
	Altro	6,7			
	Non noto	0,9			
Chi ti ha condotto nel gruppo di AA	Famiglia	25			
	Da solo	17,5			
	Altro A.A.	12,6			
	Centro	10,6			
	Amico	9,3			
	Medico di	7,3			
	Altro	5,1			
	Centro	2,8			
	Altro	2,8			
	Operatore	2,1			
Sacerdote	2				
Non noto	3				

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Indagine su Alcolisti Anonimi in Italia 2009-2010

Dalle risposte a una domanda dell'indagine relativa ad altre eventuali dipendenze associate all'alcolismo, emerge che il 24% degli intervistati ritiene di avere una dipendenza nei rapporti interpersonali, il 17,7% una dipendenza da sostanze stupefacenti o psicotrope, il 15,2% da psicofarmaci o altri farmaci, il 10,6% da sesso, il 10,4% da cibo, il 6,7% da gioco ed il 3,7% da video o Internet.

Il 60% dei partecipanti ha dichiarato di non aver avuto alcuna ricaduta nell'alcolismo, mentre l'11,7% ha dichiarato di aver avuto 4 o più ricadute.

2. GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125

2.1. Gli interventi di indirizzo

Il Piano Nazionale Alcol e Salute 2007-2009

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) è lo strumento che il Ministero della Salute ha individuato, in coerenza con le modifiche recentemente intervenute nel Titolo V della Costituzione, per adempiere alla funzione di indirizzo attribuitagli dalla legge 125/2001 in materia di alcol e problemi alcolcorrelati.

Il Piano, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007 e pubblicato nella G.U. s.g. n. 88 del 16 aprile 2007, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbilità alcolcorrelate nel nostro Paese.

Il PNAS è in linea con gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, nei quali la riduzione dei danni causati dall'alcol viene riconosciuta come uno dei più importanti obiettivi di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e azioni finalizzate a modificare la percezione culturale del bere per metterne in evidenza gli aspetti di rischio.

Il PNAS recepisce inoltre gli obiettivi proposti dal II Piano di Azione europeo per l'alcol dell'O.M.S, dalla Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti e dalle Conclusioni del Consiglio dell'U.E. sulla strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Per il raggiungimento degli obiettivi finali di prevenzione e riduzione di mortalità e morbilità alcolcorrelate il PNAS individua otto aree strategiche di intervento prioritario, indicando per ciascuna di esse le azioni da implementare e i risultati attesi.

Il PNAS ha durata triennale (1 gennaio 2007- 31 dicembre 2009) ed è parzialmente finanziato con risorse stanziare dal Ministero della Salute tramite la legge 125/2001.

Per la sua implementazione è stata prevista una specifica collaborazione interistituzionale tra Ministero della Salute e Regioni e a questo scopo il Ministero ha costituito un sottocomitato tecnico-scientifico che ha operato assieme alle Regioni nell'ambito di uno specifico gruppo congiunto.

Si riporta di seguito un quadro sintetico delle aree strategiche, delle azioni e dei risultati attesi del PNAS.

*Piano Nazionale Alcol e Salute
Aree strategiche, risultati attesi e azioni
-Sintesi-*

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) individua alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, otto aree strategiche e azioni da implementare nelle Regioni per la prevenzione e la riduzione della mortalità, della morbilità e dei danni alcolcorrelati nel nostro Paese:

1. **Informazione /educazione** (Risultati attesi: nella popolazione generale, maggiore conoscenza e consapevolezza del danno; nei giovani, sviluppo delle abilità necessarie a resistere alle pressioni al bere. Azioni : campagne tramite mass media; collaborazione con la scuola fin dalla materna, con programmi di prevenzione di ampia portata)
2. **Bere e guida** (Risultati attesi: riduzione numero incidenti, morti e feriti, specie tra i giovani. Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità)
3. **Ambienti e luoghi di lavoro** (Risultati attesi: riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi. Azioni : collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio)
4. **Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza** (Risultati attesi: disponibilità di trattamenti accessibili ed efficaci per i singoli e per le famiglie. Azioni: formazione degli operatori della medicina di base per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e per l'attuazione di interventi brevi di trattamento; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi sociosanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di autoaiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate)
5. **Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione** (Risultati attesi: maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione da parte del mondo della produzione e distribuzione, soprattutto per il rispetto dei limiti di età legali per la somministrazione e per il contrasto dell'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; riduzione degli incidenti alcolcorrelati all'uscita degli ambienti dove si beve. Azioni: monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici; programmi di formazione per accrescere il senso di responsabilità personale, etica e legale degli addetti alla vendita e somministrazione)
6. **Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol** (Risultati attesi: incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione dei diversi problemi alcolcorrelati; maggiore sensibilità ai problemi da parte delle diverse istituzioni locali. Azioni: assicurare agli operatori del settore non sanitario, quale quello educativo, sociale e giudiziario, un training professionale in campo alcolologico, che favorisca un effettivo approccio multisettoriale ai problemi; promozione di programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati)
7. **Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto** (Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcolcorrelato. Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci)
8. **Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto** (Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcolcorrelati e sulle politiche alcolologiche realizzate a livello regionale e locale. Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcolcorrelato e dell'efficacia degli interventi adottati).