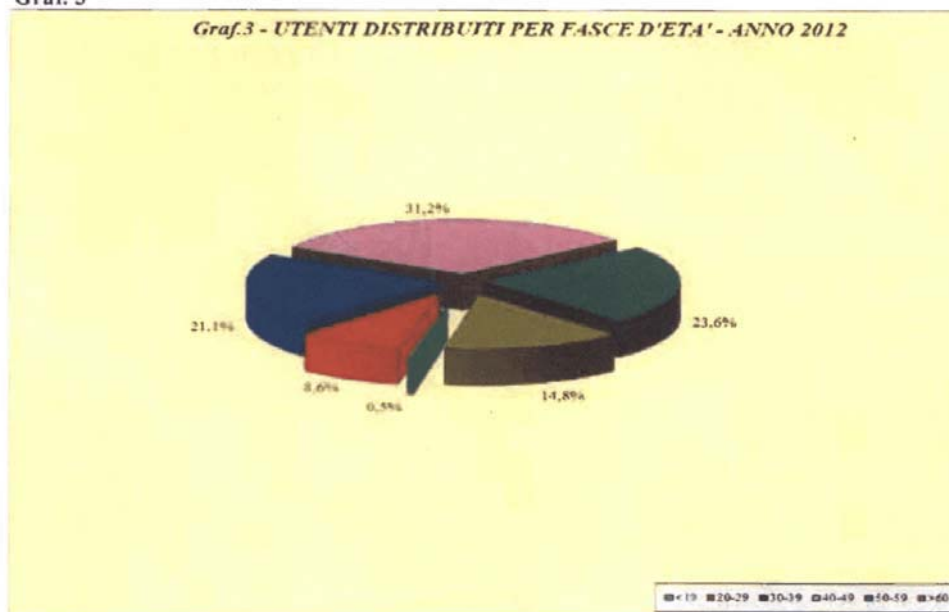


Graf. 3



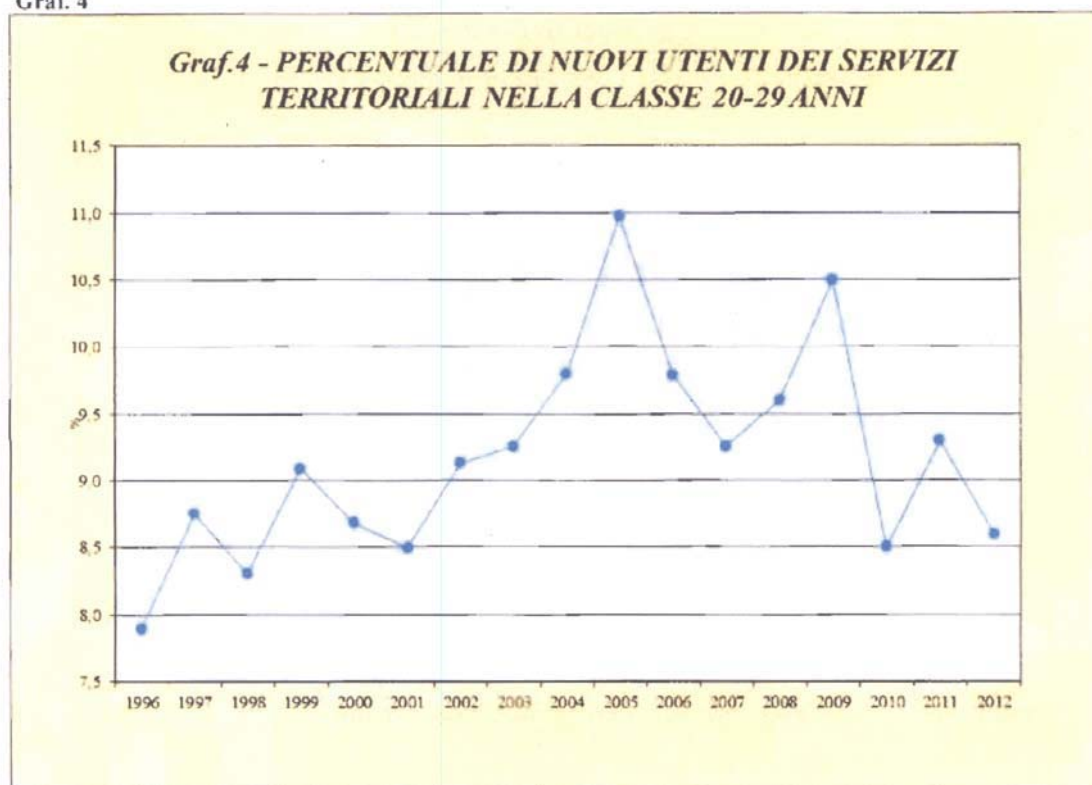
Tab. 9 - DISTRIBUZIONE PER ETA' (%) DEGLI UTENTI DEI SERVIZI O GRUPPI DI LAVORO RILEVATI

CLASSI DI ETA'	TOTALE UTENTI							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<20	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5
20-29	11,0	9,8	9,3	9,6	10,5	8,5	9,3	8,6
30-39	24,3	23,7	23,2	23,0	22,9	21,5	22,2	21,1
40-49	28,9	29,3	30,1	30,2	30,0	30,4	31,3	31,2
50-59	21,6	22,3	22,3	22,1	22,1	23,4	23,0	23,6
>=60	13,5	14,2	14,4	14,6	13,9	15,5	13,8	14,8
<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>	<b>100,0</b>

CLASSI DI ETA'	NUOVI UTENTI							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<20	1,3	1,4	1,3	1,1	1,0	1,1	1,0	0,9
20-29	15,7	13,5	13,9	14,2	15,4	12,6	12,5	12,8
30-39	26,1	25,2	25,5	25,8	25,4	25,0	24,7	24,1
40-49	26,8	27,6	28,2	28,1	28,1	28,7	30,0	29,3
50-59	18,4	19,8	18,6	18,8	19,0	19,3	20,2	19,9
>=60	11,6	12,5	12,5	12,0	11,2	13,3	11,5	12,9
<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>	<b>100,0</b>

