



Agenzia Regionale di Sanità della Toscana
Osservatorio di Epidemiologia

Area di Epidemiologia Sociale



Firenze, Giugno 2004

INDICE

Introduzione

1. Le fonti dei dati sui consumi di alcol: alcune considerazioni metodologiche

1.1 Le Indagini dell'Istat: Multiscopo sulle Famiglie - Aspetti della Vita Quotidiana

1.2 Le indagini condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

2. Quanto si beve e come si beve in Toscana secondo le indagini Istat e le surveys dell'ARS

2.1 Prevalenza dei consumatori

2.2 Il consumo distinto per genere

2.3 I consumi secondo l'età: generazioni a confronto

2.4 Bere in Toscana: il tentativo di una tipizzazione dei bevitori e dei bevitori a rischio

3. La mortalità alcol correlata (MAC) in Toscana nel periodo 1988-2001

3.1 La selezione delle cause di morte per il calcolo della MAC

3.2 La MAC in Toscana: alcune differenze per genere

4. Consumo di alcol e incidenti stradali

4.1 Gli incidenti stradali in Europa, in Italia e in Toscana

4.2 Gli incidenti stradali causati dall'abuso di alcol

5. La tipizzazione dell'alcolismo: l'utenza dei Servizi Alcolologici Territoriali e dei Centri* Alcolologici della Regione Toscana

5.1 Rilevazione attività nel settore alcolodipendenza: il flusso Ministeriale

5.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza

5.3 La rilevazione delle bevande consumate

5.4 L'andamento dei trattamenti

6. La tipizzazione dell'alcolismo: lo studio di mortalità in una coorte di alcolisti toscani

6.1 Gli studi condotti in Toscana: una breve review

6.2 Lo studio di coorte condotto nel 2001

Conclusioni

Indicazioni bibliografiche

Hanno collaborato:

Alice Berti¹, Francesco Cipriani², Cristina Orsini¹, Jacopo Pasquini¹ e Fabio Voller¹

¹Agenzia Regionale di Sanità della Toscana- Osservatorio di Epidemiologia – Area Epidemiologia Sociale

²Direttore UF di Epidemiologia ASL Prato – Consulente Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

*Si ringrazia Antonella Franceschelli del Settore Integrazione Socio – Sanitaria e Progetti Obiettivo della Regione Toscana per aver fornito i dati relativi alle schede Ministeriali dei Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze

Introduzione

Le indagini condotte fino ad oggi sulle abitudini al consumo di alcol della popolazione toscana sono sempre state indirizzate verso popolazioni specifiche (operai, contadini, medici di famiglia, insegnanti, studenti), oppure limitate ai residenti in determinate aree geografiche.

L'insieme di queste ricerche rivelò come il vino, in accordo alla cultura vinivicola della regione toscana, fosse la bevanda alcolica più consumata; che il contributo del vino all'intera dieta alcolica raggiungeva quasi il 90% per tutte le popolazioni indagate; che il vino era bevuto prevalentemente durante i pasti ed in famiglia; che le quantità medie di alcol assunte durante il giorno variavano, a seconda della popolazione indagata, dai 30 ai 90 grammi; che la cultura del bere era più integrata nel mondo rurale e contadino che in quello metropolitano.

Tabella 1: Consumi pro capite per bevanda. Italia 1861-2001.
Istat & World drink Trends

ANNI	VINO Lt.	BIRRA Lt.	LIQUORI Lt. alcol puro	ALCOL TOTALE Lt. alcol puro
1861-1870	83,9	0,2	0,4	10,5
1871-1880	90,4	0,4	0,4	11,3
1881-1890	95,4	0,7	0,8	12,3
1891-1900	89,2	0,5	0,6	11,3
1901-1910	119,6	1,1	0,5	14,9
1911-1920	112,1	2	0,5	14,0
1921-1930	112,7	3,3	0,6	14,3
1931-1940	88,2	1,3	0,2	10,8
1941-1950	74,8	1,7	0,4	9,4
1951-1960	100,6	3,7	0,9	13,1
1961	108,2	6,1	1,2	14,4
1965	110,1	8,6	1,4	15,0
1970	113,7	11,3	1,8	15,9
1975	104	12,8	1,8	14,8
1980	92,9	16,7	1,9	13,7
1985	75	21,9	1,3	11,2
1990	62,5	25,1	1	9,5
1995	55,7	25,4	0,8	9,2
2001	50	28,9	0,4	7,6

Queste indagini condotte in Toscana ben esemplificavano il modello di consumo di un paese come l'Italia dove le bevande alcoliche erano, e tutt'ora sembrano essere, parte integrante e costitutiva delle pratiche alimentari; dove la socializzazione al consumo avveniva in modo precoce e all'interno dell'ambito familiare; dove l'abuso era (ed è) quasi sempre tollerato ove non diventi una minaccia per la convivenza.

A questo modello di consumo, proprio anche di altri paesi mediterranei (Francia, Spagna, Portogallo), corrispondeva un continuo incremento delle quantità assunte che ha raggiunto il suo apice alla fine degli anni '60, anni nei quali l'Italia, insieme alla Francia, giungeva ad occupare la prima posizione nella classifica mondiale dei consumi di bevande alcoliche.

Come è noto, i consumi dei paesi mediterranei hanno conosciuto da quel momento in poi una drastica riduzione (in Italia, ad esempio, si passa dai 15,9 litri di alcol puro pro capite del 1970 ai 7,6 del 2001; vedi tabella 1). A questa drastica riduzione si è accompagnato un processo, tutt'ora in corso, di omologazione (o di internazionalizzazione) dei consumi parallelo all'ampliamento dei mercati: nei paesi tradizionalmente produttori-consumatori di un tipo di bevanda alcolica (ad esempio, il vino per l'Italia) si tende a diminuire il consumo di questa e ad

aumentare in proporzione la preferenza per le bevande culturalmente 'estranee' di recente produzione o importazione (ad esempio, la birra)¹.

In questo contesto generale, merita una notazione il fatto che la corsa al ribasso del consumo di vino non sembra ancora esaurita, tanto che l'Italia guida ancora oggi la classifica dei paesi con più forte contrazione del consumo di alcol. Secondo le riviste specializzate del settore enologico, che confermano il profondo mutamento del mercato vitivinicolo, la famiglia moderna italiana preferisce la qualità alla quantità, in accordo a modelli salutistici ed edonistici improntati alla moderazione. Contrariamente a quanto sostenuto da alcuni esperti, la disaffezione degli italiani per il vino è iniziata e si è accentuata in completa assenza di campagne nazionali di prevenzione, promosse invece dai governi di altri Paesi europei. Sorprende come un mutamento di comportamenti di massa così "spontaneo" quanto unico nel panorama internazionale non abbia attratto l'attenzione dei ricercatori dell'area sociologica. È probabile che alla base di questo cambiamento ci siano profonde trasformazioni della società in termini di urbanizzazione, mobilità, accesso delle donne al mondo produttivo, organizzazione del lavoro, variazioni dei tempi, luoghi e modi di consumo dei pasti principali.

Per molto tempo, come si diceva, nel nostro paese il vino è stato considerato un alimento. Ciò può far dimenticare l'esistenza di un nutrito elenco di patologie ad esso correlate. Sui decessi attribuibili ad alcol non si possiedono dati certi ma accurate stime che mostrano come tra gli anni '80 e gli anni '90 si sia assistito ad una forte diminuzione di decessi attribuibili ad alcol, dovuta in gran parte alla riduzione dei decessi per cause cronico degenerative (come la cirrosi epatica) che caratterizzano da sempre la mortalità alcol correlata (MAC) dei paesi mediterranei come l'Italia.

I maggiori decrementi si sono realizzati nelle regioni del Nord che partivano da livelli di MAC più alti e che maggiormente avevo ridotto il consumo di alcol, mentre tassi particolarmente bassi venivano rilevati nelle aree del centro Italia, come la Toscana, in piena controtendenza rispetto al livello di alcol consumato, tanto da far prospettare un qualche fattore protettivo (dieta, modalità e/o tipologia della bevanda alcolica consumata, predisposizione genetica) che interferiva con i processi patologici.

Sulla numerosità e sulla tipologia degli alcolisti (soprattutto quelli che sperimentano alti livelli di consumo) si conosce ben poco. Solo grazie a studi condotti su due Centri Alcolici Toscani di Firenze e di Arezzo abbiamo notizie sul rischio di morte a cui vanno incontro gli alcolisti a causa della loro condizione. L'analisi delle caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i due Centri rivelava come essi rappresentassero casi tipici del modello di consumo 'tradizionale': maschi di media età, padri di famiglia, scarsamente scolarizzati e molto radicati al luogo di nascita, vicini alla cultura rurale del bere. Gran parte dell'eccesso di mortalità tra questi soggetti alcolisti era dovuto a cirrosi epatica e, seppure in misura minore, a tumori. Anche i decessi per eventi traumatici erano piuttosto frequenti, seppure in misura molto inferiore a quanto ci si potesse aspettare in base a studi di area non-mediterranea. Infine, questi stessi soggetti non sembravano correre particolari rischi di morte per cardiopatia ischemica, mentre presentavano una maggiore mortalità per malattie cerebrovascolari.

Mossa da questo insieme di considerazioni l'area di Epidemiologia Sociale dell'Osservatorio di Epidemiologia dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana ha ravvisato la necessità di studiare più a fondo le dimensioni quantitative, l'andamento nel tempo e la tipologia della diffusione dei consumi di alcol, e le conseguenze sanitarie che da tale consumo conseguono. A tal fine ha proceduto alla realizzazione di *surveys ad hoc* che hanno tenuto conto anche di studi condotti in anni precedenti.

Attraverso la descrizione dei consumi basati su l'analisi di statistiche correnti e delle *surveys* condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità cercheremo di comprendere se all'interno di una cultura vinivicola tradizionale come quella toscana si siano prodotti dei mutamenti nelle

¹ Ovviamente la bevanda leader resta quella 'tipica', a cui si aggiungono (o si sostituiscono) le nuove.

quantità consumate e nei modelli di consumo. Mediante l'analisi dei dati raccolti con la nostra indagine trasversale cercheremo inoltre di tratteggiare, di tipizzare, la figura del bevitore rispetto a quella del non bevitore, e più in particolare quella del bevitore a rischio (secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) rispetto a quello non a rischio. Apriremo una piccola finestra sul ruolo giocato dal consumo di alcol nella determinazione dell'infortunistica stradale e successivamente descriveremo, brevemente, la mortalità alcol correlata relativa alla nostra regione per il periodo 1988-2001. Infine, presenteremo i risultati dell'analisi di mortalità condotta sugli alcolisti di due Centri Alcologici Toscani nel periodo 1979-2000 e la prima relazione sull'utenza alcolodipendente dei Sert della Regione Toscana.

