

**Tab. 4 - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO NELLA CLASSE DI ETÀ' 14-17 ANNI 1995-2011**

	1995	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
M.	12,9	18,4	15,2	18	16,8	17,2	18,3	20,7	20,6	24,2	22,7	22,7	20,4	19,1	22,8
F.	6	10,8	9,7	12,8	12,2	13,7	11,5	16,2	15,6	16,8	17,9	14,4	17,4	14,6	14,7

Fonte: ISTAT - "Indagine multiscopo sulle famiglie-Aspetti della vita quotidiana"-Anno 2003;  
- "L'uso e l'abuso di alcol in Italia"- Anni 2005 - 2011

L'indagine europea ESPAD, condotta per l'Italia dall'Istituto di Fisiologia Clinica del C.N.R., rileva a partire dal 1999 le prevalenze dei giovani studenti italiani di 15-19 anni che si sono ubriacati almeno una volta nella vita, negli ultimi 12 mesi o negli ultimi 30 giorni.

Il dato del 2011 si presenta in lieve calo rispetto a quello rilevato nell'anno precedente (2010), senza arrivare peraltro ai valori minimi registrati nel 2009, anno in cui, in controtendenza rispetto a un andamento complessivamente in crescita nel decennio, si era verificato un calo notevole delle prevalenze per tutti questi comportamenti. Il dato del 2011 resta comunque inferiore a quello del 1999, primo anno della serie storica per questo dato (tab. 5a, 5b, 5c).

Un andamento sostanzialmente analogo nel tempo viene rilevato dallo studio ESPAD in relazione al *binge drinking* dei giovani studenti, fenomeno che, peraltro, sembra crescere nel tempo in maniera più marcata delle ubriacature, fino al calo registrato negli anni 2008-2009. Nel 2010 il dato ha ripreso un andamento in crescita, confermato nel 2011 con una prevalenza analoga a quella dell'anno precedente. Contrariamente a quanto rilevato per le ubriacature, la prevalenza del *binge drinking* nel 2011 supera notevolmente quella del 1999 (tab. 5d).

**Tab. 5a – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA ANNI 1999-2011**

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
52,7%	55,0%	55,2%	54,6%	56,4%	56,9%	55,8%	56,5%	56,5%	56,9%	50,6%	52,2%	51,5%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

**Tab. 5b – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 12 MESI ANNI 1999-2011**

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
38,9%	40,4%	41,9%	42,3%	40,7%	42,8%	41,4%	42,8%	43,6%	43,4%	37,0%	39,3%	38,7%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

**Tab. 5c – UBRIACATURE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI ANNI 1999-2011**

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
19,7%	19,3%	20,3%	19,9%	20,3%	22,1%	20,5%	22,2%	25,2%	25,7%	18,1%	19,9%	19,5%

Fonte:PROGETTO ESPAD@Italia

**Tab. 5d – BINGE DRINKING NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NEGLI ULTIMI 30 GIORNI ANNI 1999-2011**

1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
31,3%	31,5%	33,7%	35,6%	34,9%	35,9%	35,3%	37,5%	39,5%	35,4%	33,0%	35,5%	35,5%

Fonte: PROGETTO ESPAD@Italia

**Atteggiamenti, associazioni comportamentali e influenze nel consumo dei giovani**

Secondo i dati dello studio ESPAD si rileva nel tempo tra i giovani studenti, con netta evidenza a partire dal 2006, la diminuzione di atteggiamenti a rischio quali il non disapprovare l'assunzione di uno o due bicchieri, il non disapprovare l'ubriacarsi una volta a settimana, negare il rischio di un consumo quotidiano eccedentario. I dati del 2011 confermano tale tendenza - riprendendo l'andamento in calo che era sembrato interrompersi tra il 2009 e il 2010 - con valori nettamente al di sotto di quelli rilevati nel 2006 (tab.5e).

**Tab. 5 e - APPROVAZIONE E PERCEZIONE DEL RISCHIO NELL'USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI TRA I 15 E I 19 ANNI – ANNI 1999-2011**

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Non disapprovo bere 1 o 2 bicchieri</b>	75,0 %	74,0 %	79,0 %	76,0 %	77,0 %	76,6 %	75,8 %	77,7 %	69,4 %	66,5 %	64,4 %	66,4 %	64,9 %
<b>Non disapprovo ubriacarsi 1 volta la settimana</b>	18,0 %	20,0 %	23,0 %	25,0 %	26,5 %	25,6 %	24,3 %	25,2 %	22,6 %	22,3 %	20,1 %	21,9 %	21,4 %
<b>Nessun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri quasi ogni giorno</b>	3,0 %	3,0 %	4,0 %	4,0 %	2,3 %	2,1%	3,0 %	3,2 %	2,5 %	2,4 %	2,1 %	2,2 %	1,9 %

Fonte: PROGETTO ESPAD@Italia

Secondo le rilevazioni dell'ISTAT tra i giovani maschi di 18-24 anni nel 2011 presentano comportamenti di *binge drinking* ben il 41,3% dei frequentatori assidui di discoteche (più di 12 volte l'anno) contro il 9,5 % dei coetanei che non le frequentano. E tra le giovani donne di pari età il fenomeno del *binge drinking* interessa, rispettivamente, il 16,8% delle assidue frequentatrici di discoteche contro il 4,3% delle non frequentatrici. Differenze simili nella pratica del *binge drinking* sono state rilevate dall'ISTAT anche tra assidui frequentatori e non frequentatori di spettacoli sportivi e concerti di musica non classica.

Queste associazioni comportamentali, peraltro riscontrate in maniera rilevante anche nella popolazione adulta fino a 44 anni di età, richiedono un monitoraggio particolarmente attento per evitare i gravi rischi correlati.

Lo studio ESPAD mette in relazione anche per il 2011 a fini interpretativi l'uso dell'alcol nei giovani studenti di 15-19 anni con altre variabili che caratterizzano il loro contesto familiare, quali il livello di scolarità dei genitori e lo stato socio-economico (percepito).

Il livello di scolarità dei genitori appare avere una qualche influenza sull'uso di alcol dei figli almeno una volta nella vita: tra gli studenti che hanno genitori con scolarità medio-alta è più elevata la percentuale di quelli che hanno consumato alcol (62,7%) rispetto a coloro che non ne hanno mai fatto uso (55,8%) ed il contrario si verifica tra coloro che hanno genitori con scolarità bassa, tra i quali gli utilizzatori (37,3%) sono in percentuale minore rispetto ai non utilizzatori (44,2%) (tab.6).

Il livello di scolarità dei genitori appare invece ininfluenza sui comportamenti di ubriacatura dei ragazzi almeno una volta nella vita, e sia tra i ragazzi con genitori di scolarità medio-alta sia tra quelli con genitori di scolarità bassa sono simili le percentuali di coloro che si sono ubriacati e di coloro che non si sono ubriacati almeno una volta nella vita (tab. 7).