Fonte: Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - U.II. VII

Graf. 4



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

#### **Un confronto con i giovani europei**

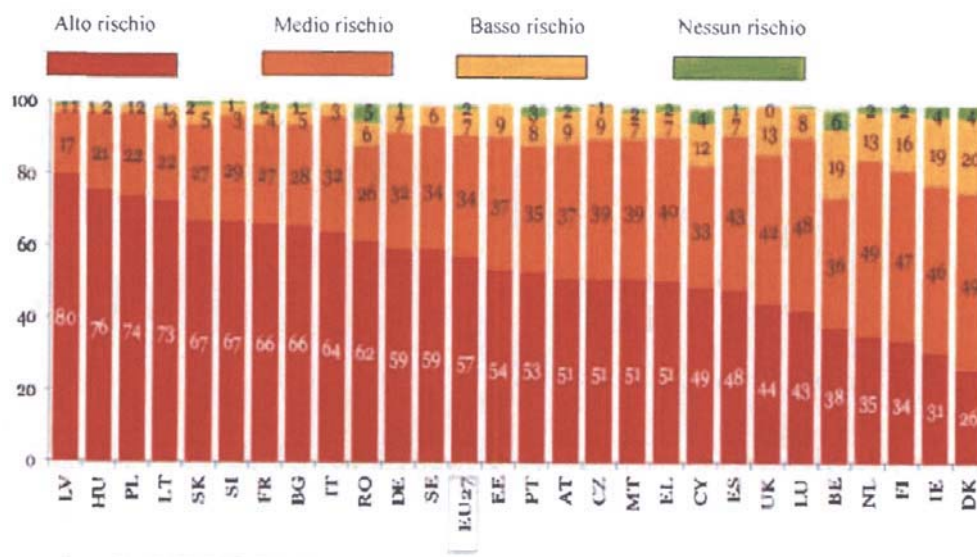
Un confronto con gli altri Paesi dell'Unione Europea effettuato nel 2011 nell'ambito di un'indagine Flash Eurobarometro mostra che i giovani italiani di 15-24 anni hanno, rispetto ai loro coetanei europei, una buona percezione del rischio collegato all'uso regolare di alcol (graf. 5).

Ritiene infatti che tale consumo sia ad alto rischio il 64% degli intervistati, una percentuale che è superiore alla media europea (57%) e che si colloca al 9° posto nella classifica dei 27 Paesi dell'Unione Europea, 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 in tale classifica, con una percentuale del 96%, inferiore di un solo punto a quella dei Paesi con i valori massimi (Lettonia e Ungheria, 97%) e riscontrabile peraltro anche in Portogallo e Slovenia.

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% di intervistati che percepiscono tale rischio (il 10% percepisce un rischio

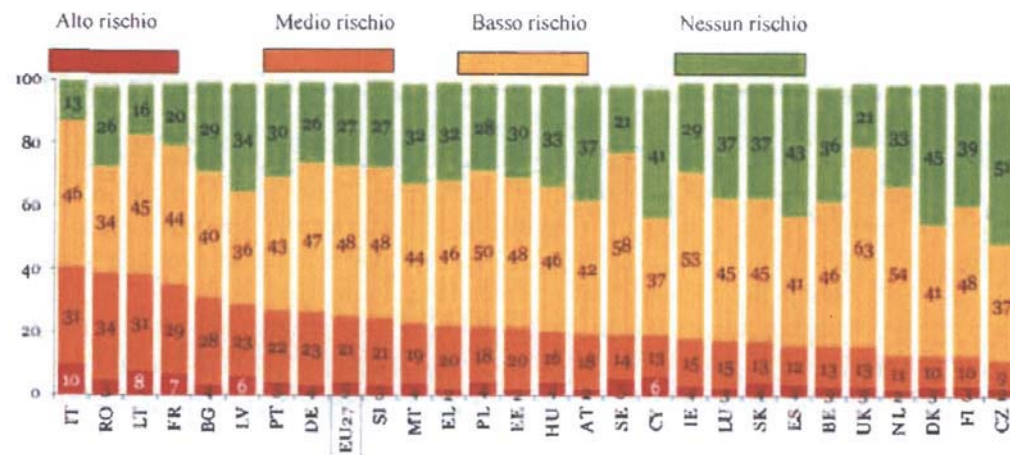
alto e il 31% un rischio medio). La media europea è del 26% e il valore più basso, riscontrato nella Repubblica Ceca, è pari all'11% (graf. 6).

**Graf. 5 - 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

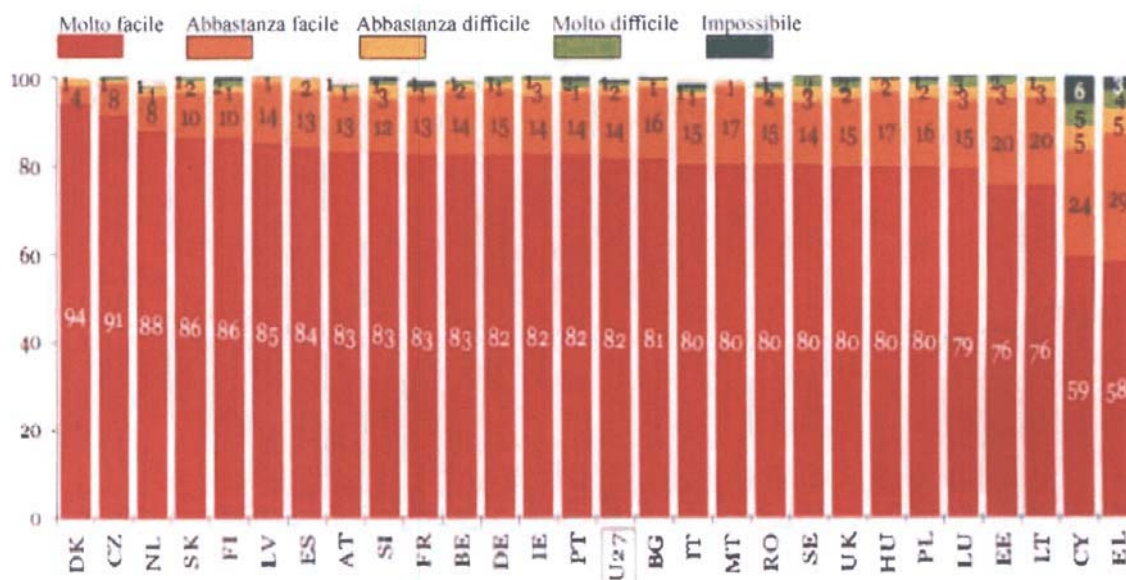
**Graf. 6 - PERCEZIONE DEL RISCHIO ALLA SALUTE NELL'USO OCCASIONALE DI ALCOL (UNA O DUE VOLTE) NEI GIOVANI EUROPEI DI 15-24 ANNI - ANNO 2011**



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

Secondo la stessa indagine i giovani italiani sembrano abbastanza allineati ai loro coetanei europei relativamente alle opinioni sulla facilità/difficoltà di accesso all'alcol (graf. 7).