1. Le fonti dei dati sui consumi di alcol: alcune considerazioni metodologiche

1.1 Le Indagini dell'Istat: Multiscopo sulle Famiglie - Aspetti della Vita Quotidiana dell'Istat

Per disegnare un quadro complessivo e il più accurato possibile dei consumi di bevande alcoliche con un dettaglio regionale è possibile far riferimento a molteplici fonti: per analizzare i trend dell'ultimo decennio possiamo ricorrere all'Indagine Multiscopo dell'Istat (Aspetti della Vita Quotidiana) che a partire dal 1993 ha avviato una rilevazione annuale campionaria sul tutto il territorio nazionale ove vengono rilevati gli aspetti fondamentali della vita quotidiana della popolazione ed il livello di soddisfazione dei cittadini rispetto al funzionamento dei servizi. La rilevazione viene condotta mediamente su circa 20.000 famiglie (55.000 individui circa). Nel periodo dal 1993 al 1995 il consumo di vino e birra sono stati registrati mediante categorie precodificate di consumo (non ne consuma, solo stagionalmente, più raramente, 1-2 bicchieri al giorno, da ½ a 1 lt. al giorno, oltre 1 lt. al giorno). Nel 1996 vi è stato un tentativo di modificare la parte del questionario relativa ai consumi inserendo modalità di risposte molto più simili alla prima indagine che fosse mai stata condotta anche sui consumi di bevande da parte dell'Istat, "L'Indagine statistica sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi Sanitari" del 1983 (che permetteva per il vino, anche se non per la birra ed i liquori, una stima dei consumi), ma i dati non sono mai stati pubblicati. Dal 1997 è stato reinserito il questionario utilizzato fino al 1995 e dal 1998 si è iniziato a rilevare anche i consumi degli aperitivi alcolici, degli amari e dei super alcolici (o liquori) attraverso categorie precodificate di consumo (non ne consuma, eccezionalmente, più raramente, qualche bicchiere alla settimana, 1-2 bicchierini al giorno, più di 2 bicchierini al giorno). I dati sono disaggregati per classe di età, per regione e per le principali variabili sociodemografiche, ed è possibile calcolare precisamente la percentuale di astemi; al contrario nessuna inferenza è possibile relativamente al calcolo dei grammi consumati. Questo genere di rilevazione permette di costruire dei trend di consumo certi (% di bevitore e non bevitore per singola bevanda e consumo overall); pertanto utilizzeremo queste stime per poter confrontare il dato toscano con la media italiana e con le altre regioni.

Come accennavamo, l'indagine Istat non ci permette di inferire alcunché sulle quantità in grammi consumate dalla popolazione toscana; non ci permette di fare un confronto tra generazioni sulle modalità di consumo; non ci permette infine di delineare il profilo di quella quota di popolazione che potrebbe essere destinataria di un intervento di sanità pubblica a causa di un consumo eccessivo di alcol.

1.2 Le indagini condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

Sulla scorta delle precedenti considerazioni abbiamo deciso, in occasione dello svolgimento di un progetto finanziato sulla quota regionale del Fondo Nazionale di Intervento per la Lotta alla Droga (CO.M.E.T.A- Controllo e Monitoraggio delle Tossicodipendenze e delle

Alcaldipendenze in Toscana), di effettuare un'indagine postale con follow up telefonico su 5 aree della Regione Toscana tramite un questionario che indagava il consumo di bevande alcoliche in tutti i suoi aspetti: frequenza, quantità, modalità, occasione, rapporto con i pasti. Inoltre il questionario indagava anche altre caratteristiche relative agli stili di vita come il consumo di tabacco (dal semplice consumo fino alla dipendenza calcolata tramite il test di Fagerstrom), il body mass index ed il ricorso ai servizi sanitari.

Le 5 aree campionate, che sono quelle in cui operano i dipartimenti delle dipendenze partners del progetto: Comune di Firenze, la provincia di Grosseto e di Prato con un questionario postale seguito da follow-up telefonico, e 5 comuni del Chianti (Barberino Val D'Elsa, Bagno a Ripoli, Tavarnelle, Greve in Chianti e Impruneta) dove l'intervista è stata condotta interamente in via telefonica

Dagli archivi anagrafici comunali è stato estratto un campione random di adulti di età 18-74 anni pesato per comune di residenza, sesso e classe quinquennale di età rappresentativo dei residenti nell'Asl di Prato, nei comune di Firenze e di Scandicci e nei 5 comuni del Chianti. Per la provincia Grosseto il campione è stato estratto dalla lista dell'anagrafe assistiti ed è rappresentativo delle 4 zone socio-sanitarie (Amiata Grossetana, Colline dell'Albegna, Colline Metallifere, Grossetana). La scelta di questa fascia d'età corrispondeva all'esigenza di intervistare quella quota di popolazione che fosse in età attiva. Ai candidati è stato inviato un questionario postale nominativo con allegata una busta pre-affrancata per la restituzione ed il modulo di consenso informato. Al ritorno i questionari sono stati controllati per completezza e coerenza e, nel caso di assenza o incongruità delle risposte nelle variabili di interesse prioritario, i dati sono stati recuperati, ove possibile, telefonicamente. In caso di mancata risposta entro 20 giorni dalla spedizione è stato effettuato un sollecito telefonico, offrendo la possibilità di completare il questionario sul momento. I soggetti per cui non è stato possibile rintracciare un recapito telefonico sono stati sostituiti. Solo nella provincia di Prato è stato fatto un ulteriore tentativo di recupero inviando una seconda lettera di invito. In caso di mancata risposta entro ulteriori 20 giorni, o per assenza di contatto telefonico a seguito di almeno tre telefonate effettuate in tre giorni diversi ed in tre orari diversi della giornata, di cui almeno uno in orario fuori lavoro, oppure dopo ripetuti rinvii degli appuntamenti o in caso di esplicito rifiuto, il candidato è stato sostituito attingendo da un'apposita lista.

Al termine della rilevazione, effettuata tra ottobre 2000 e maggio 2002, i questionari recuperati sono stati 3.276 con un tasso di adesione della popolazione variante tra il 47,1% nella provincia di Grosseto e il 74,6% nella provincia di Prato. Sul campione totale la percentuale di compliance è stata del 60,5%.

**Tabella 2: Classificazione dei bevitori secondo le raccomandazioni OMS
(Consumo di grammi d'alcol totale al giorno)**

	Non bevitori	Bevitori moderati	Bevitore a rischio		
Maschi	0	0.1 – 40	41 – 60	61 – 80	> 80
Femmine	0	0.1 – 20	21 – 40	41 – 60	> 60

La quantità di alcol totale e per ciascuna bevanda durante un giorno tipico di consumo è stata calcolata per ogni intervistato inferendo che i bicchieri di vino, birra e liquori fossero rispettivamente di 330, 135 e 35 cm³, registrando il numero di bicchieri utilizzati e la frequenza di consumo di ogni bevanda. L'ammontare totale del consumo è stato commutato in grammi anidro in relazione ai gradi di alcol. Una volta calcolato in grammi il consumo giornaliero di ogni intervistato, questo è stato ricodificato all'interno di classi di consumo così come indicate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (vedi tab.2). Questo ci ha permesso di individuare quella quota di popolazione toscana che secondo l'OMS beve al di sopra delle raccomandazioni consigliate (oltre 40 grammi per il genere maschile, oltre 20 per il genere femminile) e cioè quella parte di popolazione che può andare incontro ad un possibile rischio sanitario.

2. Quanto si beve e come si beve in Toscana secondo le indagini Istat e le surveys dell'ARS

I dati dell'ISTAT rappresentano un buon monitoraggio della distribuzione territoriale e temporale del consumo di vino, con qualche dettaglio anche di tipo socio-demografico, ma risultano molto meno significativi sulla birra, sui liquori, sugli aperitivi e sugli amari (indagati più accuratamente solo dal 1998). Per maggiori dettagli qualitativi ci si basa allora sulle poche pubblicazioni relative ad inchieste epidemiologiche locali (come quella condotta dall'ARS nel 2001 –2002), nazionali, queste ultime promosse per lo più da Istituti con interessi commerciali (Doxa, Nielsen, Demoskopea, etc.) o nutrizionali (Istituto Nazionale della Nutrizione). Purtroppo, le diverse tecniche utilizzate non assicurano la confrontabilità delle informazioni.

2.1 Prevalenza dei consumatori

Secondo l'Istat, in Toscana nel 2000 l'86,7% dei maschi ed il 60,4% delle femmine maggiori di 14 anni hanno consumato alcolici almeno saltuariamente nell'ultimo anno. Questo pone la Toscana oltre la media italiana (vedi tab. 3) e in vetta alla classifica delle regioni italiane stilata in base alla percentuale dei consumatori di almeno una bevanda alcolica.

Tabella 3: Percentuale di bevitori di bevande alcoliche in Italia secondo il genere e la regione di residenza nel 2001. Elaborazioni ARS su dati Istat.

Maschi		Femmine		Totale	
REGIONE	2001	REGIONE	2001	REGIONE	2001
Sicilia	80,4	Sicilia	50,2	Sicilia	64,7
Trentino	84,6	Basilicata	51,5	Basilicata	68
Campania	85,1	Sardegna	53	Sardegna	69,7
Lazio	85,3	Molise	53,8	Abruzzo	70,2
Basilicata	85,6	Abruzzo	55,4	Molise	70,3
Abruzzo	86,2	Calabria	56,8	Campania	71,1
Puglia	86,4	Campania	57,6	Lazio	71,6
ITALIA	86,6	Umbria	58,9	Umbria	72,2
Umbria	86,6	Lazio	59	Calabria	72,4
TOSCANA	86,7	Puglia	59,8	Puglia	72,7
Sardegna	87,3	ITALIA	60,4	Trentino	73
Veneto	87,4	Lombardia	60,7	ITALIA	73
Lombardia	87,5	Trentino	62,1	Lombardia	73,7
Molise	87,7	Piemonte - Valle d'Aosta	62,9	Liguria	74,7
Liguria	87,9	Liguria	63	Piemonte - Valle d'Aosta	75,3
Marche	88,2	Veneto	63,8	TOSCANA	76
Calabria	88,7	Emilia Romagna	65,1	Veneto	76,8
Piemonte - Valle d'Aosta	88,7	TOSCANA	66,3	Emilia Romagna	77,2
Friuli	89	Friuli	66,9	Marche	77,2
Emilia Romagna	90	Marche	67	Friuli	77,3

Questo fenomeno è particolarmente vero per il genere femminile: difatti la Toscana risulta essere tra le regioni che presentano la prevalenza più alta di bevitrice in Italia (66,3% contro 60,4% dell'Italia; la 3^a regione italiana).

Per quanto riguarda l'ordinamento delle regioni si può osservare che, per entrambi i generi, in quelle del sud la prevalenza di bevitori e bevitrici è sensibilmente più bassa rispetto alle regioni del centro e del nord.

Attraverso i dati raccolti mediante l'Indagine Multiscopo è possibile anche mostrare se la prevalenza di bevitori sia cambiata negli ultimi 8 anni (vedi tab. 4). Dobbiamo ricordare che su questo trend incide il cambiamento nella numerosità delle bevande rilevate dall'indagine, che per il 1993 prevedeva solo la birra ed il vino e che nel 2001 contempla anche liquori, amari ed aperitivi. Detto questo, possiamo affermare che in Italia ed in Toscana si sperimenta lo stesso tipo di fenomeno: la percentuale dei bevitori maschi aumenta (+ 4% circa), ma quella del genere femminile fa registrare addirittura un'impennata (+5,3% in Italia, + 10,3% in Toscana).

Tabella 4: Variazione percentuale dei bevitori di almeno una bevanda alcolica secondo il genere e la regione di residenza tra il 1993 ed il 2001. Elaborazioni ARS su dati Istat.