L'influenza dello stato socio-economico dei genitori (così come percepito dai giovani) sembra essere minima in relazione alla tendenza ad ubriacarsi e del tutto assente in relazione all'uso/non uso di bevande alcoliche.

**Tab. 6 - USO DI BEVANDE ALCOLICHE NEGLI STUDENTI DI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2011**

<b>Bevande alcoliche</b>	<b>Genitori con bassa scolarità (licenza media)</b>	<b>Genitori con scolarità medio-alta (diploma o laurea)</b>	
Non uso	44,2%	55,8%	100,00%
Uso	37,3%	62,7%	100,00%

Fonte: ESPAD@Italia 2011

**Tab. 7 - UBRIACATURE NEGLI STUDENTI DI 15-19 ANNI ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA E SCOLARITA' DEI GENITORI - ANNO 2011**

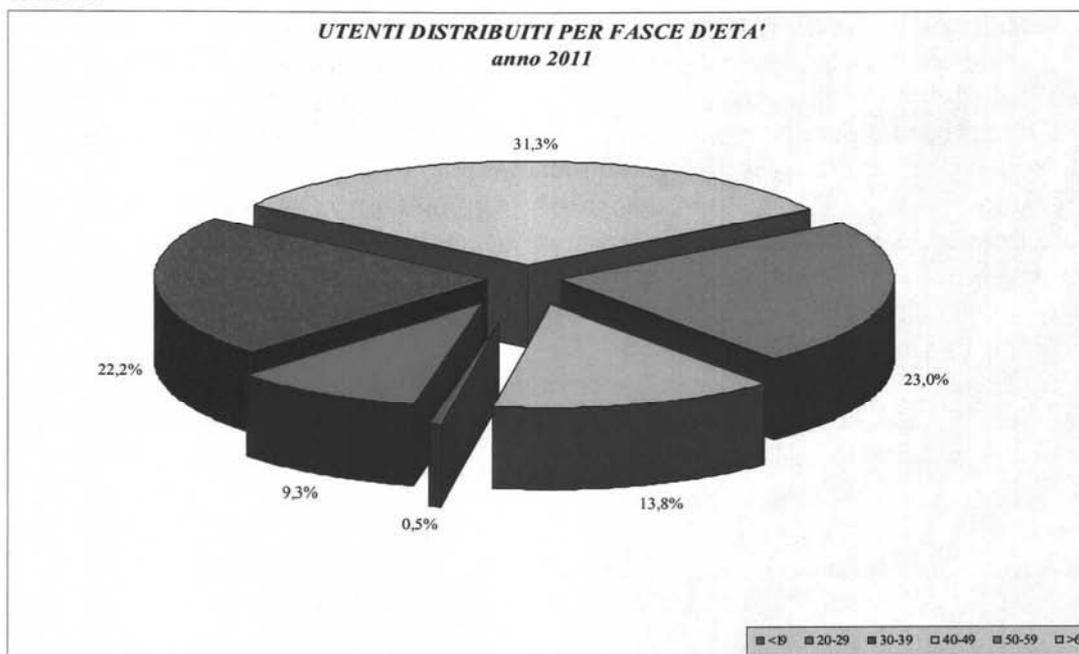
<b>Ubriacarsi</b>	<b>Genitori con bassa scolarità (licenza media)</b>	<b>Genitori con scolarità medio-alta (diploma o laurea)</b>	
Non uso	36,2%	63,8%	100,00%
Uso	36,6%	63,4%	100,00%

Fonte: ESPAD@Italia 2011

### I giovani alcoldipendenti

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla situazione dell'utenza in carico presso i servizi per l'alcoldipendenza, nell'ambito della quale i giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano nel 2011 il 9,8 % dell'utenza totale (graf.12). Si tratta di una percentuale consistente e in aumento rispetto a quella registrata nel 2010 (9,1%), anche se inferiore a quella registrata nel 2009 (11,1 %), e lontana dai valori più alti in assoluto registrati nel 2005 (11,7%) (tab.8).

Graf. 12



Fonte: Ministero della Salute-Direzione Generale della Prevenzione - Uff. VII

Dopo il 2009 per questa fascia di età sembra rilevarsi una relativa stabilizzazione, che interrompe il trend crescente che la aveva caratterizzata dal 2006, soprattutto tra i nuovi utenti (tab.8; graf. 13).

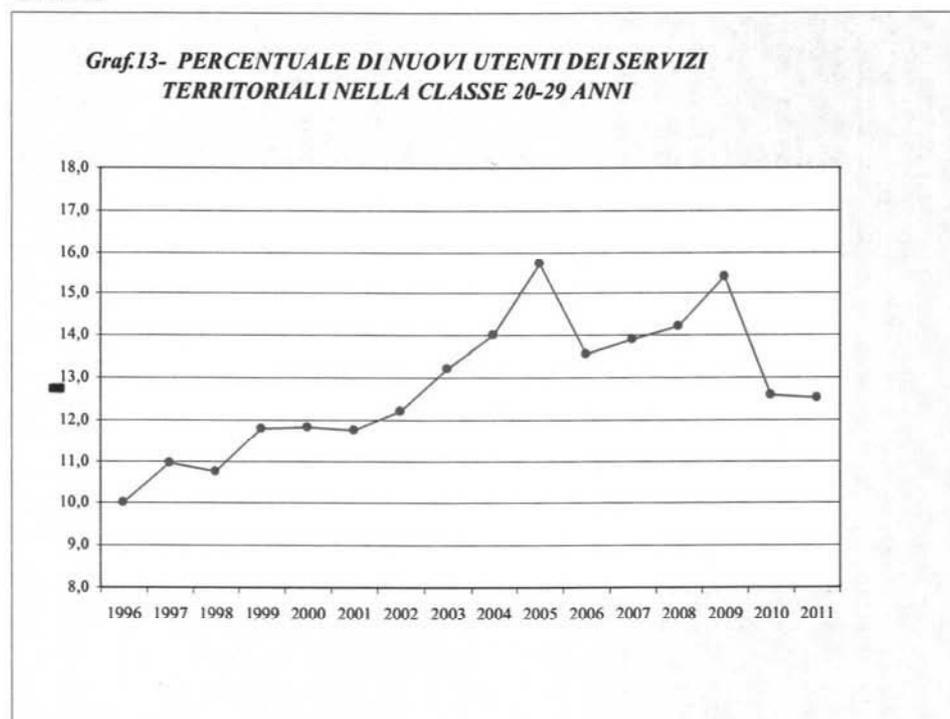
Una maggiore stabilità nel tempo si registra se si prendono in considerazione i soli utenti di età al di sotto dei 20 anni, che nel 2011 rappresentano lo 0,5% del totale e le cui prevalenze a partire dal 1996 sono sempre state comprese fra lo 0,5% e lo 0,7% (tab. 8).