**Graf. 7 - 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

L'80% dei giovani italiani intervistati ritiene infatti "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 prevalenza di coloro che ritengono l'accesso all'alcol molto facile è ancora lontana dalle prevalenze massime riscontrate fra i giovani danesi (94%), cechi (91%) e olandesi (88%).

Una prevalenza significativamente inferiore alla media europea di giovani che ritengono molto facile l'accesso all'alcol si può riscontrare solo tra i giovani greci e ciprioti (pari, rispettivamente, al 58% e 59% degli intervistati). Tra i giovani greci peraltro questi bassi valori potrebbero essere dovuti alla concomitanza tra l'indagine Eurobarometro di cui trattasi e l'introduzione del divieto di vendita di bevande alcoliche ai minori.

Un fenomeno analogo potrebbe verificarsi auspicabilmente nei prossimi anni anche in Italia a seguito della recente introduzione, con la legge 189/2012, del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni.

## **1.2 La mortalità e la morbilità alcol correlate**

Nell'ambito del Piano di azione per la prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili recentemente avviato dall'OMS per gli anni 2013-2020 viene confermata la necessità di ridurre l'impatto delle malattie alcol attribuibili, che costituiscono una priorità di sanità pubblica a livello globale. L'uso dannoso di alcol è causa di danni alla salute e di conseguenze sociali negative per i bevitori, le persone a loro vicine e per la società nel suo complesso.

L'alcol è la causa principale di molte malattie considerate totalmente alcol correlate, fra cui in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma anche causa concomitante di varie altre patologie vascolari, gastroenterologiche, neuropsichiatriche, immunologiche e dell'apparato scheletrico, di infertilità e problemi prenatali, di 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 95.000 uomini e oltre 25.000 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 circa 120.000 persone, pari all'11,8% di tutti i decessi in questo raggruppamento 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, una su 7 morti fra i maschi e una su 13 morti fra le femmine di questo raggruppamento 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*) 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 illegali, con induzione di dipendenza fisica e psichica, assuefazione, *craving*, compulsività ed altri disturbi del comportamento, provocando danni particolarmente rilevanti anche a livello sociale.

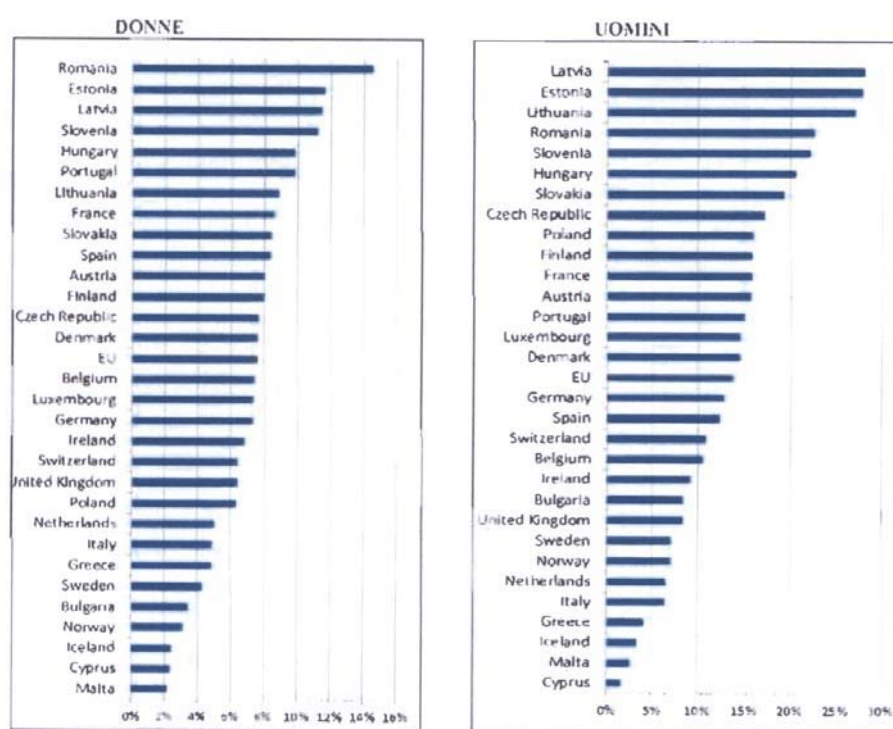
Come ribadito nella Global Strategy dell'OMS, l'uso dannoso di alcol e i relativi problemi di salute pubblica sono influenzati dal livello generale di consumo alcolico della popolazione, dai modelli del bere e dai contesti locali. Livelli e modelli di consumo alcolico sono tra loro interconnessi: l'aumento 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; mentre, d'altra parte, la riduzione della prevalenza dei forti bevitori in una data popolazione si correla a una riduzione del consumo di alcol complessivo.

I dati disponibili indicano, secondo l'OMS, che i livelli complessivi di consumo alcolico di una popolazione, misurati in termini di consumo pro capite, si traducono in importanti

conseguenze su aspetti di salute alcol correlati in quella popolazione; una riduzione del 10% nel consumo complessivo di alcol si potrebbe in tal modo tradurre nella prevenzione di 43.000 morti a livello globale e di 670.000 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.

Tra i Paesi della Regione europea aderenti all'OMS 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.8).