Maschi		Femmine		Totale	
REGIONE	Var. % 1993-2001	REGIONE	Var. % 1993-2001	REGIONE	Var. % 1993-2001
Basilicata	- 3,2	Molise	- 1,6	Basilicata	- 1,7
Campania	1,7	Campania	- 1,5	Campania	0,2
Abruzzo	1,9	Basilicata	- 0,3	Umbria	1,1
Marche	2,1	Umbria	- 0,1	Abruzzo	1,3
Puglia	2,2	Abruzzo	0,9	Molise	1,3
Lazio	2,3	Sicilia	1,9	Puglia	2,4
Calabria	2,5	Puglia	2,6	Marche	2,7
Umbria	2,6	Marche	3,3	Sicilia	2,7
Sardegna	3,3	Lazio	3,3	Lazio	2,9
Sicilia	3,7	Calabria	3,7	Calabria	3,2
Piemonte - Valle d'Aosta	3,8	ITALIA	5,3	Sardegna	4,6
TOSCANA	3,8	Emilia Romagna	5,7	ITALIA	4,7
Trentino	3,9	Veneto	5,9	Liguria	5,1
ITALIA	4	Liguria	5,9	Emilia Romagna	5,6
Liguria	4,2	Sardegna	6,2	Piemonte - Valle d'Aosta	6,2
Molise	4,3	Friuli	7,7	Friuli	6,5
Veneto	5,1	Piemonte - Valle d'Aosta	8,7	Trentino	6,9
Emilia Romagna	5,2	Lombardia	9,2	Veneto	7,1
Friuli	5,5	Trentino	9,6	TOSCANA	7,4
Lombardia	7,9	TOSCANA	10,5	Lombardia	8,7

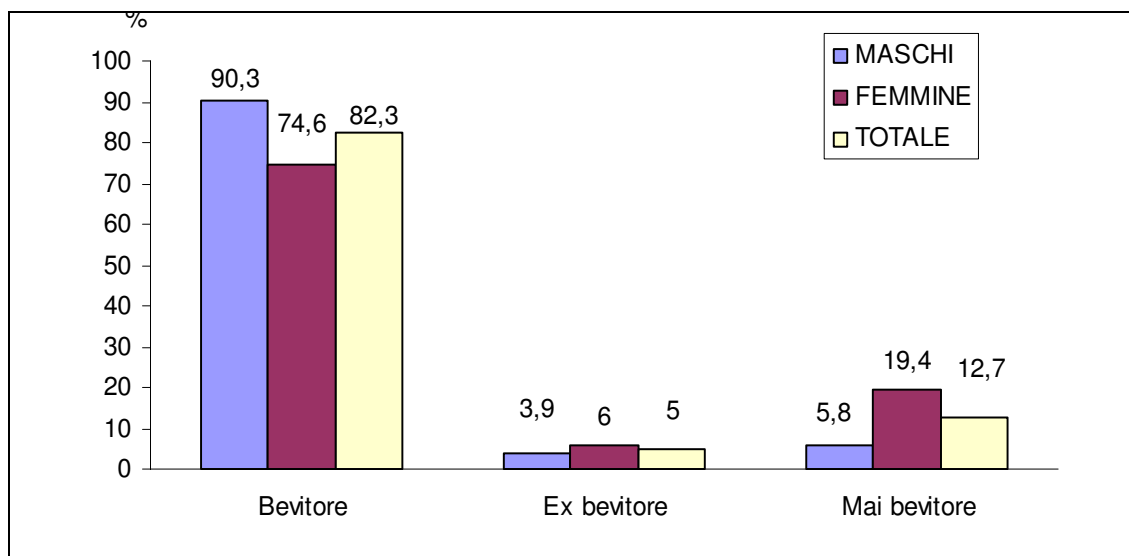
Questo ci spinge ad affermare che se negli ultimi 10 anni c'è stato un aumento della prevalenza dei consumatori di alcolici in Toscana questo sia dovuto in gran parte, se non quasi esclusivamente, al genere femminile. In termini di salute pubblica ciò significa che un numero crescente di individui ha scelto di incominciare a bere ampliando così la base di popolazione potenzialmente esposta ai fattori di rischio correlati al consumo di alcol.

Passando alla rilevazione condotta dall'ARS nel corso del biennio 2001-2002, la prima informazione che presentiamo è la classificazione degli intervistati in "bevitori", "ex bevitori" e "mai bevitori" (vedi grafico 1) che indicano rispettivamente coloro che al momento della rilevazione hanno dichiarato di bere, di aver bevuto in passato ma di aver cessato il consumo e di coloro non hanno mai bevuto alcuna bevanda alcolica.

L'82,3% del campione, nell'ultimo anno, ha bevuto almeno una bevanda tra vino, birra e liquori; in particolare questo si è verificato per il 90,2% degli uomini e il 74,5% delle donne. I "non bevitori" sono il 17,7% e comprendono anche gli "ex bevitori" che rappresentano il 5% del campione (il 3,9% negli uomini; il 6,1% tra le donne).

Le percentuali di consumatori rilevate dalla nostra indagine sono praticamente in linea con quelle rilevate dall'Istat; infatti il lieve sbilanciamento verso una più alta percentuale di bevitori presenti nella nostra indagine dipende dalla fascia d'età del campione (18-74 anni) che non prevedeva quella quota di popolazione, i più giovani, dove più spesso ricadono i non bevitori.

Grafico 1: Percentuale di consumatori di bevande alcoliche in un campione della popolazione toscana (18-74 anni). Indagine ARS (N.= 3276). Anni 2001-2002



2.2 Il consumo distinto per genere

Sulla base dei dati relativi all'Indagine Multiscopo è possibile stimare la percentuale di non bevitori e di bevitori a rischio per singola bevanda. Per il vino e la birra è possibile fare un confronto dal 1993, mentre per le altre bevande solo dal 1998.

In generale possiamo notare come la percentuale di uomini che consuma una qualunque bevanda alcolica sia senz'altro più alta di quella delle donne; mediamente il doppio. Indipendentemente dall'area di residenza e dall'età, tra i non bevitori le donne, infatti, sono rappresentate almeno due volte di più dei maschi. Questa situazione è una costante in tutti i contesti culturali internazionali, e non solo in Italia ed in Toscana, tanto da far pensare che in questa differenza entrino in gioco fattori biologici di regolazione del consumo, piuttosto che sociologici.

Riguardo agli individui di sesso maschile, secondo la Multiscopo si registra tra il 1993 ed il 2001 un incremento nelle prevalenze dei consumatori di ogni bevanda alcolica, anche se il fenomeno più interessante da rilevare è senza dubbio la considerevole riduzione di quella fascia di consumatori che è definita a rischio (oltre 1\2 litro al giorno di vino e\o di birra). In particolare in Toscana i forti consumatori di vino di genere maschile passano (vedi tabella 5) dal 16,3% del 1993 al 13,3% del 2001, mentre la quota di consumo di birra rimane costante. In generale il consumo di vino dei maschi toscani è più alto rispetto alla media italiana, mentre è considerevolmente più basso per tutte le altre bevande alcoliche (birra, aperitivi, liquori ed amari).

Tabella 5: Percentuale di consumatori di vino e birra secondo alcune categorie di consumo. Confronto 1993- 2001. Elaborazioni ARS su dati Istat.

VINO	NO		< 1/2		½ - 1 LT.		> 1 LT.	
	1993	2001	1993	2001	1993	2001	1993	2001
Italia - Maschi	26,9	24,1	58,8	66,2	12,9	8,7	1,4	0,9
Toscana - Maschi	24,9	21,9	58,8	64,7	14,6	12,4	1,7	0,9
Italia - Femmine	53,7	52,1	44,1	46,5	2	1,3	0,2	0,2
Toscana - Femmine	51,1	44,4	46,5	52,9	2,2	2,3	0,2	0,4
BIRRA								
Italia - Maschi	40,6	33,6	57,7	64,5	1,4	1,5	0,3	0,4
Toscana - Maschi	46,8	39	51,6	59,5	1,3	1,2	0,3	0,3
Italia - Femmine	70,8	64,4	29	35,3	0,2	0,2	0	0,1
Toscana - Femmine	76,2	65,6	23,6	34,3	0,1	0,1	0,1	0

Per quanto riguarda il consumo femminile si registra in Toscana, come in Italia, un incremento nelle prevalenze delle consumatrici per tutte le bevande alcoliche; questo avviene in particolar modo per il consumo di vino e di birra: le non consumatrici di vino passano infatti dal 51,1% del 1993 al 44,4% del 2001, e quelle di birra dal 76,2% al 65,6%. Al contrario del genere maschile non si assiste ad una contrazione della fascia delle consumatrici a rischio, che rimane stabile per entrambe le bevande. Per quanto riguarda le altre tipologie di bevande (vedi tabella 6) il trend di anni utile per il confronto appare ancora un po' troppo breve per poter operare affermazioni di una certa validità: quello che può essere notato è l'aumento della prevalenza di bevitori e bevitrici per amari e liquori ma in particolar modo per gli aperitivi.

Tabella 6: Percentuale di consumatori di liquori amari e aperitivi in Italia e Toscana secondo il genere. Confronto 1993- 2001. Elaborazioni ARS su dati Istat.

LIQUORI	NO		SI	
	1998	2001	1998	2001
Italia - Maschi	62,4	59	37,6	41
Toscana - Maschi	60,8	64	39,2	36
Italia - Femmine	87,4	86,6	12,6	13,4
Toscana - Femmine	86,5	87,3	13,5	12,7
AMARI				
Italia - Maschi	55,9	53	44,1	47
Toscana - Maschi	62,2	62,9	37,8	37,1
Italia - Femmine	83,1	82,3	16,9	17,7
Toscana - Femmine	85,9	86,3	14,1	13,7
APERITIVI				
Italia - Maschi	61,3	56,9	38,7	43,1
Toscana - Maschi	65,1	64,9	34,9	35,1
Italia - Femmine	84,1	81,9	15,9	18,1
Toscana - Femmine	86,2	84,2	13,8	15,8

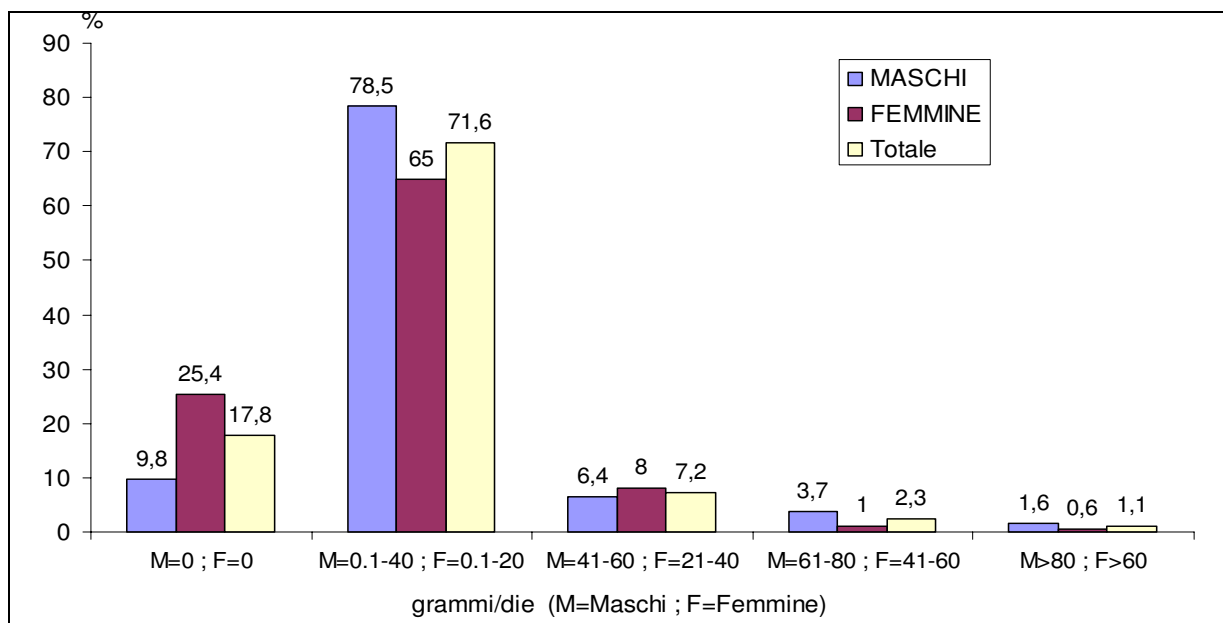
Come abbiamo già più volte accennato, dalle indagini Istat non è possibile ricavare il consumo giornaliero di alcol totale in grammi o in litri, a tal fine è necessario fare riferimento all'indagine condotta dall'ARS nel biennio 2001-2002.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel "Piano d'Azione Europeo sull'Alcol" del 1995, indica i limiti di 40 gr/die per gli uomini e di 20 gr/die per le donne (vedi tabella 2) come le soglie

massime consigliate di consumo giornaliero pro capite di alcol. Oltre questi limiti si tratta secondo l'OMS di un consumo eccessivo.