**Tab. 8 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI**

CLASSI DI ETA'	Totale utenti						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<20	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5
20-29	11,0	9,8	9,3	9,6	10,5	8,5	9,3
30-39	24,3	23,7	23,2	23,0	22,9	21,5	22,2
40-49	28,9	29,3	30,1	30,2	30,0	30,4	31,3
50-59	21,6	22,3	22,3	22,1	22,1	23,4	23,0
>=60	13,5	14,2	14,4	14,6	13,9	15,5	13,8
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

CLASSI DI ETA'	Nuovi utenti						
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<20	1,3	1,4	1,3	1,1	1,0	1,1	1,0
20-29	15,7	13,5	13,9	14,2	15,4	12,6	12,5
30-39	26,1	25,2	25,5	25,8	25,4	25,0	24,7
40-49	26,8	27,6	28,2	28,1	28,1	28,7	30,0
50-59	18,4	19,8	18,6	18,8	19,0	19,3	20,2
>=60	11,6	12,5	12,5	12,0	11,2	13,3	11,5
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>						

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Uff. VII

**Graf. 13**

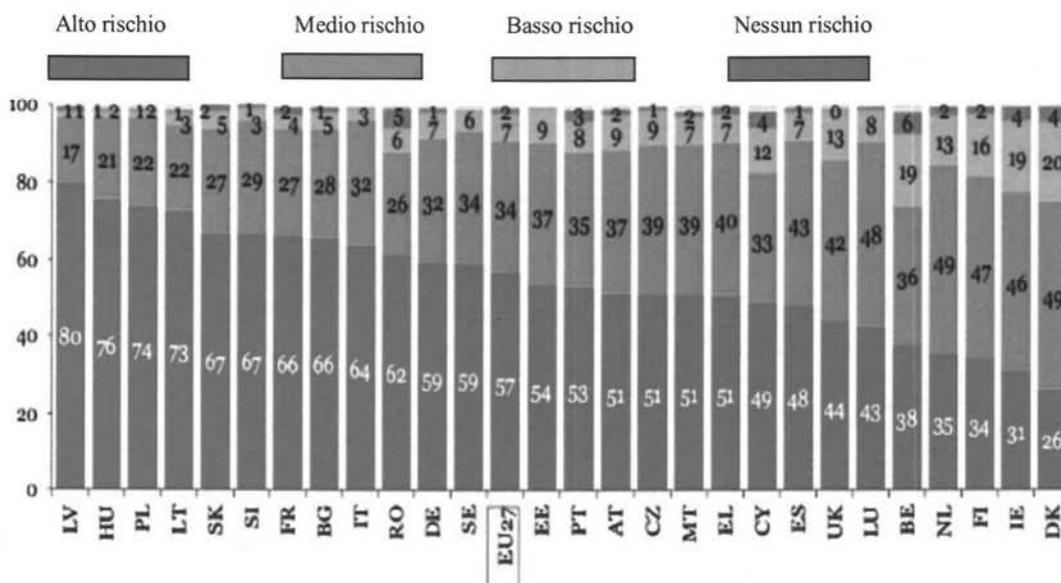
Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Uff. VII

**Un confronto con i giovani europei**

Un confronto con gli altri Paesi dell’Unione Europea effettuato nel 2011 nell’ambito di un’indagine Flash Eurobarometro mostra che i giovani italiani hanno, rispetto ai loro coetanei europei, una buona percezione del rischio collegato all’uso regolare di alcol (graf. 14).

Il 64% degli intervistati valuta infatti tale consumo ad alto rischio, con una percentuale che è superiore alla media europea (57%) e che si colloca al 9° posto della classifica dei 27 Paesi europei, tra il valore massimo della Lettonia (80%) e quello minimo della Danimarca (26%). Sommando le percentuali di coloro che valutano ad alto rischio il consumo regolare di alcol con quelle di chi valuta tale consumo a medio rischio, l’Italia occupa una posizione ancora migliore nella classifica, con una percentuale del 96%, inferiore di un solo punto percentuale a quella dei Paesi con il valore massimo (Lettonia e Ungheria, 97%) e che si riscontra peraltro anche in Portogallo e Slovenia.

**Graf. 14 - PERCEZIONE DEL RISCHIO PER LA SALUTE NELL’USO REGOLARE DI ALCOL NEI GIOVANI EUROPEI DI 15-24 ANNI - ANNO 2011**



Fonte: FLASH EUROBAROMETER-Youth attitudes on drugs-Analytical report, Luglio 2011

I giovani italiani risultano inoltre i primi in classifica, rispetto ai coetanei europei, nella percezione di un rischio medio-alto nell’uso occasionale (una o due volte) di alcol, con una percentuale del 41% degli intervistati che percepisce tale rischio (il 10% percepisce un rischio alto e il 31% un rischio medio). La media europea è del 26% e i valori più bassi si riscontrano nella Repubblica Ceca (11%) (graf. 15).

Secondo la stessa indagine i giovani italiani sembrano abbastanza allineati ai loro coetanei europei in merito alle opinioni sulla facilità/difficoltà di accesso all'alcol (graf. 16).

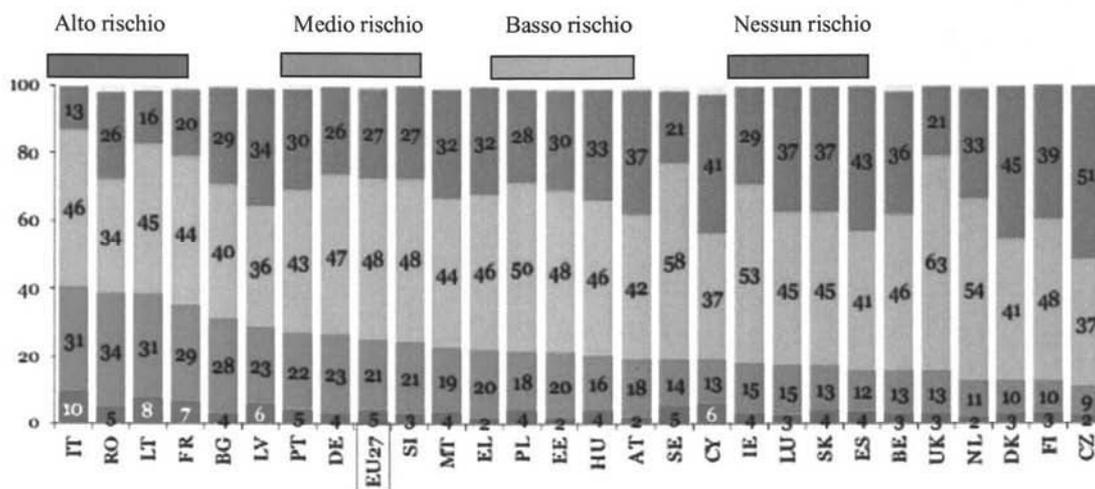
L'80% dei giovani italiani intervistati infatti ritiene "molto facile" l'accesso alle bevande alcoliche (media europea: 82%) ed il 15% lo ritiene "abbastanza facile" (media europea: 14%). Fra i giovani italiani peraltro la percezione di un accesso molto facile all'alcol non raggiunge le frequenze massime riscontrate fra i giovani danesi (94%), cechi (91%) e olandesi (88%).