**Graf. 8 - PERCENTUALE DI DECESSI ALCOL ATTRIBIBILI SULLA MORTALITÀ TOTALE NEI PAESI DELLA REGIONE EUROPEA TRA 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

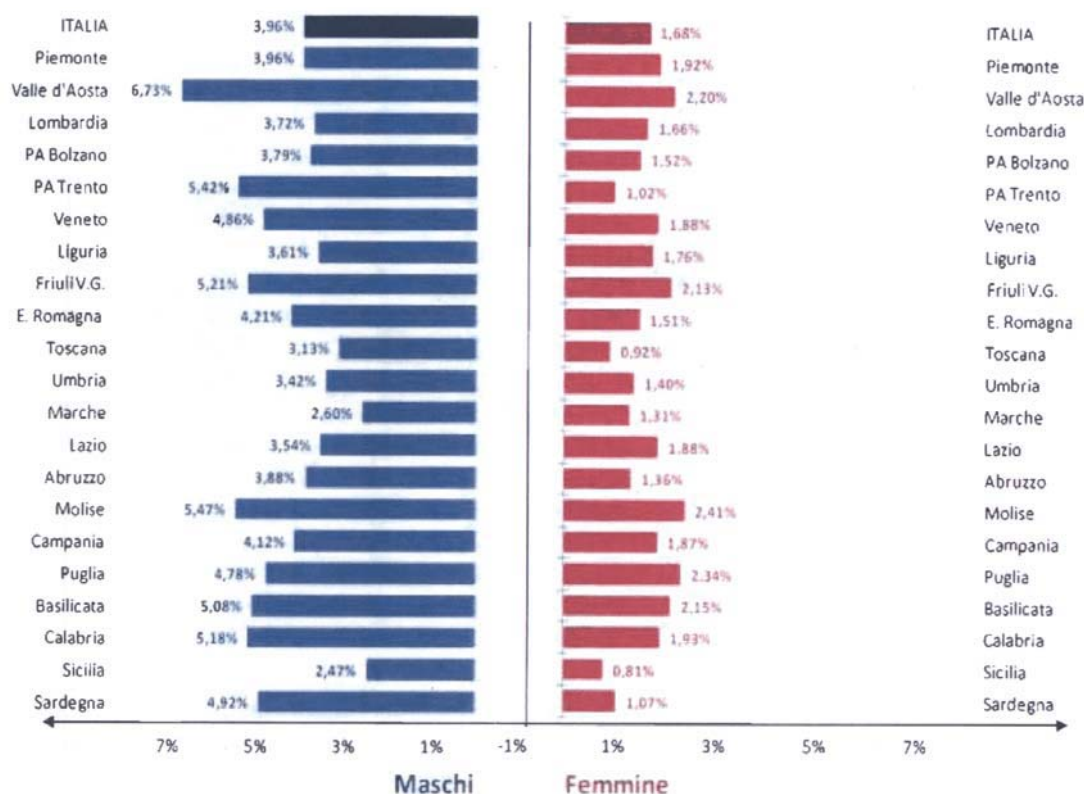
### Le stime di mortalità dell' Istituto Superiore di Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità ha stimato la mortalità alcol correlata, a livello nazionale e regionale, analizzando, separatamente per i due sessi, sulla base della *International Classification of Diseases* ed. 10, le cause di mortalità dovute a patologie totalmente alcol attribuibili (per le quali la causa di morte è totalmente dovuta al consumo di alcol), a patologie parzialmente alcol attribuibili (per le quali la causa di morte, valutata in base alle attuali conoscenze scientifiche, è solo parzialmente attribuibile al consumo dannoso di alcol) e ad altre cause di morte non naturale, non riconducibili a specifiche patologie ma che, in base

alle attuali evidenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili al consumo dannoso di alcol, quali cadute, omicidi, suicidi ed altri incidenti.

Secondo tali stime a livello nazionale nell'anno 2010 la mortalità alcol attribuibile ha rappresentato il 3,96 % del totale della mortalità maschile e l'1,68% di quella femminile (graf. 9).

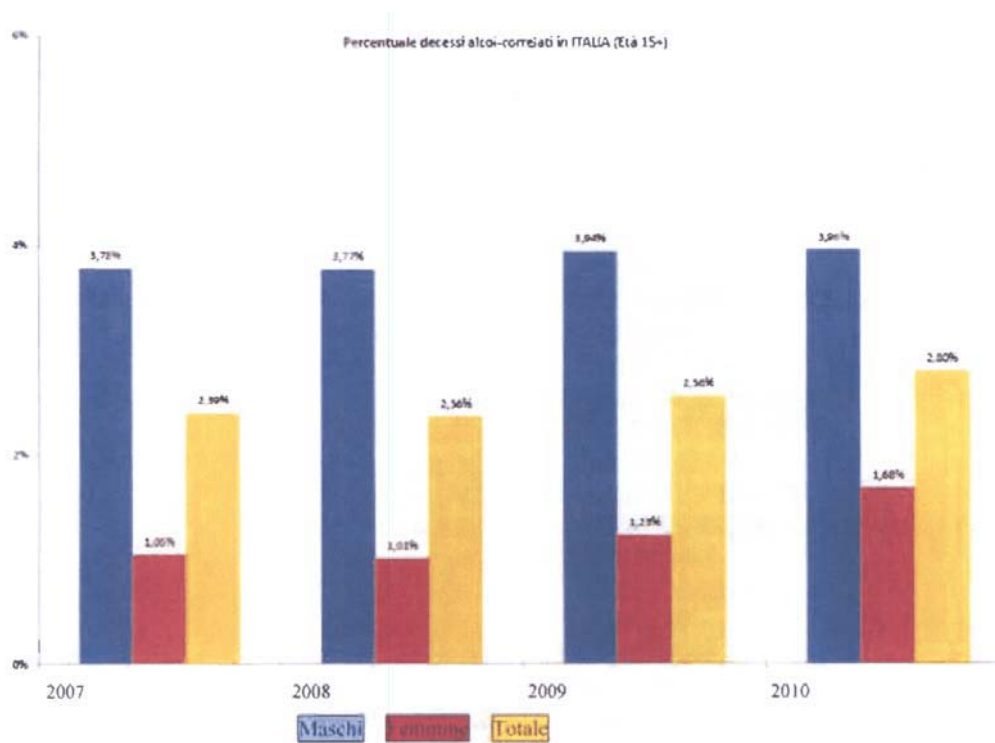
**Graf. 9 - PERCENTUALI DI DECESSI ALCOL CORRELATI NELLE REGIONI ITALIANE PER SESSO ANNO 2010**



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

A livello regionale Valle d'Aosta, Molise, P.A. Trento e Friuli V.G. presentano le percentuali più alte di mortalità maschile alcol correlata, mentre per la mortalità femminile le percentuali più alte si riscontrano in Molise, Puglia, Valle d'Aosta e Basilicata.