Anche se non esistono definizioni ufficiali di bevitore a rischio, eccessivo o problematico, questi aggettivi indicano una situazione di abuso in termini di quantità assunte. Tuttavia, per una corretta valutazione dei consumi di alcol è necessario analizzare anche altre caratteristiche quali le diverse abitudini di vita, la massa corporea, le zone geografiche che esprimono la popolazione oggetto dello studio, la posizione dell'alcol nella vita quotidiana. Tutti questi sono solo alcuni dei fattori che possono influenzare i consumi di bevande alcoliche. Pertanto le indicazioni OMS da sole non sono sufficienti per definire una situazione di rischio e dovrebbero essere supportate da altre informazioni strettamente connesse all'ambiente fisico e sociale di riferimento. È noto come, ad esempio, nei paesi del nord Europa l'alcol venga assunto principalmente durante il fine settimana e spesso in grandi quantità, mentre nei paesi mediterranei i consumi siano distribuiti in maniera più regolare e costante durante tutti i giorni della settimana e durante i pasti. Alla luce di queste considerazioni sarà pertanto evidente che per identificare un caso di abuso vero e proprio sono necessarie molte informazioni e approfondimenti spesso di difficile reperibilità.

Grafico 2: Consumi di alcol totale (grammi al giorno) in un campione della popolazione toscana (18-74 anni). Indagine ARS (N.= 3276). Anni 2001-2002



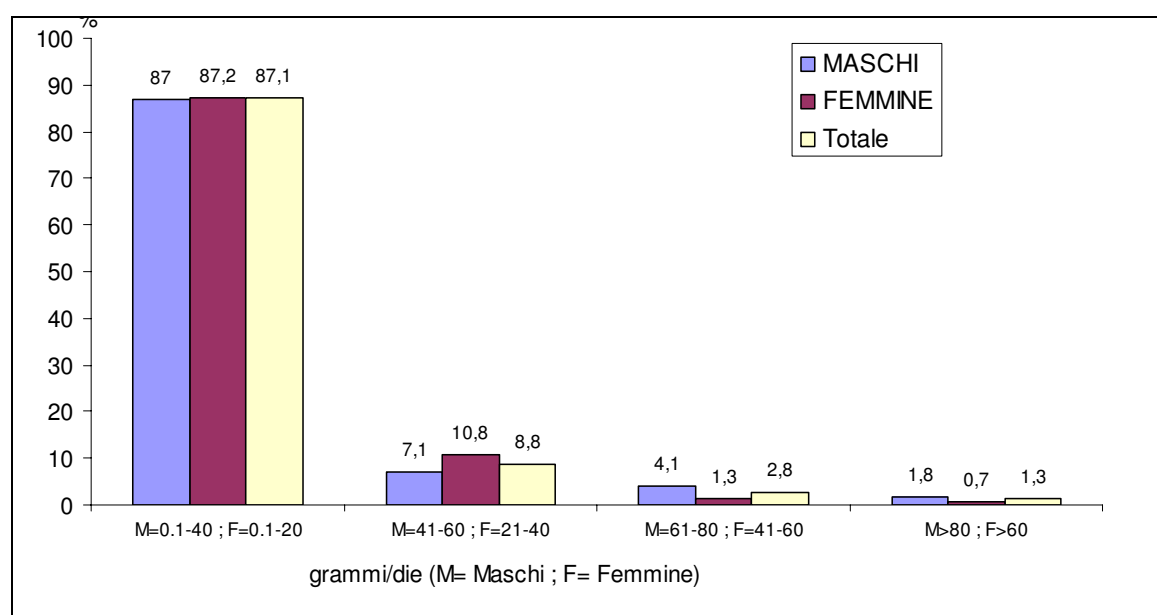
In questa sezione proveremo intanto ad abbozzare una prima stima della quota di popolazione toscana a rischio di sviluppare una patologia a causa del consumo di alcol; in altre parole cercheremo di identificare quante sono le persone che in Toscana potrebbero essere passibili di un intervento da parte dei servizi sanitari.

In Toscana nel 2000-2001 una donna su quattro non beve alcol mentre per gli uomini questo avviene in un caso su dieci. Le donne che consumano oltre 20 gr/die e i maschi che consumano oltre 40 gr/die, e cioè che ricadono nelle classi di consumo a rischio, sono rispettivamente il 10,6% e l'11,7%. Il consumo medio giornaliero di alcol calcolato su tutta la popolazione intervistata è pari a 13,4 gr/die ma tra uomini e donne ci sono differenze evidenti: 19,5 gr/die per i maschi e 7,5 gr/die per le femmine.

Per approfondire la conoscenza sui consumi di bevande alcoliche è necessario focalizzare l'attenzione sui soli bevitori (escludendo, quindi, dall'analisi la categoria dei non bevitori). Analizzando la distribuzione dei soli bevitori possiamo osservare che il consumo medio è di poco

più di 2 bicchieri vino al giorno circa per i maschi (21,6 gr\die) e di circa 1 bicchiere di vino (10,05 gr\die) per le donne.

Grafico 3: Consumi di alcol totale (grammi al giorno) in un campione della popolazione toscana di soli bevitori (18-74 anni). Indagine ARS (N.= 3276). Anni 2001-2002



Inoltre, su 100 soggetti che consumano alcol quotidianamente, 87 ne consumano una quantità minore o uguale ai limiti consigliati e solo 1 bevitore ne assume più di 80 gr (o 60 gr per le donne) e può essere considerato un bevitore ad alto rischio.

2.3 I consumi secondo l'età: generazioni a confronto

Numerosissime, e talvolta ripetitive, sono in Italia le ricerche sui comportamenti alcolici dei giovani. Sulla base dei dati prodotti da quelle a carattere nazionale – e che possono essere ben esplicitate da quelle condotte dalla Doxa per conto dell'Osservatorio sui Giovani e l'Alcol - si può affermare che in Italia, coerentemente con il clima permissivo legato alla tradizione alimentare, si assaggia alcol già in età infantile e si comincia a bere con una certa regolarità intorno ai 12-15 anni. Si tratta esclusivamente di vino ai pasti, insieme e con il consenso dei genitori, in quantità assai modeste. Quando si diventa più adulti (18-20 anni) si assiste ad un incremento quantitativo significativo, fenomeno peraltro riscontrabile in tutto il contesto europeo. In Italia a questa età si comincia a bere anche birra, qualche volta liquori. In compagnia di amici, fuori dai pasti, spesso di sera, per lo più in modo discontinuo. Le quantità sono comunque ancora contenute. Il 25% dei giovani rimane astemio e circa il 50% ha un comportamento equilibrato ('non ha mai avuto episodi di eccedenza'). I maschi appaiono più intraprendenti delle femmine nella sperimentazione di nuove bevande e nella scelta di quelle a più alta gradazione. Si privilegia l'elemento simbolico socializzante e, eventualmente, l'effetto dell'alcol sul comportamento. In questo i giovani italiani assomigliano molto più ai coetanei europei di quanto non facciano gli adulti. Secondo le indagini Doxa i giovani consumatori e quelli che eccedono moderatamente (cioè 'bere un po' troppo senza ubriacarsi') sono tendenzialmente più indipendenti ed attivi, con una maggiore propensione a sperimentare il rischio e l'avventura, più spesso fumatori ed attratti dai superalcolici, più sportivi e lavoratori, meno interessati alle pratiche religiose e ad avere una famiglia. Si dichiarano meno felici e frequentano spesso amici con problematiche alcoliche. Quelli con esperienze ripetute di

ubriacature tendono a presentare anche note di marginalità e di maggiore insoddisfazione esistenziale.

Tabella 7: Prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche in Toscana ed in Italia per genere e classi di età e variazione osservata nel periodo 1993-2001. Elaborazioni ARS su dati Istat.

	Toscana		Italia		Variazione (%) 1993-2001	
	1993	2001	1993	2001	Toscana	Italia
Maschi						
14-17	37,5	50,8	43,8	52	13,3	8,2
18-24	74,4	86,6	76,6	85,8	12,2	9,2
25-44	87	89,9	87,2	89,9	2,9	2,7
45-64	88,4	87	87,7	89,9	-1,4	2,2
65-74	86,4	87,5	83,6	87,4	1,1	3,8
75+	78,7	86,6	80,9	80,3	7,9	-0,6
Femmine						
14-17	23,8	52,4	28,5	40,6	28,6	12,1
18-24	48,4	61,4	45	60	13	15
25-44	61,2	72	60,3	65,6	10,8	5,3
45-64	61,4	71,6	59,8	65,1	10,2	5,3
65-74	49,8	61,8	54,3	52,8	12	-1,5
75+	54,6	52,6	51,6	49,1	-2	-2,5

I giovani italiani, pur bevendo più frequentemente dei coetanei europei, sembrano più coscienti degli effetti dell'alcol e più capaci di gestire il rischio correlato. E' possibile che l'abitudine alcolica che nasce nel contesto permissivo familiare faciliti lo sviluppo di un rapporto più sereno e maturo con sostanze potenzialmente dannose. In termini di sanità pubblica però vale il discorso opposto. La possibilità infatti per i giovani italiani di accedere indiscriminatamente e in un clima di consenso collettivo ad ogni genere di bevanda alcolica si traduce in una maggioranza di ragazzi che attraversa senza difficoltà questa esperienza, ma anche in una minoranza quantitativamente incerta che, per motivi altrettanto sconosciuti, ne subirà effetti disastrosi: morte, invalidità o alcolodipendenza. A questo proposito deve anche far riflettere il fatto che circa il 7% dei giovani (dati Doxa 2001), quasi sempre maschi di oltre 20 anni, dichiarano di aver bevuto un po' troppo prima di essersi messi alla guida di un veicolo.

Tutto ciò va inscritto in un quadro più generale che, come accennavamo, vede un incremento del numero dei consumatori che caratterizza tutte le classi d'età con particolare riferimento alle fasce d'età giovanili. Tra i giovani consumatori toscani di età compresa tra i 14 ed i 17 anni (vedi tabella 7) si sono registrati aumenti del 13,2% per il sesso maschile e di ben il 28,6% per quanto riguarda il sesso femminile, aumento perfino doppio di quello sperimentato dalle loro coetanee italiane. Torniamo a sottolineare che il vistoso aumento della prevalenza dei consumatori è dovuto anche al cambiamento delle tecniche di rilevazione dell'Istat che dal 1998 rileva anche il consumo di aperitivi, amari e liquori; bevande alcoliche che sono tradizionalmente preferite dalla popolazione giovanile. Ma se anche ci limitiamo a confrontare il trend 1998-2001 (dati non mostrati) notiamo che l'aumento di consumo delle classi di età più giovani è considerevole e che caratterizza in particolar modo la popolazione femminile.

Per quanto riguarda le altre classi d'età, emergono importanti aumenti in entrambi i sessi anche nella fascia 18-24, mentre aumenti considerevoli riguardano tutta la popolazione femminile esclusa la fascia d'età più anziana che nel 2001 arretra di 2 punti percentuali la sua quota di consumatrici.