Una percezione di facile accesso all'alcol significativamente minore della media europea si può riscontrare solo tra i giovani greci e ciprioti, tra i quali l'accesso all'alcol è ritenuto molto facile, rispettivamente, solo dal 58% e 59% degli intervistati ed impossibile dal 3% e 6%.

Tra i giovani greci peraltro nel 2008 la stessa indagine Eurobarometro aveva rilevato una percezione di facile accesso all'alcol molto più diffusa, spiegabile col fatto che in quell'anno non era stato ancora introdotto in Grecia il divieto di vendita ai minori.

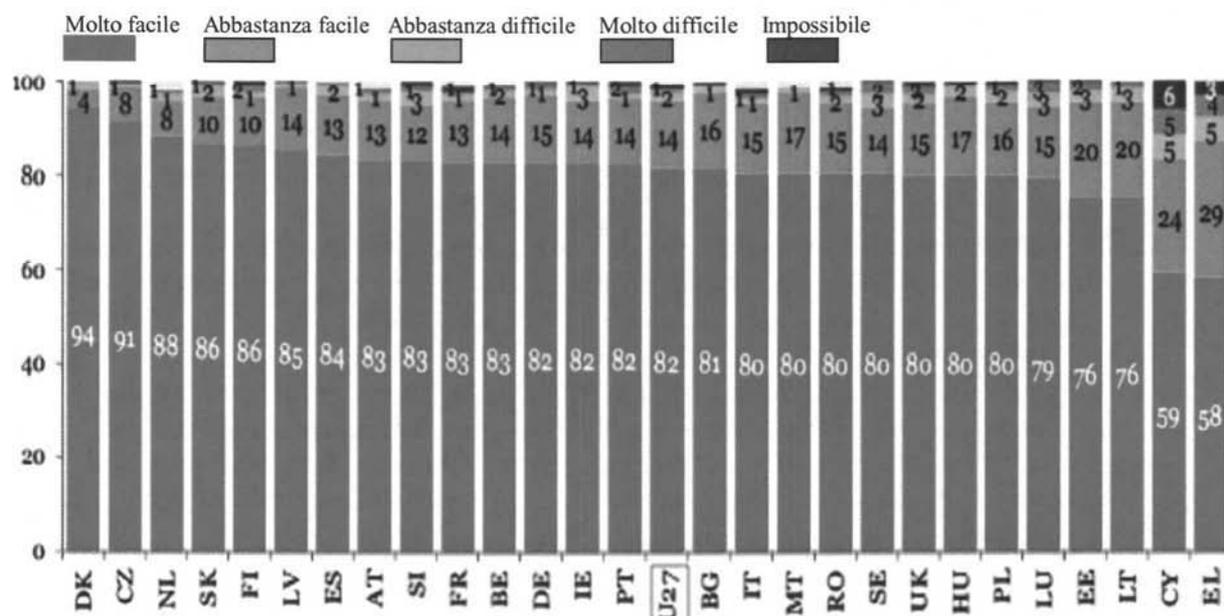
Un fenomeno analogo ci si potrebbe attendere nei prossimi anni anche in Italia a seguito della recente introduzione del divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni con la legge 189/2012.

**Graf. 15 - PERCEZIONE DEL RISCHIO ALLA SALUTE NELL'USO OCCASIONALE DI ALCOL (UNA O DUE VOLTE) NEI GIOVANI EUROPEI DI 15-24 ANNI - ANNO 2011**



Fonte: FLASH EUROBAROMETER-Youth attitudes on drugs-Analytical report, Luglio 2011

**Graf. 16 - OPINIONI DEI GIOVANI EUROPEI DI 15 - 24 ANNI SULLA DIFFICOLTÀ / FACILITÀ DI PROCURARSI ALCOL NELLE 24 ORE - ANNO 2011**



Fonte: FLASH EUROBAROMETER-Youth attitudes on drugs-Analytical report, Luglio 2011

## **1.2 La mortalità e la morbilità alcolcorrelate**

L'OMS ha recentemente ribadito, nell'ambito dei lavori conclusivi per il contrasto delle malattie non trasmissibili, svoltisi a Ginevra nel novembre 2012, che la riduzione dell'impatto delle malattie alcol attribuibili costituisce una priorità di sanità pubblica a livello globale. L'uso dannoso di alcol è causa di danni alla salute e di negative conseguenze sociali per i bevitori, le persone a loro vicine e per la società nel suo complesso. L'alcol è la principale causa di molte malattie considerate totalmente alcolcorrelate, fra cui in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma anche causa concomitante di varie altre patologie tra cui patologie vascolari, gastroenterologiche, neuropsichiatriche, immunologiche e dell'apparato scheletrico, infertilità e problemi prenatali, cancro, ivi compreso il cancro della mammella; nonché di altri gravi eventi quali incidenti stradali, omicidi, suicidi, incidenti vari.

L'OMS stima che 2,3 milioni di morti ogni anno, il 3,8% di tutte le morti a livello globale, siano attribuibili al consumo di alcol, delle quali più della metà dovute a malattie non trasmissibili, inclusi i tumori e le malattie cardiovascolari.

In Europa l'alcol è il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura, dopo il fumo e l'ipertensione.

Stime prudenti indicano che quasi 95000 uomini e oltre 25000 donne di età compresa tra i 15 e i 64 anni sono morti in Europa nell'anno 2004 per cause alcol correlate, per un totale di 120000 persone, pari all'11,8% di tutti i decessi in questa classe di età (13,9% fra i maschi e 7,7% tra le femmine); pertanto, anche tenendo conto degli effetti protettivi dell'alcol sulle malattie ischemiche e sul diabete, 1 su 7 morti fra i maschi e 1 su 13 morti fra le femmine di questa fascia di età sono stati causati dall'alcol.

In particolare in Europa è attribuibile all'uso dannoso di alcol il 25% dei decessi tra i ragazzi di 15-29 ed il 10% dei decessi tra le ragazze di pari età, dovuti soprattutto agli incidenti stradali.