Esaminando l'andamento del fenomeno nel tempo si rileva a livello nazionale, nel quadriennio 2007-2010, una lieve tendenza all'aumento della percentuale di decessi alcol attribuibili sul totale della mortalità sia maschile che femminile, maggiormente accentuata per le femmine (graf. 10).

**Graf. 10 - PERCENTUALI DI DECESSI ALCOL-CORRELATI IN ITALIA PER SESSO - ANNI 2007 - 2010**

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

A livello regionale, peraltro, si rileva nel quadriennio una tendenza alla diminuzione delle percentuali di mortalità maschile in diverse Regioni ( Lombardia, Veneto, Liguria, Toscana, Marche, Basilicata, Sicilia, Provincia A. di Bolzano); mentre per la popolazione femminile tale tendenza è presente solo in tre Regioni (Valle d'Aosta, Veneto e Toscana) (tab. 10).

L'Istituto Superiore di Sanità - Osservatorio Nazionale Alcol ha analizzato l'impatto del consumo alcolico sulla mortalità separatamente per le diverse classi di età, con riferimento all'anno 2008 (graf.11).

Da tale analisi emerge che tra i giovani e i giovani adulti le patologie alcol correlate con maggiori effetti sulla mortalità appartengono, seppure con differenze di genere, alla

**Tab. 10 - PERCENTUALI DI DECESSI ALCOL CORRELATI NELLE REGIONI ITALIANE PER SESSO ANNI 2007 - 2010**

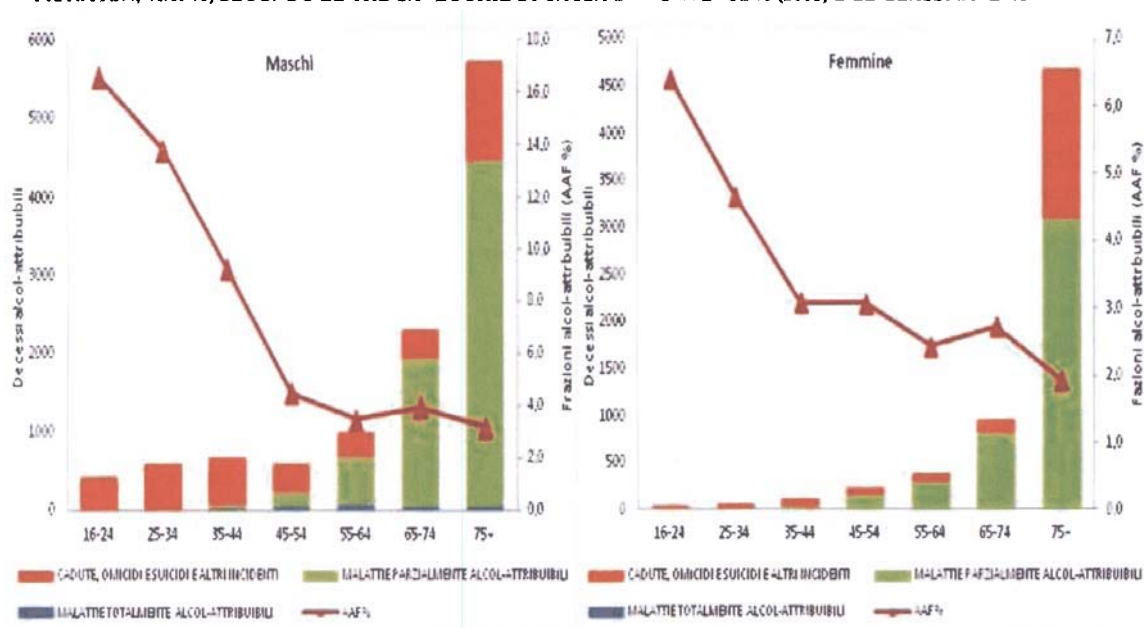
Regioni	Maschi				Femmine			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
<b>ITALIA</b>	<b>3,78%</b>	<b>3,77%</b>	<b>3,94%</b>	<b>3,96%</b>	<b>1,05%</b>	<b>1,01%</b>	<b>1,23%</b>	<b>1,68%</b>
Piemonte	3,92%	4,21%	nd	3,96%	1,49%	1,75%	nd	1,92%
Val d'Aosta	4,70%	4,56%	nd	6,73%	3,70%	0,86%	nd	2,20%
Lombardia	3,97%	4,00%	4,40%	3,72%	1,64%	0,78%	1,58%	1,66%
PA Bolzano	4,68%	4,75%	nd	3,79%	-0,02%	-0,71%	nd	1,52%
PA Trento	2,26%	5,84%	nd	5,42%	-1,15%	0,94%	nd	1,02%
Veneto	4,99%	4,87%	4,59%	4,86%	2,10%	1,53%	2,19%	1,88%
Liguria	3,76%	3,42%	4,06%	3,61%	1,15%	1,65%	0,95%	1,76%
Friuli V.G.	4,29%	5,43%	4,34%	5,21%	0,91%	-0,16%	1,40%	2,13%
E. Romagna	3,63%	3,73%	3,79%	4,21%	1,07%	1,63%	1,44%	1,51%
Toscana	3,20%	3,67%	3,40%	3,13%	1,10%	1,57%	1,24%	0,92%
Umbria	3,06%	3,43%	3,23%	3,42%	0,83%	0,96%	0,68%	1,40%
Marche	3,53%	2,99%	3,54%	2,60%	0,43%	0,63%	0,77%	1,31%
Lazio	3,39%	2,18%	3,62%	3,54%	0,19%	-0,48%	1,18%	1,88%
Abruzzo	3,54%	4,50%	3,54%	3,88%	0,37%	0,72%	0,67%	1,36%
Molise	3,14%	4,71%	4,49%	5,47%	1,22%	2,05%	1,82%	2,41%
Campania	3,51%	2,20%	3,67%	4,12%	0,00%	0,47%	0,87%	1,87%
Puglia	4,07%	5,23%	4,55%	4,78%	1,32%	2,28%	0,88%	2,34%
Basilicata	5,28%	5,20%	5,76%	5,08%	0,40%	1,98%	1,12%	2,15%
Calabria	4,01%	4,24%	3,99%	5,18%	0,26%	1,47%	0,14%	1,93%
Sicilia	2,58%	2,17%	2,44%	2,47%	0,37%	-0,57%	0,14%	0,81%
Sardegna	4,73%	4,86%	4,53%	4,92%	0,60%	0,81%	1,12%	1,07%

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS

categoria *Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti* \*, mentre 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*\*\*, con i massimi valori dopo 65 anni, e in particolare nella classe di età 75+.