Grafico 4: Consumo medio di alcol (grammi al giorno) per classi d'età in un campione della popolazione toscana (18-74 anni). Indagine ARS (N.= 3276). Anni 2001-2002

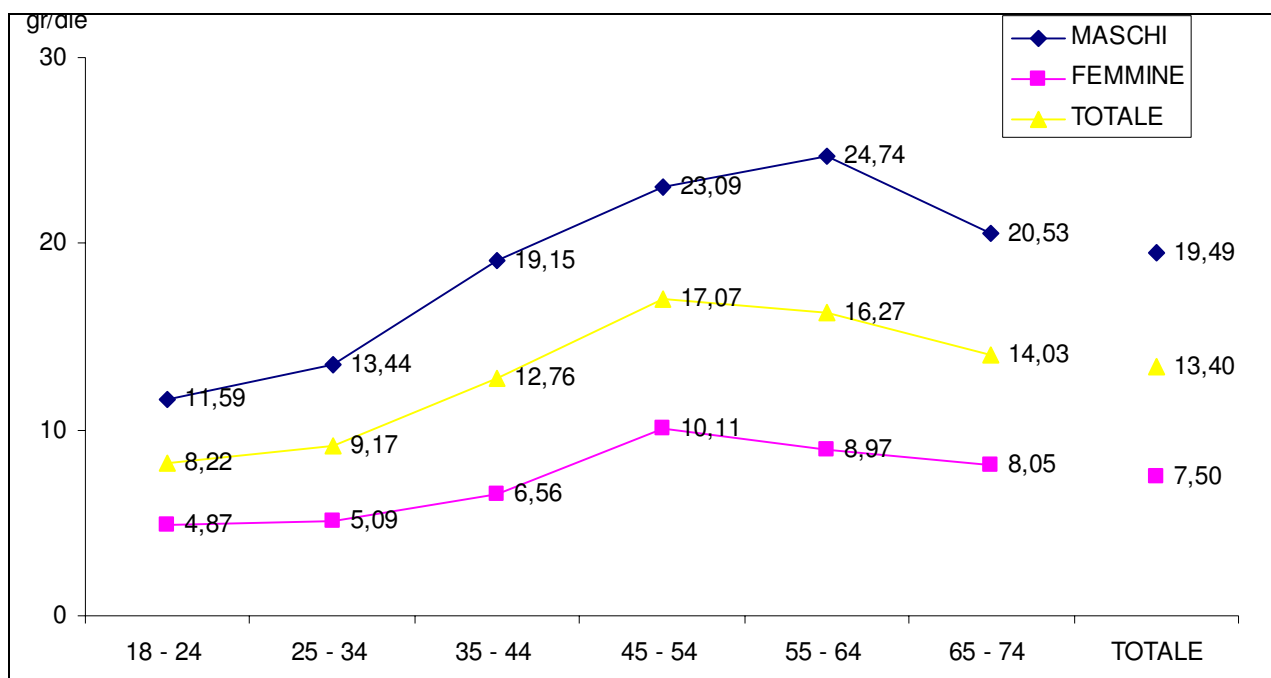
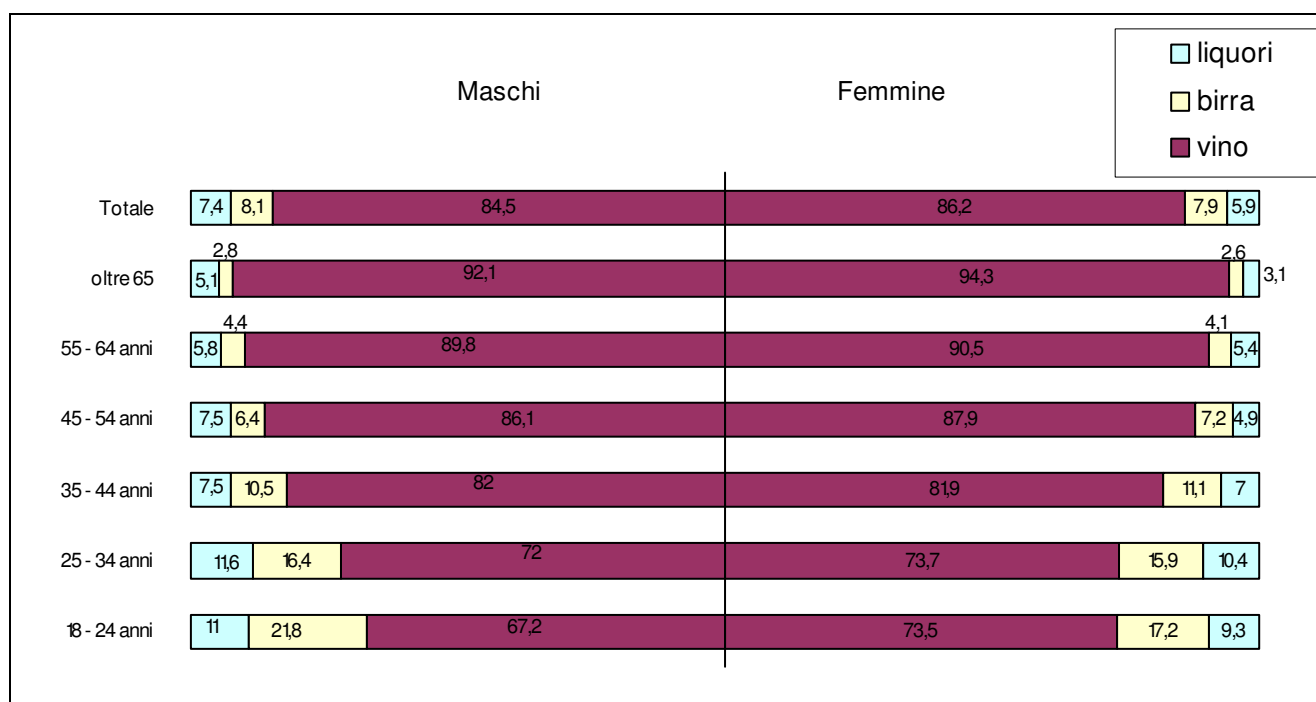


Grafico 5: Composizione percentuale della dieta alcolica nella popolazione toscana (18-74 anni) secondo il genere e l'età. Indagine ARS (N.= 3276). Anni 2001-2002



In termini di salute pubblica, eventuali campagne di prevenzione sull'alcol sembrano dovere individuare come target la popolazione giovanile.

Ma se vogliamo comprendere come si caratterizza questo innalzamento della quota dei consumatori di bevande nella popolazione, ed in particolare quali sono le quantità di alcol consumate per fasce d'età e quali siano le bevande preferite per classe d'età in Toscana, dobbiamo ancora riferirci all'indagine ARS.

Indipendentemente dal sesso, la quantità media di alcol consumata ogni giorno cresce con l'aumentare dell'età fino alla soglia dei 54 anni (vedi grafico 4) per le donne e 64 per gli uomini. Fino ai 35 anni va sottolineato che il consumo medio giornaliero rimane al di sotto dei 10 grammi il giorno (meno di un bicchiere di vino al giorno).

Bere in Toscana vuol dire soprattutto bere vino (vedi grafico 5); studiando la composizione della dieta alcolica per classi d'età il vino risulta infatti la componente principale sia per gli uomini che per le donne e rappresenta circa l'85 % dell'alcol consumato giornalmente dai due sessi. Per quanto riguarda le differenze tra le classi d'età, si nota nelle classi d'età fino ai 34 anni un apporto più rilevante alla dieta alcolica da parte della birra e liquori; in particolare la birra incide quasi per il 20% nella dieta alcolica dei più giovani.

2.4 Bere in Toscana: il tentativo di una tipizzazione dei bevitori e dei bevitori a rischio

Quali sono le principali differenze tra bevitori e non bevitori? Quali sono, se esistono, le principali variabili che influenzano l'attitudine a bere bevande alcoliche? Per rispondere a queste domande sono state condotte alcune analisi di tipo statistico per rilevare se e in che modo le caratteristiche sociodemografiche del campione possono influenzare o addirittura determinare l'attitudine a bere bevande alcoliche.

Tra le informazioni disponibili relative al campione, solo alcune sono risultate significativamente correlate con la propensione al consumo di alcol; in particolare, l'essere o meno bevitore è associato alle variabili genere, età, grado di istruzione, l'essere o meno fumatori. Considerando anche la distinzione tra ex fumatori e fumatori, il modello che ne deriva è il seguente:

Tabella 8: Analisi multivariata dell'associazione tra consumo di bevande alcoliche ed alcune caratteristiche di un campione della popolazione toscana (18-74 anni) . N= 3.276. Indagine Ars 2001-2002

Variabili	O.R.	P	95% LC	
Sesso (Maschi)	2,98	<0.001	2,427	3,659
Fumo (Ex)	1,412	0,006	1,104	1,806
Fumo (Si)	1,456	0,001	1,156	1,834
Laurea – Diploma	1,626	<0.001	1,319	2,006
Età (39 – 56 anni)	1,433	0,005	1,116	1,84
Età (oltre 57 anni)	0,841	0,163	0,659	1,073

Si nota una maggiore propensione dei maschi e dei fumatori verso il consumo di bevande alcoliche; in particolare, per gli uomini (per il solo fatto di appartenere al genere) la probabilità di essere bevitori è circa 3 volte maggiore rispetto alle donne. I fumatori e gli ex fumatori hanno una probabilità di essere bevitori 1,5 volte maggiore dei non fumatori e a partire dall'ingresso nell'età anziana diminuisce la probabilità di essere bevitori; infatti, la fascia centrale 39–56 anni risulta la più attratta dalle bevande alcoliche. Anche i diplomati e laureati hanno una probabilità di essere bevitori 1,6 volte maggiore rispetto a chi ha un titolo di studio inferiore.

Nella precedente costruzione dei differenti profili di bevitori e non bevitori non sono state considerate le quantità consumate; di conseguenza è necessario approfondire ulteriormente l'analisi considerando gli aspetti quantitativi dei consumi distinguendo tra bevitori a rischio e bevitori non a rischio secondo la classificazione OMS (vedi tabella 2). Anche in questo caso presentiamo solo la selezione di variabili che sembrano correlare con la variabile interessata.

L'essere bevitore a rischio è fortemente correlato con l'età: chi ha tra i 40 ed i 60 anni e chi ha più di 60 anni ha una probabilità rispettivamente 4 volte e 5 volte superiore a chi ha meno di 40 anni di essere un bevitore a rischio e di sviluppare patologie alcol correlate; inoltre, chi si trova in una condizione di esclusione dal mercato del lavoro (l'essere disoccupato o in

cerca di occupazione) sviluppa una probabilità 2 volte superiore di essere un bevitore a rischio, analogamente a chi è divorziato e vedovo.

Tabella 9: Analisi multivariata dell'associazione tra la tipologia di consumo definito a rischio ed alcune caratteristiche di un campione della popolazione toscana (18-74 anni) . N= 3276. Indagine Ars 2001-2002

Variabili	O.R.	P	95% LC	
Età (39 – 56 anni)	3,067	<0.001	2,210	4,256
Età (oltre 57 anni)	3,531	<0.001	2,508	4,973
Disoccupato od in cerca di occupazione	1,968	>0.001	1,112	3,482
Fumo (Si)	1,942	<0.001	1,524	2,474
Divorziato e Vedovo	1,614	<0.001	1,161	2,242

In conclusione, analizzando congiuntamente i dati relativi alle rilevazioni nazionali dell'ISTAT e quelli della nostra indagine, possiamo calcolare che sui circa 3 milioni di residenti toscani di età superiore ai 14 anni circa 400.000 non siano bevitori di alcol. La maggioranza dei toscani, l'80% (circa 2.500.000 persone), beve alcolici nei limiti delle attuali raccomandazioni preventive (meno di 40 grammi di alcol al giorno nei maschi e meno di 20 nelle femmine), mentre i bevitori che superano queste soglie di rischio (bevitori "a rischio" di problemi alcol-correlati) sarebbero circa 300.000. I grandi bevitori in Toscana (oltre 80 gr/die per il maschi e 60 per le donne; quantità decisamente pericolose) sarebbero circa l'1% (circa 30.000 persone). In estrema sintesi, in Toscana si assiste ad un progressivo allargamento della quota di popolazione, sia maschile che femminile, che consuma bevande alcoliche, ma questo consumo assai raramente supera le dosi consigliate.