Come riconosciuto in vari documenti ufficiali della Commissione Europea, sia il consumo regolare e continuativo di alcol che quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) sono comportamenti che possono causare problemi di salute o aggravarli ed accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone.

L'uso continuativo di alcol in quantità eccessive produce inoltre effetti simili a quelli di altre sostanze psicotrope anche illegali, quali induzione della dipendenza fisica e psichica, assuefazione, *craving*, compulsività ed altri disturbi del comportamento, con danni particolarmente rilevanti anche a livello sociale.

La Global Strategy dell'OMS sottolinea che l'uso dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dal livello generale del consumo in una popolazione, dai modelli del bere e dai contesti locali. Livelli e modelli di consumo alcolico sono tra loro interconnessi: l'aumento del consumo complessivo di alcol in una determinata popolazione si associa ad un aumento della prevalenza di disturbi da uso di alcol e di modelli di consumo dannosi e, d'altra parte, la riduzione della prevalenza di forti bevitori in una data popolazione si correla a una riduzione del complessivo consumo di alcol.

Secondo l'OMS i dati disponibili indicano che i livelli complessivi di consumo alcolico di una popolazione, misurati in termini di consumo pro capite, si traducono in importanti conseguenze su aspetti della salute alcol correlati in quella popolazione. L'OMS ha stimato che una riduzione del 10% nel consumo complessivo di alcol si possa tradurre nella prevenzione di 43000 morti a livello globale e di 670000 DALYs (numero di anni persi a causa di malattia, invalidità o morte precoce) dovuti a malattie non trasmissibili soltanto tra gli adulti della fascia di età 15-64 anni.

### **Le stime di mortalità dell' Istituto Superiore di Sanità**

Per l'anno 2008 l'Istituto Superiore di Sanità ha stimato la mortalità alcol correlata analizzando, nella popolazione al di sopra dei 16 anni, le cause di mortalità dovute alle malattie totalmente alcol attribuibili (per cui la causa di morte è totalmente dovuta al consumo di alcol), alle malattie parzialmente alcol attribuibili (per cui la causa di morte, valutata in base alle attuali conoscenze scientifiche, è solo parzialmente attribuibile ad un consumo dannoso di alcol) e ad altri eventi alcol attribuibili quali cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti (cause di morte non legate a patologie ma che, in base alle attuali conoscenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili ad un consumo dannoso di alcol).

Il numero dei decessi attribuibili all'alcol per tali cause è risultato complessivamente pari a 17.661 (20.102 nel 2007), di cui 11.254 relativi a maschi (12.761 nel 2007) e 6.407 a femmine (7.341 nel 2007). Secondo tale stima la mortalità alcol attribuibile nell'anno 2008 ha rappresentato pertanto il 3,8% del totale della mortalità maschile (4,39% nel 2007) ed il 2,1% di quella femminile (2,45% nel 2007) (tab. 9).

Rispetto all'anno precedente si è registrata una riduzione dei decessi alcol attribuibili pari a 2.441, di cui 1.507 (13,4%) tra gli uomini e 934 (14,6%) tra le donne.

L'ISS-O.N.A. ha analizzato l'impatto del consumo alcolico anche separatamente per le diverse classi di età (graf.17).

Si può osservare che tra i giovani-adulti le patologie alcol correlate che hanno i maggiori effetti sulla salute, seppure con differenze di genere, appartengono alla categoria *Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti*, responsabili negli uomini di 1.938 decessi fino all'età di 54 anni e nelle donne di 163 decessi fino all'età di 44 anni.

Nella mortalità delle classi di età successive (anni 55+ negli uomini, 45+ nelle donne) intervengono maggiormente le patologie croniche appartenenti alla categoria *Malattie parzialmente alcol-attribuibili*, che determinano 6.899 decessi negli uomini e 4.299 nelle donne, con i massimi valori dopo i 65 anni, e in particolar modo nella classe d'età 75+. La categoria *Malattie totalmente alcol-attribuibili* ha effetti minimi sulla mortalità, con decessi alcol attribuibili pari a 268 negli uomini e 55 nelle donne.

Dall'analisi delle frazioni di mortalità alcol attribuibile per classi di età è possibile rilevare che i valori della mortalità decrescono con l'aumentare dell'età (negli uomini, da 16,6% nella classe d'età 16-24 anni a 3,2% a partire dai 75 anni; nelle donne, rispettivamente, da 6,4% a 1,9%), a dimostrazione del fatto che l'alcol ha un impatto negativo massimo tra i più giovani, i cui decessi sono dovuti prevalentemente alle cause accidentali e in particolare agli incidenti stradali.

Dalle stime della mortalità alcol correlata, accanto all'impatto delle patologie totalmente alcol attribuibili, emerge la rilevanza di numerose cause parzialmente alcol attribuibili,

**Tab. 9 - FRAZIONI DI MORTALITÀ ALCOL-CORRELATA (AAF%) SECONDO LE TRE CATEGORIE DI CAUSA DI MORTE ICD10- 2008\***

	≥16 anni			
	Decessi alcol-attribuibili		Frazioni alcol-attribuibili (%) <sup>a</sup>	
	M	F	M	F
<b>Malattie totalmente alcol-attribuibili*</b>	268	55	100	100
<b>Malattie parzialmente alcol-attribuibili**</b>				
Condizioni materne e perinatali	0	0	0,0	0,0
Neoplasie maligne	4383	1913	4,7	2,7
Tumori benigni	375	169	8,8	4,7
Diabete mellito	-547	-588	-6,5	-5,0
Condizioni neuropsichiatriche	148	126	1,1	0,6
Malattie del sistema circolatorio	390	1163	0,4	0,9
Malattie dell'apparato digerente	2365	1547	20,6	13,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	2	1,2	0,4
<b>Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti**</b>				
Incidenti non intenzionali	3310	1882	31,8	21,9
Incidenti intenzionali	559	136	17,3	13,8
<b>Morti alcol correlate</b>	<b>11254</b>	<b>6407</b>	<b>3,8<sup>b</sup></b>	<b>2,1</b>

\* Comprendono: Sindromi psicotiche indotte da alcol, Polineuropatia alcolica, Cardiomiopatia alcolica, Gastrite alcolica, Steatosi epatica alcolica, Eccessivo livello ematico di alcol, Avvelenamento da etanolo, Avvelenamento da metanolo, Effetto tossici dell'alcol, Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol, Pancreatite cronica indotta da alcol, Sindrome fetoalcolica, Auto-avvelenamento intenzionale per esposizione all'alcol, Miopatia alcolica, Sindrome da pseudo Cushing indotta da alcol, Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcol.