La categoria *Malattie totalmente alcol-attribuibili* \*\*\* è quella che ha effetti minori sulla mortalità.

**Graf. 11 - 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

\*Comprende 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).

\*\*Include 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).

\*\*\*Comprende: 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 tossico dell'alcol, Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol, Pancreatite cronica indotta da alcol, Sindrome fettoalcolica, 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.

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 cardio coronariche, 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.

#### **La mortalità per cirrosi epatica**

Il tasso di mortalità per cirrosi epatica costituisce uno dei principali indicatori di danno alcol correlato.

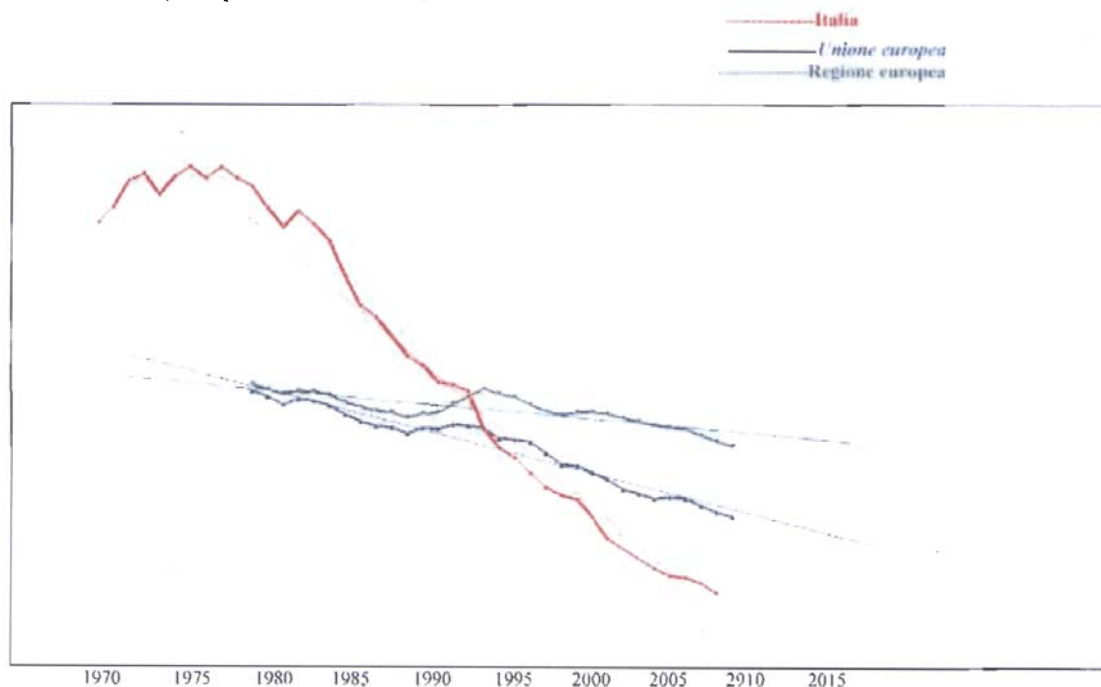
I Paesi con più alti livelli di consumo alcolico in un determinato periodo tendenzialmente presentano, in generale dopo 10-15 anni, tassi di mortalità per cirrosi epatica più elevati dei Paesi con più bassi livelli di consumo nello stesso periodo.

I valori massimi di mortalità si riscontrano nelle classi di età 45-64 anni di entrambi i sessi.

Nel 2010 in Italia il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica è pari a 8,09 per 100.000 abitanti, valore inferiore a quello rilevato nel 2009 (8,68) e che prosegue il trend in calo in atto dal 1990, anno in cui il valore rilevato era di ben 22,60.

In molti Paesi si è verificata nei due ultimi decenni un'evidente diminuzione dei tassi di mortalità per cirrosi epatica, che fa riscontro alla complessiva riduzione del consumo di alcol. In Italia tale diminuzione della mortalità presenta un andamento nel tempo molto più rapido e consistente rispetto alla media sia dei Paesi della Regione europea che dell'Unione Europea (graf. 12), in concomitanza con la forte riduzione del consumo medio pro capite di alcol puro registrato a partire dagli anni '80.

**Graf. 12 - MORTALITÀ PER CIRROSI E MALATTIE CRONICHE DEL FEGATO (*tutte le età*)  
CONFRONTO ITALIA - REGIONE EUROPEA - UNIONE EUROPEA  
ANNI 1970-2010 (*Tassi per 100.000 abitanti*)**