Il profilo del "tipico" bevitore toscano sembra che attraversi una fase di omologazione ai modelli nordici soprattutto nelle coorti più giovani: il genere femminile si affaccia sempre più prepotentemente al consumo di bevande; fino ai 35 anni la birra ed i liquori arrivano ad occupare fino al 30% della dieta alcolica giornaliera, sebbene il vino continui essere la bevanda preferita (perché probabilmente si trova ancora spesso sulle tavole delle famiglie). Dopo i 35 anni si torna a bere quasi esclusivamente vino e quindi i liquori subiscono, al pari della birra, una contrazione. Il consumo cresce con l'età fino ai 55-60 anni, epoca in cui si stabilizza, e solo intorno ai 65 anni comincia a diminuire. In termini di consumo giornaliero i maschi bevono mediamente più di un terzo più rispetto alle femmine e tra questi coloro che bevono di più sono di età media (45-60 anni), coniugati, con un buon grado di scolarizzazione, fumatori e con spiccata preferenza per il vino.

Come si vede, si tratta ancora prevalentemente di un modello di consumo tradizionale, tipico dell'area mediterranea, ma che sembra stare transitando, sempre più velocemente, verso uno stile di consumo più globalizzato e tipico di altre aree europee.

3. La mortalità alcol correlata (MAC) in Toscana nel periodo 1988-2001

3.1 La selezione delle cause di morte per il calcolo della MAC

Da tempo la letteratura internazionale segnala il forte ruolo giocato dal consumo di alcol sulla salute, sia essa relativa ad eventi acuti (avvelenamento, incidenti o violenza) o cronici (cirrosi o carcinomi). Parallelamente però altre evidenze hanno messo in luce come il consumo regolare di moderate quantità di alcol possano ridurre il rischio di altre patologie (infarto miocardico acuto, alcune sedi tumorali). Al fine di ottenere stime su base generale circa gli

andamenti dei danni sulla salute prodotti dai vari patterns di consumo alcolico è possibile avvalersi delle statistiche di mortalità. Questo approccio ha il vantaggio di essere relativamente poco costoso (in quanto non richiede la conduzione di studi sulla popolazione), e sostanzialmente affidabile, vista la lunga esperienza di utilizzo del dato di mortalità per la stima dei rischi per la salute, ma ha il limite di non fornire alcuna informazione circa i danni causati dal consumo alcolico in termini di morbosità e di costi sociali. Indubbiamente l'analisi delle statistiche di mortalità deve poter prendere in considerazione il reale peso dell'alcol per ogni specifica causa dipendente dai patterns di consumo della popolazione di riferimento. Per risolvere questo problema, Cipriani e coll. hanno stimato relativamente all'Italia le frazioni attribuibili all'alcol sulla base di una revisione critica della letteratura nazionale ed internazionale relativamente alla mortalità specifica per alcune patologie (vedi tabella 10) e che pertanto possono essere applicate anche a territori sub nazionali.

Tabella 10: Patologie alcol correlate, quota attribuibile all'alcol (QAA) e classe d'età cui la QAA si applica

ICD 9	Descrizione	QAA	Età
011-012	Tbc respiratoria	0,33	>=35
140-149	Tumori delle labbra, cavo orale, faringe	0,66	>=35
150	Tumore dell'esofago	0,66	>=35
155	Tumore del fegato	0,33	>=35
161	Tumore della laringe	0,33	>=35
291	Psicosi alcolica	1	>=15
303	Sindrome da dipendenza alcolica	1	>=15
305.0	Abuso alcolico	1	>=15
E860.0, E860.1	Avvelenamento alcolico	1	>=15
357.5	Polineuropatia alcolica	1	>=15
425.5	Cardiomiopatia alcolica	1	>=15
535.3	Gastrite alcolica	1	>=15
790.3	Iperalcolemia	1	>=15
571	Cirrosi	M = 15,8; F = 20,1	>=35
E810-E825	Incidenti con motoveicoli	0,33	>=0
E826, E829	Altri incidenti stradali	0,1	>=0
E830-E838	Incidenti del trasporto marittimo	0,1	>=0
E840-E845	Incidenti del trasporto aerospaziale	0,1	>=0
E880-E888	Cadute accidentali	0,1	>=0
E890-E899	Incidenti causati dal fuoco	0,1	>=0
E901, E911, E917- E920, E922, E980	Altri incidenti	0,1	>=15
E910	Annegamento	0,1	>=0
E950-E959	Suicidio	0,25	>=15
E960-E969	Omicidio	0,5	>=15

3.2 La MAC in Toscana: alcune differenze per genere

Sotto la scorta di queste considerazioni abbiamo valutato l'impatto del consumo alcolico sulla mortalità in Toscana. I dati di mortalità per gli anni 1988-2001 sono stati ricavati dal Registro di Mortalità Regionale. Per ottenere le stime, il numero di decessi per le patologie riportate in tabella è stato pesato per tutti gli anni dell'analisi (1988-2001), e per la quota

attribuibile all'alcol (QAA); successivamente e sono stati calcolati separatamente i tassi standardizzati per età (Popolazione standard Toscana 1988-2001), per ASL di residenza e per tutta la regione. A partire dai tassi standardizzati, sommando tutti i decessi attribuibili ad alcol, sono state quindi stimate le quote complessive di mortalità alcol correlata per ogni anno tra il 1988 ed il 2001.

Nel periodo di tempo considerato (1988-2001) si sono evidenziati 13.477 decessi (vedi tabella 11) di cui 9190 tra la popolazione maschile e 4287 tra la popolazione femminile. I decessi complessivi per patologie correlate rappresentano quindi il 2,3 % di tutte le morti.

I tassi standardizzati di mortalità relativi al complesso delle patologie alcol correlate evidenziano in toscana decise riduzioni calcolatene nei 14 anni di studio: quasi un terzo per il sesso maschile (dal 43,8 x100.000 nel 1988 al 33,2 nel 2001, -11,6%) e per il sesso femminile (da 18,7 x 100.000 abitanti a 13,9, - 4,8%). Per quanto riguarda le differenze tra ASL (vedi tabella 12, 13 e 14) possiamo vedere come quelle di Massa e Carrara, di Lucca, di Pisa e di Viareggio hanno una mortalità alcol correlata sensibilmente più alta della media regionale mentre quelle di Firenze, Empoli, Prato e Siena registrano i tassi minori.

Le cause che maggiormente appaiono correlate al trend osservato relativo alla riduzione di mortalità sono: per i maschi la tubercolosi dell'apparato respiratorio (vedi tabella 15), il tumore dell'esofago, il carcinoma del cavo orale, il tumore della laringe la cirrosi, gli incidenti stradali e l'omicidio, mentre il carcinoma del fegato rappresenta il problema crescente; rimangono sostanzialmente invariate le morti per le altre cause alcol correlate. Per quanto riguarda il sesso femminile (vedi tabella 16), si notano forti riduzioni nella mortalità standardizzata per la tubercolosi dell'apparato respiratorio, per la cirrosi epatica per i suicidi, mentre sono in aumento il tumore della cavità orale, della faringe ed il carcinoma del fegato.

Le patologie alcol correlate rappresentano ancor oggi, rispetto alla mortalità un importante problema di sanità pubblica. La definizione delle frazioni attribuibili fornisce una stima più attendibile dell'effetto del consumo alcolico sulla mortalità regionale anche se la metodologia utilizzata non tiene conto di alcune cause di morte per le quali l'associazione con il consumo alcolico non incontra ancora un accordo generale (es. carcinoma dello stomaco, diabete mellito, patologie cerebrovascolari, pancreatiti acute e croniche). E' inoltre da segnalare che l'incidenza di morte per le patologie selezionate dipende in larga misura (patologie croniche) da consumi antecedenti al periodo di latenza delle stesse, soprattutto dal momento che gli eventi alcol correlati sono in Toscana, frequentemente legati agli effetti dell'alcol a lungo termine. La diminuzione del trend di mortalità è comunque consistente con il marcato trend di riduzione dei consumi alcolici iniziato a partire dagli anni '70. In Toscana si evidenzia un netto miglioramento principalmente attribuibile alla diminuzione dei decessi per cirrosi attribuibili ad alcol. Rimane, tuttavia, un eccesso di mortalità generale alcol attribuibile in entrambi i sessi.

Inoltre è possibile che nelle donne, soprattutto per alcune patologie, come ad esempio i carcinomi della bocca, sia più rilevante negli ultimi anni il possibile effetto confondente del fumo.

Un commento particolare merita la discussione relativamente alla frazione attribuibile all'alcol per incidenti stradali: malgrado questa possa essere sottostimata a causa della nota scarsità di dati circa il ruolo giocato dai consumi negli eventi accidentali, la mortalità per incidenti stradali sembra avere comunque una rilevanza importante dal punto di vista degli anni persi dal momento che nella nostra regione rimane una delle principali cause di morte nella fascia d'età più giovane.

Tabella 11: Numero di decessi attribuibili al consumo di alcol (corretti per frazione attribuibile) nella popolazione toscana per ASL di residenza. 1988-2001

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totale
Totale	72	79	71	78	65	63	72	74	74	78	69	70	71	75	1.011
ASL 1	87	73	68	74	72	74	66	57	63	65	64	68	56	68	955
ASL 2	66	67	63	82	72	73	69	62	74	70	59	60	69	74	960
ASL 3	50	51	48	48	61	47	47	50	44	54	46	40	43	44	673
ASL 4	92	99	93	94	99	109	104	93	96	91	96	95	94	75	1.331
ASL 5	104	101	107	99	95	114	92	74	93	103	107	93	92	101	1.375
ASL 6	67	81	71	69	65	73	68	65	67	69	65	62	64	60	945
ASL 7	89	97	89	89	87	89	81	89	71	83	86	70	85	77	1.182
ASL 8	61	69	75	57	71	67	61	65	61	55	64	54	61	54	875
ASL 9	195	200	193	213	196	200	207	198	173	190	190	194	183	161	2.693
ASL 10	54	48	47	52	52	49	49	52	47	45	54	49	46	47	690
ASL 11	62	61	60	62	58	53	56	54	56	50	51	57	59	50	789
ASL 12	999	1025	984	1017	993	1010	973	935	918	954	951	912	922	885	13.478
Regione															

Tabella 12: Tassi standardizzati di mortalità alcol correlata (x100.000. ab) in Toscana per ASL di residenza. Maschi 1988-2001