\*\* Includono i seguenti gruppi di cause: *Condizioni materne e perinatali* (Aborto spontaneo, Basso peso alla nascita), *Neoplasie maligne* (Tumore dell'orofaringe, Tumore dell'esofago, Tumore al colon retto, Tumore alla laringe, Tumore al fegato, Tumore alla mammella), *Tumori benigni*, *Diabete mellito*, *Condizioni neuropsichiatriche* (Epilessia), *Malattie del sistema circolatorio* (Ipertensione arteriosa, Malattie ischemiche del cuore, Aritmia cardiaca, Varici esofagee, Emorragia cerebrale, Ictus ischemico), *Malattie dell'apparato digerente* (Cirrosi epatica, Colelitiasi, Pancreatite acuta e cronica), *Malattie della pelle e del sottocutaneo* (Psoriasi).

\*\*\* Comprendono i seguenti gruppi di cause: *Incidenti non intenzionali* (Incidenti stradali, Cadute, Annegamento e sommersione accidentali, Esposizione a fumo, fuoco e fiamme, Avvelenamento accidentale da ed esposizione a sostanze nocive, Altri incidenti non intenzionali), *Incidenti intenzionali* (Suicidio, Omicidio, Altri incidenti intenzionali).

<sup>a</sup> la stima è stata effettuata rapportando i decessi alcol-attribuibili della categoria con i decessi complessivi della stessa categoria.

<sup>b</sup> la stima è stata effettuata rapportando i decessi alcol-attribuibili totali con i decessi totali nella popolazione.

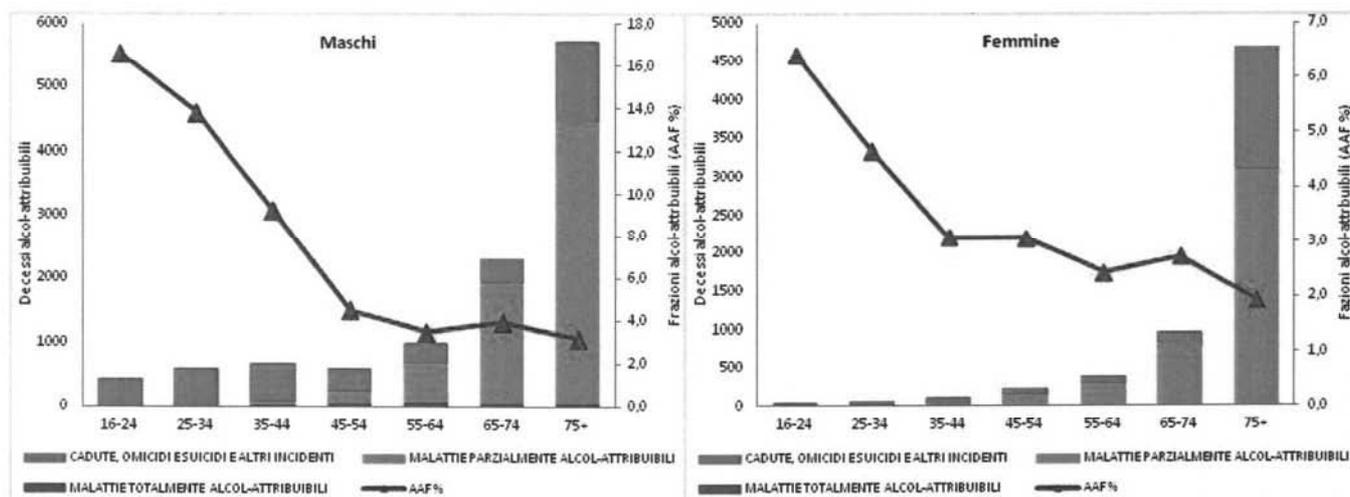
Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e *WHO CC Research on Alcohol* su dati dell'Indagine ISTAT-Multiscopo 2008 e Cause di morte ISTAT 2008

responsabili di un rilevante carico di mortalità specifica. Tra esse sono risultate maggiormente determinanti per l'anno 2008 la cirrosi epatica, le varici esofagee, il tumore della laringe, l'epilessia, il tumore del fegato, gli incidenti stradali, l'omicidio.

Le analisi sui dati della mortalità alcol correlata confermano che l'alcol ha un impatto significativo, attenuato dall'effetto di una modesta riduzione del rischio di mortalità per poche e selezionate patologie quali il diabete mellito di tipo 2 e le malattie cardiocoronariche, in particolare per le donne e per i soggetti anziani. Tali effetti positivi si correlano, peraltro, esclusivamente ad un consumo molto limitato, non superiore ai 10 grammi/die, e l'impatto dell'alcol sulla mortalità, anche al netto dei citati effetti positivi, resta sempre molto importante e va tenuto in debito conto nella elaborazione delle strategie di prevenzione e comunicazione per il contrasto dei danni

alcol correlati.

**Graf. 17 - DECESSI E FRAZIONI DI MORTALITÀ ALCOL-ATTRIBUIBILE (ALCOHOL ATTRIBUTABLE FRACTION, AAF%) SECONDO LE TRE CATEGORIE DI CAUSA DI MORTE ICD10 (2008) E LE CLASSI DI ETÀ**



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT-Multiscopo 2008 e Cause di morte ISTAT 2008

Secondo studi realizzati in ambito OMS tra i Paesi della Regione europea l'Italia occupa una delle posizioni più basse nella graduatoria delle percentuali di mortalità alcol correlata rispetto alla mortalità totale, con valori molto inferiori alla media europea e particolarmente bassi per gli uomini (graf. 18).

### La mortalità per cirrosi epatica

Il valore della mortalità per cirrosi epatica è uno dei più importanti indicatori di danno alcol correlato. I Paesi con più alti livelli di consumo alcolico in un determinato periodo presentano tendenzialmente, in generale dopo 10-15 anni, tassi di mortalità per cirrosi epatica più elevati dei Paesi con più bassi livelli di consumo. I valori massimi di mortalità si riscontrano nelle classi di età 45-64 anni di entrambi i sessi.

In Italia il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica è pari a 8,68 per 100.000 abitanti nel 2009, valore inferiore a quello rilevato nel 2008 (9,05) e che continua il trend in calo in atto dal 1990, anno in cui il valore rilevato era di ben 22,60.

Nei due ultimi decenni i tassi di mortalità per cirrosi epatica sono diminuiti in molti Paesi, seguendo abbastanza strettamente la complessiva riduzione del consumo di alcol. Anche in Italia la progressiva riduzione della mortalità per cirrosi epatica si presenta in concomitanza con la diminuzione dei consumi medi pro capite, con un andamento nel tempo molto più rapido e consistente rispetto alla media dei Paesi della Regione europea e dell'Unione Europea (graf. 19).