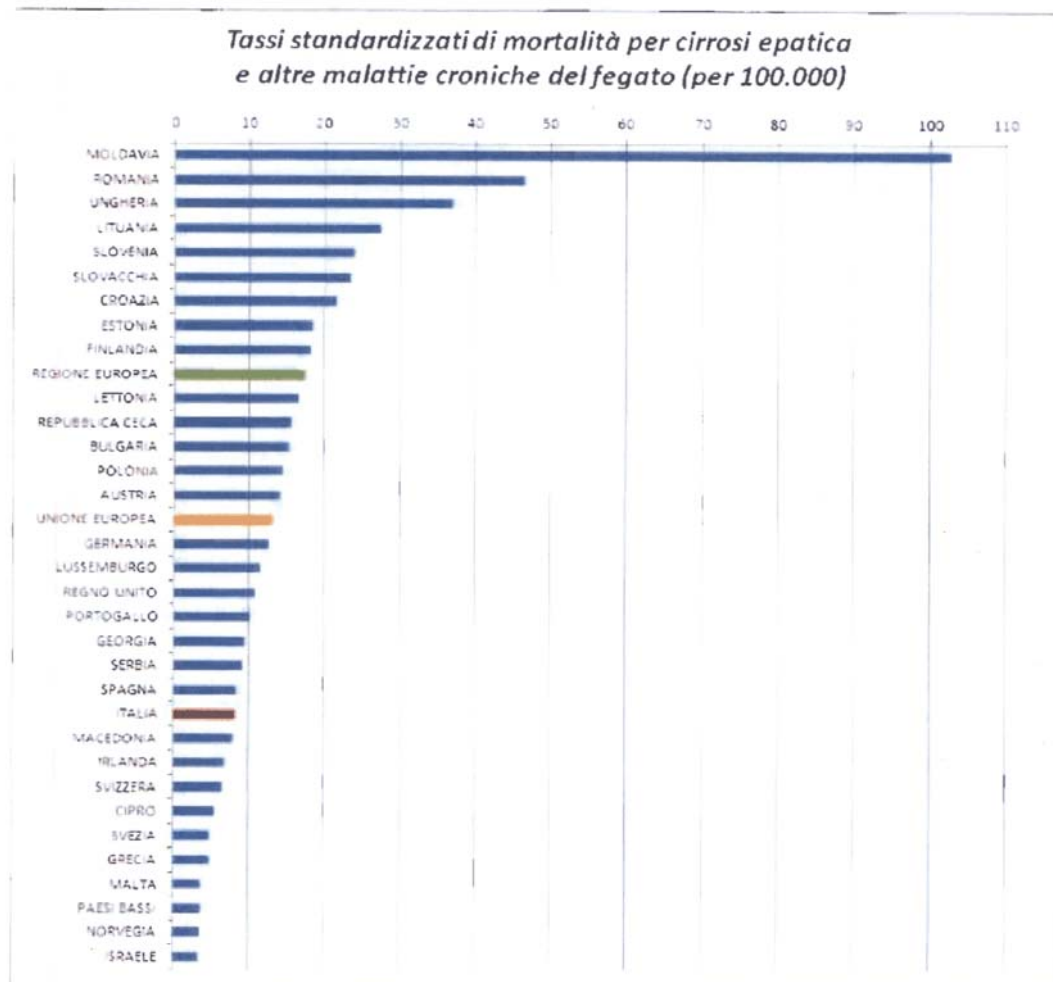
Fonte: WHO/Europe, European HFA Database. Ottobre 2013

Nel 2010 il tasso di mortalità italiano appare molto inferiore a quello rilevato nello stesso anno per la media dei 27 Paesi dell'Unione europea (13,01 per 100.000) e per la media dei Paesi di tutta la Regione Europea (17,34 per 100.000) (graf. 13).

Nell'Unione europea presentano tassi inferiori a quello dell'Italia solo Irlanda (6,96), Cipro (5,61), Svezia (4,88), Grecia (4,85), Malta (3,83), Olanda (3,76).

Al contrario presentano tassi di mortalità superiori a quello dell'Italia, tra gli altri, la Spagna (8,35), il Portogallo (10,24), il Regno Unito (10,85), il Lussemburgo (11,50), la Germania (12,74), l'Austria (14,16).

**Graf. 13- MORTALITA' PER CIRROSI E ALTRE MALATTIE CRONICHE DEL FEGATO IN ALCUNI PAESI DELLA REGIONE EUROPEA - ANNO 2010**  
(Tassi per 100.000 ab.)



Fonte: Elaborazioni Ministero della Salute su WHO/Europe, European HFA Database. Ottobre 2013

### **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 2013 nell'anno 2012 sono stati rilevati in Italia 186.726 incidenti stradali con lesioni a persone (- 9,2 % rispetto al 2011), che hanno provocato 3.653 morti (- 5,4% rispetto al 2011) e 264.716 feriti (- 9,3% rispetto al 2011). Il dato del 2012 conferma la tendenza alla riduzione nel tempo di tutti i valori in questione (tab.11).

**Tab. II-INCIDENTI STRADALI, MORTI E FERITI**  
ANNI 2003- 2012

	<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
<b>2012</b>	186.726	3.653	264.716

Fonte: ACI-ISTAT - Incidenti stradali in Italia - Anno 2012

Prendendo in considerazione il decennio 2001-2012 gli incidenti stradali con lesioni a persone sono diminuiti del 29%, i morti del 48,5%, i feriti del 29,1% ed il relativo tasso di mortalità (rapporto tra n. morti e popolazione residente, per 1.000.000) è passato dal 124,5 del 2001 al 60,1 del 2012.

Peraltro tra il 2011 e il 2012 in Italia la riduzione del n. dei morti (-5,4%) è inferiore a quella media dei Paesi dell'UE (-8,8%) e anche il tasso di mortalità per incidente stradale del 2012 (60,1 per milione) si presenta superiore alla media europea (55,0 per milione), collocando l'Italia al 13° posto tra i Paesi dell'UE, dopo Regno Unito (28,1), Spagna (39,7), Germania (44,0) e Francia (57,6).

Nel 2012, prendendo complessivamente in considerazione i due sessi, il più alto numero di morti si è registrato nella fascia di età 20-24 anni (309). Tra i maschi il maggior numero di morti riguarda la classe di età 35-39 anni, seguita, con valori quasi analoghi, dalle fasce di età 40-44 e 20-24 anni. Per le femmine i valori più elevati di mortalità si riscontrano nella classe di età 20-24 anni nonché in quelle di 70-74 e 80-84 anni, nelle quali 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 (31.305), sia tra i maschi (19.238) che tra le femmine (12.067), ma molto alto appare il numero dei feriti di entrambi i sessi in tutte le fasce di età comprese fra i 15 e i 39 anni.

Tra i conducenti il maggior numero di morti si riscontra nelle fasce di età tra i 30 e i 44 anni, immediatamente seguite, con valori molto simili, da quella di 20-24 anni. Il maggior numero di feriti si riscontra nella fascia di età 20-24 anni.

Tra il 2011 e il 2012 si registra in generale tra i conducenti un calo del numero dei morti e dei feriti, ma prendendo in considerazione i conducenti più anziani di sesso maschile si registra un aumento del numero dei morti pari al 14% nella classe di età 80-84 e al 25% in quella di 85-89 anni.