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Maschi	58,3	63,2	56,9	62,5	50,4	52,0	57,7	58,5	49,9	61,3	50,9	51,8	47,6	49,5
ASL 1	69,1	49,1	51,1	51,9	50,2	52,4	41,9	36,7	36,8	37,2	39,5	44,4	37,0	45,1
ASL 2	39,2	40,6	41,0	44,6	42,2	38,8	38,4	34,1	38,1	35,4	29,2	26,3	31,6	39,8
ASL 3	43,3	47,3	40,1	36,5	47,1	40,0	32,3	37,6	26,9	40,6	33,8	23,6	25,2	28,8
ASL 4	43,8	45,4	43,8	43,2	46,6	50,9	45,8	43,1	40,4	36,5	39,8	39,6	40,7	33,3
ASL 5	48,7	43,4	41,5	41,1	37,4	46,1	36,6	27,2	36,3	40,2	40,1	35,5	36,8	36,5
ASL 6	36,3	45,6	39,5	35,5	36,1	37,6	36,9	30,8	35,1	35,3	31,6	34,3	32,1	26,2
ASL 7	42,5	46,3	48,1	42,7	39,6	37,9	37,8	42,2	31,9	34,9	34,2	27,1	35,5	31,5
ASL 8	44,4	47,8	51,8	39,2	49,5	46,0	40,2	45,4	43,7	37,5	35,6	34,2	37,6	33,0
ASL 9	34,3	34,9	34,4	37,5	33,7	33,1	32,6	33,3	27,8	28,9	28,8	29,7	27,6	25,5
ASL 10	37,6	38,7	33,4	43,0	36,3	34,9	35,4	38,2	26,4	28,2	36,3	31,7	29,4	28,1
ASL 11	61,4	62,2	65,9	61,7	53,0	51,6	47,3	49,8	53,6	43,3	44,8	55,4	51,8	47,2
ASL 12	43,8	44,2	43,0	42,8	41,2	41,4	38,4	37,8	35,2	36,3	35,4	34,2	34,4	33,2
Regione														

Tabella 13: Tassi standardizzati di mortalità alcol correlata (x100.000. ab) in Toscana per ASL di residenza. Femmine 1988-2001

Femmine	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ASL 1	23,2	23,2	20,1	22,0	19,6	14,8	17,0	16,4	24,2	19,2	17,3	16,6	19,4	20,9
ASL 2	17,6	22,4	15,0	18,4	16,3	15,9	17,5	15,7	19,6	21,8	17,8	16,5	12,9	14,5
ASL 3	19,4	16,6	13,6	23,7	15,7	18,8	15,9	14,0	18,5	18,3	14,9	17,4	18,5	13,0
ASL 4	17,6	15,5	16,5	19,7	18,4	10,7	17,5	14,7	16,6	14,6	11,5	14,9	14,3	11,5
ASL 5	19,5	20,6	17,7	19,3	16,9	19,1	20,4	16,3	18,9	20,5	18,7	18,9	17,0	11,5
ASL 6	17,8	19,7	23,4	19,2	18,7	21,4	17,2	15,1	16,2	18,5	19,0	16,0	13,9	18,1
ASL 7	17,2	17,6	15,9	17,9	12,8	16,4	12,6	15,9	13,3	14,3	14,0	9,8	12,8	15,5
ASL 8	21,1	22,3	14,6	17,8	17,9	20,4	14,5	14,5	12,5	16,3	18,0	14,3	14,3	13,2
ASL 9	14,7	17,6	20,0	16,2	19,0	16,3	16,1	13,1	11,7	12,6	20,1	12,9	13,3	11,5
ASL 10	17,0	17,3	15,7	16,7	15,8	16,6	18,5	15,4	14,3	17,2	16,0	15,4	15,4	12,1
ASL 11	20,1	11,6	16,0	10,3	16,3	13,7	13,4	13,4	18,2	14,9	14,0	12,8	11,5	13,2
ASL 12	27,2	25,8	18,8	24,4	26,1	20,1	26,7	23,7	20,5	23,0	22,1	19,7	22,7	16,4
Regione	18,7	18,8	17,1	18,4	17,2	17,3	17,2	15,4	16,3	17,4	16,8	15,3	15,3	13,9

Tabella 14: Tassi standardizzati di mortalità alcol correlata (x100.000. ab) in Toscana per ASL di residenza. Popolazione totale 1988-2001

Maschi + femmine	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ASL 1	39,0	41,6	37,3	40,8	34,0	32,2	36,2	36,3	36,3	39,1	33,3	33,2	32,8	34,3
ASL 2	41,2	34,8	31,7	34,1	32,4	33,1	29,1	25,6	27,7	29,2	28,2	29,8	24,4	29,3
ASL 3	28,7	27,9	26,5	33,6	28,2	28,4	26,7	23,6	27,9	26,5	21,8	21,6	24,8	25,9
ASL 4	29,9	30,7	27,8	27,8	32,4	25,0	24,7	25,7	21,7	27,3	22,4	19,2	19,7	20,0
ASL 5	31,0	32,5	30,2	30,8	31,4	34,6	32,8	29,4	29,5	28,4	29,1	28,9	28,5	22,1
ASL 6	32,6	31,1	32,0	29,7	27,8	33,3	26,5	21,0	26,0	29,1	29,3	25,4	25,0	27,1
ASL 7	26,5	31,2	27,4	26,5	24,5	26,9	24,6	23,4	24,2	24,9	22,8	21,9	22,4	20,8
ASL 8	31,6	34,1	31,0	30,0	28,7	29,2	26,0	28,3	22,3	25,6	26,1	20,7	24,9	22,3
ASL 9	29,1	32,2	35,5	27,3	33,9	30,8	27,8	29,0	26,6	24,8	27,8	23,3	25,3	22,1
ASL 10	25,0	25,4	24,4	26,5	24,2	24,4	25,1	23,9	20,8	22,8	22,1	22,2	21,2	18,6
ASL 11	28,6	24,9	24,5	26,3	26,2	24,3	24,4	25,7	22,3	21,5	25,1	22,1	20,5	20,6
ASL 12	43,0	42,3	40,4	41,5	38,6	34,8	36,3	35,9	35,9	32,6	32,8	36,5	36,3	30,8
Regione	30,6	30,9	29,4	30,0	28,7	28,9	27,4	26,3	25,4	26,6	25,8	24,5	24,5	23,3

Tabella 15: Tassi standardizzati di mortalità (x100.000 ab.) per patologie alcol correlate. Maschi. Toscana 1988-2001

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Maschi														
TBC respiratoria	1,35	1,42	1,11	0,70	0,91	1,01	1,20	0,95	0,80	0,68	0,88	0,80	0,65	0,47
Tumori labbra, cavo orale, faringe	2,12	10,05	8,69	10,63	9,97	9,34	9,67	9,79	8,98	9,18	8,74	8,53	8,75	8,50
Tumore esofago	9,27	10,82	9,34	10,05	9,87	8,81	7,03	7,57	8,18	7,32	7,36	6,50	6,91	6,24
Tumore Fegato	12,05	12,82	12,38	13,01	12,24	14,10	12,45	13,14	11,18	11,64	12,56	11,84	12,64	12,05
Tumore laringe	5,82	6,17	6,17	5,06	4,44	5,49	5,31	4,67	4,51	4,80	4,81	3,23	3,56	3,45
Psicosi alcolica	0,00	0,14	0,14	0,07	0,27	0,13	0,07	0,00	0,00	0,07	0,07	0,00	0,05	0,06
Sindrome da dipendenza alcolica	0,95	1,05	0,79	0,60	0,07	0,89	0,49	0,76	0,36	0,47	0,27	0,18	0,50	0,46
Abuso alcolico	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Polineuropatia alcolica	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,14	0,07	0,06	0,07	0,07	0,00	0,00	0,00	0,07
Cardiomiopatia alcolica	0,07	0,21	0,13	0,13	0,07	0,13	0,07	0,15	0,06	0,13	0,13	0,07	0,00	0,00
Gastrite alcolica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cirrosi	8,45	7,93	7,30	7,30	6,72	6,19	6,46	5,62	5,80	5,98	4,80	5,17	5,48	5,32
Iperalcolemia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Incidenti con motoveicoli	7,86	7,86	8,58	8,30	8,39	7,82	7,63	6,92	6,27	7,13	6,76	7,18	6,53	6,61
Incidenti con altri veicoli	0,02	0,01	0,02	0,02	0,04	0,03	0,02	0,03	0,02	0,01	0,02	0,01	0,04	0,02
Incidenti del trasporto aereo spaziale	0,00	0,00	0,01	0,10	0,01	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00
Cadute accidentali	0,03	0,03	0,03	0,02	0,04	0,01	0,03	0,04	0,01	0,01	0,01	0,01	0,06	0,03
Incidenti causati dal fuoco	2,26	1,61	2,15	2,29	2,04	2,27	2,22	2,31	2,75	2,54	2,25	2,74	2,48	2,86
Altri incidenti	0,08	0,08	0,06	0,07	0,06	0,09	0,06	0,05	0,07	0,07	0,05	0,04	0,06	0,01
Annegamento	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,01
Altri incidenti	0,12	0,10	0,09	0,14	0,14	0,13	0,06	0,11	0,09	0,06	0,09	0,06	0,08	0,05
Altri incidenti	0,02	0,02	0,04	0,01	0,00	0,01	0,01	0,04	0,18	0,01	0,02	0,03	0,01	0,02
Altri incidenti	0,18	0,24	0,28	0,14	0,18	0,12	0,17	0,20	0,01	0,19	0,16	0,20	0,16	0,15
Altri incidenti	0,11	0,05	0,05	0,02	0,07	0,05	0,05	0,03	0,05	0,04	0,02	0,02	0,04	0,03
Suicidio	4,39	4,07	4,59	4,02	4,93	4,54	4,00	4,23	3,74	3,80	3,84	4,00	3,42	3,54
Omicidio	0,45	0,60	0,72	0,77	0,63	0,31	0,48	0,34	0,34	0,40	0,47	0,59	0,47	0,26
Altri incidenti	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,03	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00
Regione	43,7	44,2	42,9	42,7	41,1	41,4	38,4	37,81	35,1	36,27	35,31	34,2	34,3	33,1

Tabella 16: Tassi standardizzati di mortalità per patologie alcol correlati. Femmine. Toscana 1988-2001

Femmine	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
TBC respiratoria	0,73	0,36	0,17	0,34	0,24	0,44	0,46	0,32	0,41	0,26	0,21	0,25	0,29	0,21
Tumori labbra, cavo orale, faringe	2,92	3,04	2,99	3,14	2,66	2,60	2,69	2,58	2,43	3,35	3,05	2,88	3,00	2,65
Tumore esofago	2,81	2,68	2,21	2,88	1,71	2,62	2,59	2,05	2,40	2,33	2,21	1,74	1,88	2,12
Tumore Fegato	6,65	6,99	6,88	6,72	6,69	6,65	7,11	6,20	6,22	6,23	6,27	6,03	5,22	5,73
Tumore laringe	0,45	0,60	0,35	0,44	0,18	0,33	0,35	0,29	0,42	0,38	0,28	0,29	0,38	0,36
Psicosi alcolica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,07	0,00	0,05	0,05	0,00
Sindrome da dipendenza alcolica	0,00	0,32	0,14	0,00	0,06	0,06	0,12	0,00	0,06	0,07	0,06	0,11	0,00	0,07
Abuso alcolico	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00
Polineuropatia alcolica	0,00	0,06	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00
Cardiomiopatia alcolica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Gastrite alcolica	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cirrosi	5,07	5,63	4,44	5,12	4,87	4,84	5,18	4,50	4,77	5,11	4,82	4,23	4,76	3,88
Iperalcolemia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Incidenti con motoveicoli	2,75	2,98	2,56	3,05	3,50	2,98	2,44	2,33	2,68	2,91	2,80	2,33	2,58	2,06
Incidenti del trasporto marittimo	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
Incidenti del trasporto aereo spaziale	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cadute accidentali	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Incidenti causati dal fuoco	3,12	2,74	2,70	2,58	2,32	2,51	2,31	2,21	2,42	2,73	2,49	2,29	2,16	2,05
Altri incidenti	0,05	0,14	0,05	0,06	0,10	0,05	0,07	0,10	0,06	0,09	0,06	0,01	0,05	0,04
Annegamento	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
Altri incidenti	0,04	0,09	0,03	0,04	0,06	0,03	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,01	0,02	0,00
Altri incidenti	0,01	0,04	0,03	0,01	0,02	0,01	0,00	0,02	0,00	0,03	0,02	0,01	0,01	0,01
Altri incidenti	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,02	0,01	0,01	0,03	0,01	0,01
Suicidio	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Omicidio	1,49	1,24	1,35	1,51	1,48	1,41	1,05	1,21	1,28	1,08	1,14	1,13	1,04	0,92
Altri incidenti	0,33	0,06	0,22	0,31	0,26	0,28	0,35	0,18	0,24	0,33	0,49	0,46	0,36	0,17
Regione	0,01	0,00	0,02	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,02	0,00	0,01	0,00	0,01	0,02
TBC respiratoria	18,7	18,8	17,1	18,4	17,2	17,3	17,2	15,4	16,3	17,4	16,8	15,3	15,3	13,9