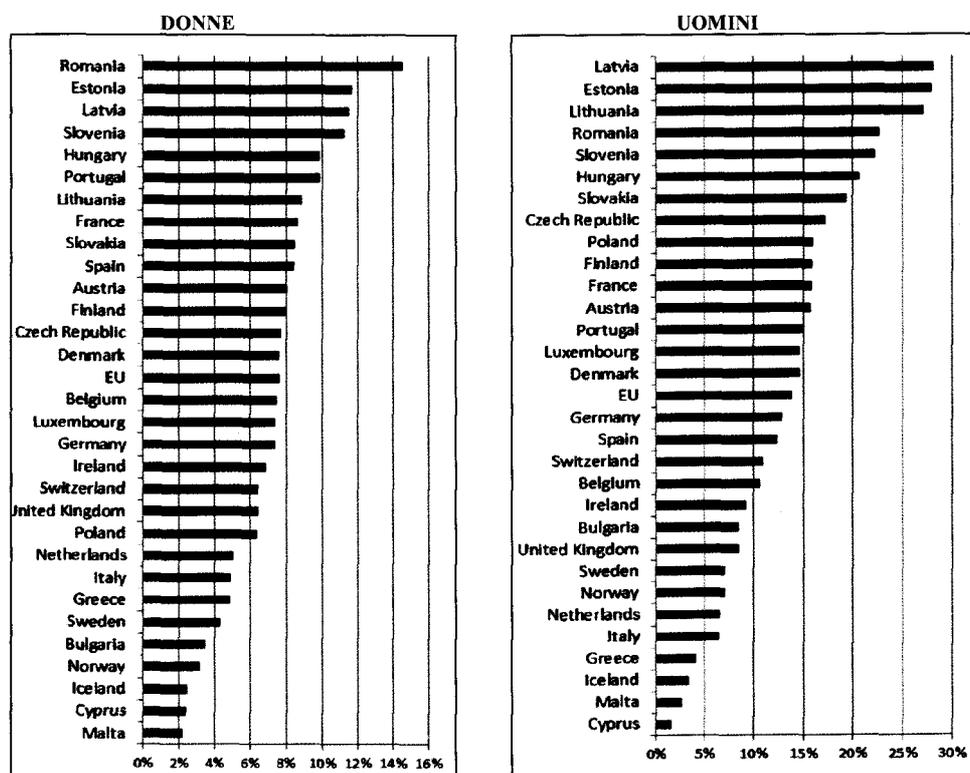
Nel 2009 il tasso di mortalità italiano appare molto inferiore a quello rilevato nello stesso anno per la media dei 27 Paesi dell’Unione europea (13, 4 per 100.000) e per la media dei Paesi di tutta la Regione Europea (17,79 per 100.000).

Esso risulta peraltro superiore a quello di alcuni Paesi dell’Unione europea quali Irlanda (7,12), Grecia (5,24), Svezia (5,1), Cipro (4,62), Malta (4,26), Olanda (4,03).

Al contrario presentano tassi di mortalità superiori a quello dell’Italia, tra gli altri, il Lussemburgo (10,13), la Francia (10,2), il Portogallo (10,65), il Regno Unito (10,82), la Germania (12,8), l’Austria (15,05).

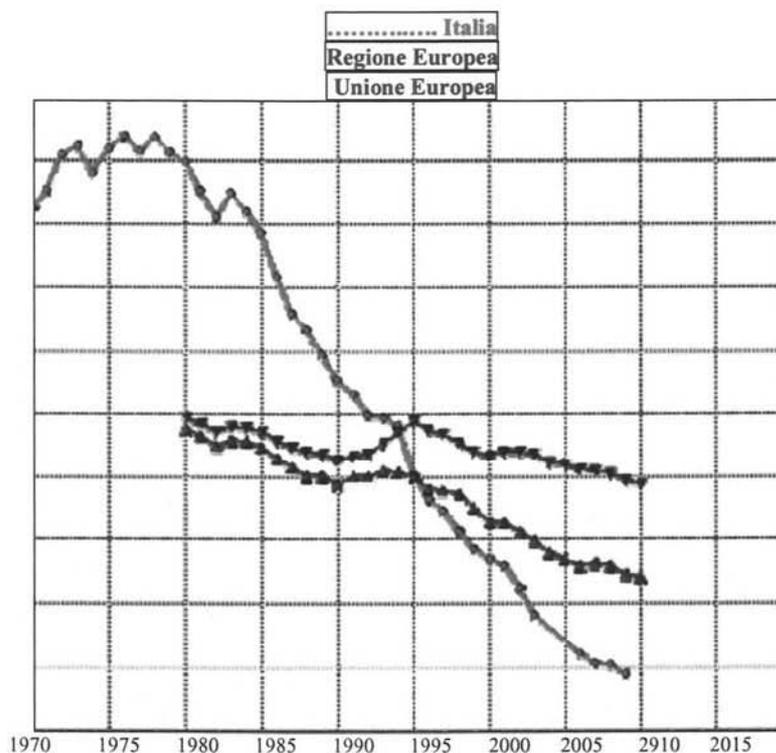
Il tasso di mortalità della Spagna (8,66) è pressoché uguale a quello dell’Italia.

**Graf. 18 - PERCENTUALE DI DECESSI ALCOL ATTRIBIBILI SULLA MORTALITÀ TOTALE NEI PAESI DELLA REGIONE EUROPEA PER LE DONNE E GLI UOMINI DI ETÀ 15 - 64 ANNI - ANNO 2004**



Fonte: WHO 2012 – Alcohol in the European Union. Consumption , harm and policy approaches

**Graf. 19 - MORTALITÀ PER CIRROSI E MALATTIE CRONICHE DEL FEGATO (tutte le età)**  
**CONFRONTO ITALIA - UNIONE EUROPEA - REGIONE EUROPEA**  
**ANNI 1970-2009 (Tassi per 100.000 abitanti)**



Fonte: WHO/Europe, European HFA Database, Luglio 2012

### **Gli incidenti stradali**

La mortalità per incidente stradale è uno dei più importanti indicatori di danno indirettamente causato dall'alcol. Secondo le stime dell'ISS-O.N.A. relative all'anno 2008 il 37,1% della mortalità maschile e il 18,1% di quella femminile causate da incidente stradale è attribuibile a un uso dannoso di alcol.

Secondo il Rapporto ACI-ISTAT 2012 nell'anno 2011 sono stati rilevati in Italia 205.638 incidenti stradali (- 2,7 % rispetto al 2010), che hanno provocato 3.860 morti (- 5,6% rispetto al 2010) e 292.019 feriti (-3,5% rispetto al 2010). Il dato del 2011 conferma la tendenza alla riduzione nel tempo di tutti i valori in questione (tab.10).

Prendendo in considerazione il decennio 2001-2011 gli incidenti stradali con lesioni a persone sono diminuiti del 21,8%, i morti del 45,6%, i feriti del 21,8% ed il relativo indice di mortalità è passato da 2,70 morti ogni 100 incidenti nel 2001 a 1,88 nel 2011.