Tra i giorni della settimana la maggiore concentrazione di incidenti con lesioni a persone si rileva il venerdì (29.423, corrispondente al 15,8 % del totale). Il venerdì presenta anche la maggiore concentrazione di feriti (40.581, corrispondente al 15,3 % del totale).

La maggiore concentrazione di decessi si rileva nelle giornate del sabato (620, pari al 17% del totale) e della domenica (16% del totale), giornate in cui si presentano anche i massimi indici di mortalità (rispettivamente, 2,4 e 3,0 morti ogni cento incidenti).

Nel 2012, analogamente al 2011, la distribuzione degli incidenti nell'arco della giornata presenta il suo valore massimo tra le ore 18 e 19, ma alti valori si riscontrano, secondo l'usuale andamento, anche nella fascia oraria 8-9 e intorno alle ore 13.

Fra le ore 21 e le ore 7 del mattino si innalzano i valori dell'indice di mortalità, che raggiungono il picco massimo (circa 4,6 morti ogni 100 incidenti) intorno alle ore 3, 5 e 6.

Nel 2012 gli incidenti del venerdì e sabato notte hanno rappresentato il 42,3% del totale di tutti gli incidenti notturni, provocando un numero di morti e feriti pari, rispettivamente, al 42% e 45% 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 il lunedì e il giovedì notte (rispettivamente, 7,71 e 7,74 morti ogni 100 incidenti) ma anche il sabato e la domenica notte (rispettivamente, 7,14 e 7,23).

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 rilevato che nel 2012 si interrompe l'andamento discendente della percentuale degli incidenti del venerdì e sabato notte in rapporto al totale degli incidenti notturni, andamento che era in atto a partire dal 2006; il valore percentuale registrato nel 2012 (42,3%) risulta infatti molto superiore a quello del 2011 (40,7%).

Nel 2012 il maggior numero di incidenti con lesioni a persone si è registrato nel mese di Giugno, il maggior numero di morti nel mese di Luglio e il più elevato indice di mortalità (2,3 morti ogni 100 incidenti) 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 compresa l'ebbrezza da alcol, a causa di varie criticità presenti nel processo di rilevazione di tali cause, che 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.

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

Da un'analisi condotta nel 2012 nell'ambito del XX Rapporto ACI-CENSIS su consumo di alcolici e comportamenti alla guida emerge che il 34,2% degli automobilisti osserva un comportamento responsabile nel consumo di alcol, evitando di bere se sa di dover guidare.

Al contrario non si astiene dal consumare alcol anche quando sa di doversi mettere alla guida il 13,8% degli automobilisti.

Tra questi, in particolare, l'8,2% si espone a un grave rischio fidandosi della propria capacità di "reggere" l'alcol o ritenendo che l'alcol non sia un problema per la propria guida; l'1,2% beve perché conta di affidarsi in caso di necessità ad altri bevitori in grado di "reggere" bene l'alcol; il 4,4% beve sapendo di poter lasciare la guida a qualcuno che non ha bevuto o a un taxi. Il resto degli automobilisti (52%) non beve in quanto astemio (tab. 12).

Tra i giovani e giovani adulti di età fino a 44 anni la percentuale di soggetti che non bevono se sanno di dover guidare è superiore alla media; tra i giovani di 18-29 anni è superiore alla media la percentuale di soggetti che bevono fino a quando possono “reggere” l'alcol (9,7% contro la media del 7% per tutte le età).

Tab. 12 - COMPORTAMENTO ALLA GUIDA RISPETTO AL CONSUMO DI ALCOLICI (val.%) SECONDO LE FASCE DI ETÀ' - ANNO 2012

Comportamento	Anno 2012				
	18-29 anni	30-44 anni	45-64 anni	65 anni e oltre	Totale
Abitualmente non bevo alcolici/sono astemio/a	42,5	49,4	56,2	59,7	52
Se so di dover guidare, non bevo alcolici	38,2	35,6	32,4	30,6	34,2
Bevo fino al punto in cui so di poter “reggere” l'alcol	9,7	6	6,7	6,9	7
Non limito il consumo di alcolici, ma se non sono in grado di mettermi al volante lascio guidare qualcuno che non ha bevuto o chiamo un taxi	6,9	5,4	3,5	0,9	4,4
Non limita il consumo: per me guidare dopo aver bevuto non è un problema	1,2	1,7	0,5	1,4	1,2
Non limito il consumo di alcolici, ma se non sono in grado di mettermi al volante e sono in compagnia lascio guidare qualcuno che “regge” l'alcol meglio di me	1,5	1,9	0,7	0,5	1,2
Totale	100	100	100	100	100

Fonte: Rapporto Acì - Censis Servizi 2012

La medesima indagine ACI-CENSIS ha misurato le conoscenze degli automobilisti sui limiti di tasso alcolemico legalmente ammessi per la guida.

Il 42,8% degli intervistati ha dimostrato di conoscere tali limiti, mentre il 17,3% ha indicato limiti errati, superiori a quelli legali. Il 30,9% degli automobilisti dichiara di non conoscere i limiti legali o di non essere interessato ad essi.

I livelli di conoscenza crescono con il diminuire dell'età: gli automobilisti più giovani appaiono significativamente più informati di quelli più anziani e fra i giovani di 18 -29 anni ben il 54,4% è in grado di indicare correttamente i limiti legali, contro il 42,7% dei soggetti di 45-64 anni ed il 23% degli ultra sessantacinquenni.

Queste differenze tra fasce di età possono spiegarsi col fatto che tra i giovani automobilisti la quota di astemi è minore rispetto agli automobilisti più anziani, e può quindi essere maggiore l'interesse per le regole su alcol e guida; ma potrebbe anche spiegarsi con la crescente diffusione delle campagne di prevenzione dirette ai giovani, spesso focalizzate proprio sui rischi che essi corrono durante la guida. Inoltre i giovani risultano essere sottoposti ai controlli alcolemici più frequentemente rispetto ad adulti e anziani, e ciò può favorire la ricerca di una migliore informazione.

Dall'indagine ACI-CENSIS emerge anche l'incremento nel tempo dei controlli con l'alcolimetro da parte delle Forze dell'Ordine.