Tra il 2010 e il 2011 in particolare tra i conducenti si registra un calo del numero dei morti pari al 5,2% e del numero dei feriti pari al 3,2%.

Prendendo in considerazione le sole donne conducenti si registra però nello stesso periodo un aumento dei decessi pari al 4%.

**Tab. 10 - INCIDENTI STRADALI , MORTI E FERITI  
ANNI 2003- 2011**

<b>ANNI</b>	<b>Incidenti</b>	<b>Morti</b>	<b>Feriti</b>
<b>2003</b>	252.271	6.563	356.475
<b>2004</b>	243.490	6.122	343.179
<b>2005</b>	240.011	5.818	334.858
<b>2006</b>	238.124	5.669	332.955
<b>2007</b>	230.871	5.131	325.850
<b>2008</b>	218.963	4.725	310.745
<b>2009</b>	215.405	4.237	307.258
<b>2010</b>	211.404	4.090	302.735
<b>2011</b>	205.638	3.860	292.019

Fonte: ACI-ISTAT - Incidenti stradali anno 2011

Nonostante la riduzione del numero dei morti verificatasi a partire dal 2001, pari al 45,6%, tuttavia l'Italia nel 2011 non ha ancora raggiunto l'obiettivo di riduzione della mortalità del 50% auspicato dall'Unione Europea per il periodo 2001-2010, obiettivo centrato da altri Paesi vicini quali Spagna, Portogallo e Francia. In Italia comunque la diminuzione della mortalità per incidente stradale resta superiore al valore medio europeo (-44,5%).

Nel 2011 sia tra i maschi che tra le femmine il più alto numero di morti si è registrato nella fascia di età 20-24 anni (296 maschi e 82 femmine); per i maschi elevati valori di mortalità si riscontrano in tutte le classi di età fino a 39 anni, mentre per le femmine i valori immediatamente inferiori a quello più elevato si riscontrano nelle classi di età fra i 75 e gli 84 anni, dove un'alta percentuale di donne è coinvolta in incidenti come pedone.

Nella fascia di età 20-24 anni si registra anche il più alto numero di feriti (35.249), sia tra i maschi (21.919) che tra le femmine (13.330), ma molto alto appare il numero dei feriti in tutte le fasce di età comprese fra i 15 e i 39 anni di entrambi i sessi.

Tra i conducenti il maggior numero di morti si riscontra nella fascia di età 35-39 anni, immediatamente seguita, con valori molto alti, da quella di 20-24 anni e 25-29 anni; il maggior numero di feriti si riscontra nella fascia di età 20-24 anni, immediatamente seguita, con valori molto alti, da quelle di 35-39 anni e 25-29 anni.

Tra i giorni della settimana la maggiore concentrazione di incidenti con lesioni a persone si rileva il venerdì (15,6 % del totale) e quella minore la domenica (10,5 %). Il venerdì presenta anche la maggiore concentrazione di feriti (15,1 % del totale).

La maggiore concentrazione di decessi si rileva nelle giornate del sabato (16,6%) e della domenica (15,7%). Anche l'indice di mortalità (n. morti ogni 100 incidenti) presenta i valori massimi la domenica e il sabato (rispettivamente, 2,8 e 2,2 morti ogni cento incidenti).

Nell'arco della giornata la distribuzione degli incidenti presenta il suo valore massimo attorno alle ore 18, ma alti valori si riscontrano, secondo l'usuale andamento, anche nelle fasce orarie 8-9 e 12-13.

Fra le ore 22 e le 6 del mattino si registrano i valori più elevati dell'indice di mortalità, compresi fra 2,2 e 6,0 decessi ogni 100 incidenti.

Il picco più alto dell'indice di mortalità (6,0 ogni 100 incidenti) si registra attorno alle 5 del mattino.

Nel 2011 gli incidenti del venerdì e sabato notte hanno rappresentato il 40,7% del totale di tutti gli incidenti notturni, provocando un numero di morti e feriti pari, rispettivamente, al 42,8% e 43,3% del totale di morti e feriti rilevato negli incidenti notturni, con percentuali analoghe nelle strade urbane ed extraurbane. Nelle strade extraurbane si rilevano peraltro indici più elevati di mortalità notturna, soprattutto la domenica e il giovedì notte, ma anche il sabato notte.

Questi dati suscitano particolare allarme data l'elevata correlazione stimata tra gli incidenti notturni del fine settimana e l'abuso di alcol o altre sostanze d'abuso, soprattutto da parte dei giovani.

Va peraltro rilevato che nel 2011 la percentuale degli incidenti del venerdì e sabato notte in rapporto al totale degli incidenti notturni conferma il suo andamento discendente, con valori inferiori rispetto a quelli rilevati nel 2010 (42,6%), nel 2009 (43,2%), nel 2008 (44%), nel 2007 (44,6%) e nel 2006 (44,6%).

Nel 2011 il maggior numero di incidenti e di morti si è registrato nel mese di Maggio, mentre il più elevato indice di mortalità (2,3 morti ogni 100 incidenti) si è registrato nel mese di Agosto.

Dal 2009 il Rapporto ACI-ISTAT non pubblica dati sulle cause di incidente stradale legate allo stato psico-fisico alterato del conducente, fra le quali è presente l'ebbrezza da alcol, in quanto varie criticità presenti nel processo di rilevazione di tali cause rendono il dato sottostimato.

Gli ultimi dati diffusi da ACI-ISTAT sugli incidenti causati da ebbrezza da alcol si riferiscono pertanto al 2008, anno in cui tale causa ha rappresentato 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).

L'Istituto Superiore di Sanità stima comunque gli incidenti stradali alcolcorrelati pari al 30-35% del totale di tutti gli incidenti.

Da un'analisi condotta sulla percezione del problema della sicurezza stradale nell'ambito del XIX Rapporto ACI-CENSIS emerge che nel 2011 la guida sotto l'influenza di alcol o droghe costituisce la principale preoccupazione degli automobilisti per la sicurezza stradale (71,4% degli intervistati), superiore a quella relativa all'eccesso di velocità (52,5% degli intervistati) e alla distrazione (21,5%).

La diffusione di tale preoccupazione presenta un andamento in crescita, con un dato superiore a quello rilevato nel 2009 (59,1%) e nel 2010 (64,9%), e si riscontra più frequentemente nelle Regioni del Sud ed Isole (77,6%) rispetto a quelle del Nord Est (69,5%), del Nord Ovest (68,8%) e del Centro (65,6%).

Il fenomeno sembra indicare una buona consapevolezza della pericolosità dell'alcol alla guida, confermata dai dati relativi ai comportamenti assunti, che indicano un netto miglioramento nel tempo della percezione del rischio (tab. 11).