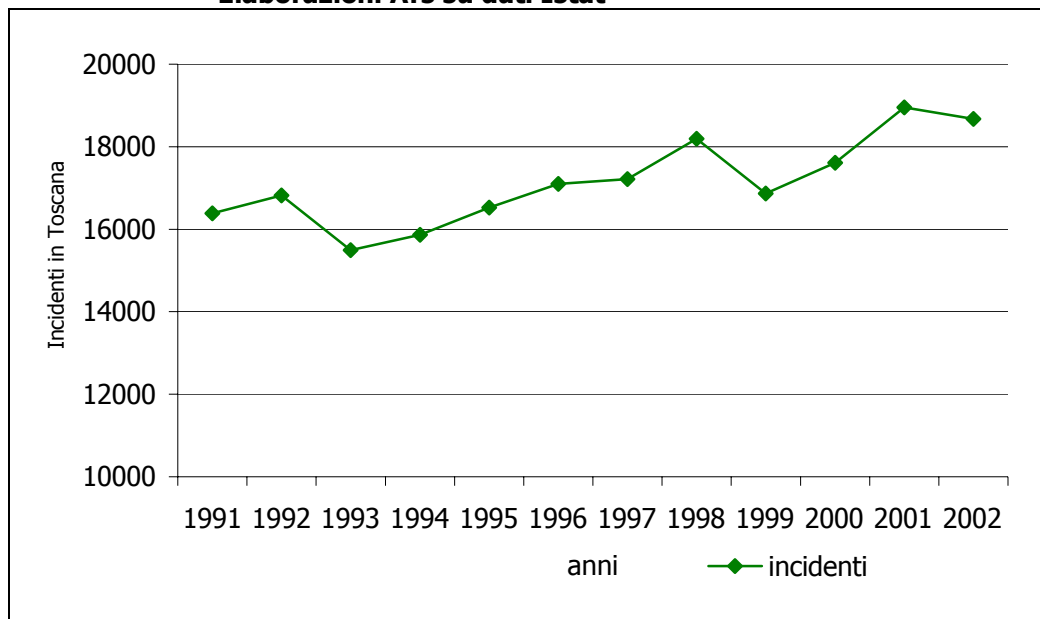
4. Consumo di alcol e incidenti stradali

4.1 Gli incidenti stradali in Europa, in Italia ed in Toscana

In Europa gli incidenti stradali sono la prima causa di morte e di ricovero ospedaliero nei soggetti di età inferiore ai 45 anni, ed un terzo dei deceduti ed infortunati per incidente stradale ha meno di 25 anni. Morti premature ed impegno assistenziale per invalidità che ricadono sulla società, con costi economici, diretti ed indiretti che l'OCSE stima fino al 4% del PIL di alcuni Paesi membri. L'OMS ed il Parlamento Europeo hanno affrontato più volte il problema definendo l'obiettivo di riduzione della mortalità e morbosità per incidente stradale del 40% entro il 2010. Ogni anno in Italia a causa di incidenti stradali si contano circa 7000 decessi, 15.000 invalidi, 150.000 ricoveri, almeno 1.500.000 accessi ai Pronto Soccorso e oltre 600 milioni di euro spesi per ricoveri e assistenza sanitaria. Nel 2002 in Italia si sono verificati 237.812 incidenti con 337.878 feriti e 6.736 decessi.

In Toscana dal 1991 al 2002 (vedi grafico 5) si sono verificati 207.968 sinistri stradali che hanno comportato 279.031 feriti e 5437 decessi. Quindi ogni anno, in media, accadono 17.330 incidenti, 23.252 feriti e 453 decessi.

Grafico 5: Gli incidenti stradali in Toscana nel periodo 1991-2002.
Elaborazioni Ars su dati Istat



Gli incidenti stradali sono in progressivo aumento: dal 1991 al 2002 la crescita è stata del 14% (+ 39,3% a livello nazionale), in accordo all'aumento della mobilità su strada. Nello stesso periodo, però, gli indicatori di gravità, espressi dal Rapporto di Lesività (RL: numero di feriti ogni 1.000 incidenti) e dal Rapporto di Mortalità (RM: numero di decessi ogni 1.000 incidenti), mostrano una tendenza parallela rispetto a quanto osservato a livello nazionale. Dal 1991 al 2002, infatti, il RM è diminuito in Toscana in maniera significativa, passando da 30,2 a 24,6, mentre nello stesso periodo in Italia è diminuito da 43,9 a 28,3. Quindi in entrambi i territori aumentano gli incidenti ma diminuisce la gravità.

Il venerdì (vedi tabella 17) è il giorno con più incidenti (il 15,4% del totale), mentre la domenica (11,3%) è quello con meno sinistri. Gli incidenti più gravi però avvengono nel fine settimana. In particolare, gli indici RL e RM aumentano dal venerdì alla domenica, giorno nel quale si presentano i valori in assoluto più alti (RM sab+dom= 33,8; RM altri giorni= 23,5). I giorni in cui avvengono meno sinistri sono anche quelli che fanno registrare le conseguenze più gravi.

Tabella 17: Gli incidenti notturni in Toscana nel periodo 1991-2002: feriti, morti, rapporti di lesività (RL) e rapporti di mortalità (RM). Elaborazioni ARS su dati ISTAT

NOTTE	INCIDENTI		FERITI		MORTI		RL	RM
	N	%	N	%	N	%		
lun-gio	12.785	44,1	18.815	41,7	539	38,6	1471,6	42,2
ven	5.477	18,9	8.508	18,8	306	21,9	1553,4	55,9
sab	6.845	23,7	11.725	26,0	372	26,7	1712,9	54,3
dom	3.851	13,3	6.093	13,5	178	12,8	1582,2	46,2
Totale	28.958	100,0	45.141	100,0	1.395	100,0		

Gli incidenti stradali sono più frequenti tra le 12:00 e le 13:00 e tra le 18:00 e le 19:00. Diminuiscono dalle 20:00 alle 6:00, per aumentare repentinamente tra le 7:00 e le 8:00. Si tratta di fasce orarie di elevata mobilità nei contesti urbani, in coincidenza con gli orari di apertura e di chiusura di scuole e luoghi di lavoro. Tuttavia gli incidenti più gravi si verificano di notte e nelle prime ore del mattino (tra le 22:00 e le 06:00 RM = 48,2; dalle 07:00 alle 21:00 RM = 22,4). Anche in questo caso, la minore densità di traffico si accompagna ad una maggiore gravità degli esiti. Particolarmente gravi sono gli incidenti che avvengono nel finesettimana e in orari notturni (22:00 – 06:00).

In estrema sintesi, con l'aumento della mobilità, e in modo simile a quanto riscontrato nei paesi industrializzati, il numero di incidenti stradali sta crescendo nel tempo, mentre la loro gravità sta diminuendo. Gli incidenti più gravi avvengono nelle ore notturne, nel week-end, nei periodi festivi, sulle strade extraurbane, con coinvolgimento soprattutto di maschi giovani. I pedoni costituiscono una rilevante quota delle vittime, e tra questi cresce la quota degli anziani. La maggioranza degli incidenti è probabilmente causata da comportamenti di guida non corretti: dal non rispetto dei limiti di velocità in primis.

4.2 Gli incidenti stradali causati dall'abuso di alcol

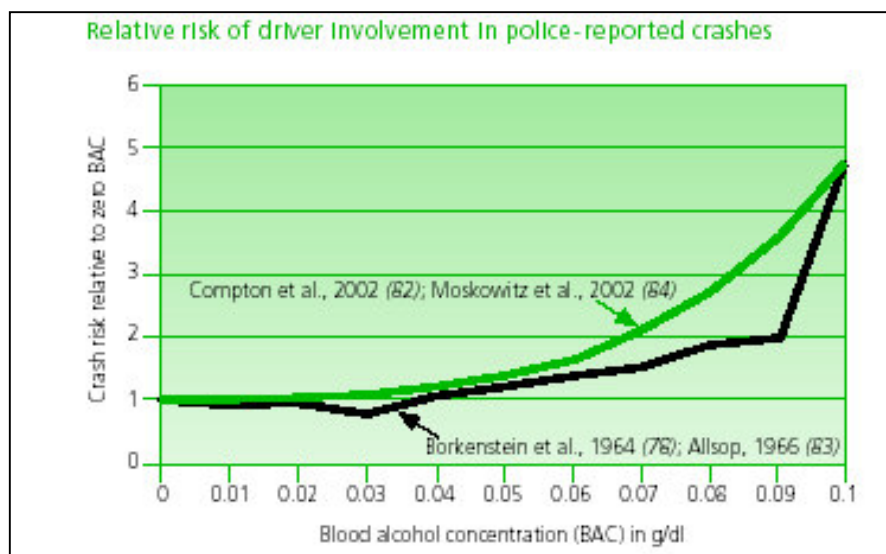
Un'attenzione particolare deve essere dedicata agli incidenti causati da alterazione dello stato psico-fisico del conducente dovuti all'ebbrezza da alcol o da ingestione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Nei paesi occidentali e in generale in quelli più economicamente sviluppati, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il 20% dei guidatori coinvolti in incidenti stradali riporta una concentrazione di alcol nel sangue superiore ai limiti consentiti dalla legge. Nei paesi in via di sviluppo questa percentuale oscilla tra il 33% e il 69% (*World report on road traffic injury prevention*, WHO, 2004).

Tuttavia, anche se le modalità di consumo di bevande alcoliche e i comportamenti alla guida variano da paese a paese, l'importanza dell'alcol come fattore di rischio primario negli infortuni stradali è universalmente riconosciuta.

Esistono numerosi studi che analizzano l'alcolemia come fattore di rischio e tutti concordano sulla particolare gravità delle conseguenze in termini di mortalità e morbosità. Ad esempio sappiamo che un guidatore sotto l'effetto dell'alcol (vedi grafico 6) ha una probabilità 17 volte maggiore di essere coinvolto in un incidente mortale rispetto ad un conducente sobrio e che il rischio relativo di essere coinvolti in un incidente stradale aumenta in maniera esponenziale rispetto alla concentrazione di alcol nel sangue (BAC).

Grafico 6: Rischio relativo di essere coinvolti in un incidente stradale secondo la concentrazione di alcol nel sangue riscontrata nei conducenti incidentati.



Alcuni studi hanno dimostrato che la probabilità di incorrere in sinistri stradali dovuti all'abuso di alcol varia con l'età e con le abitudini di consumo di alcolici. Conducenti giovani e inesperti con BAC pari a 0,05 gr/lit hanno una probabilità 2,5 volte maggiore di incorrere in infortuni stradali. Studi più approfonditi hanno dimostrato che, per ogni livello del BAC, i conducenti di età fino a 29 anni hanno una probabilità 5 volte maggiore di incorrere in incidenti stradali rispetto ai guidatori più anziani (*World report on road traffic injury prevention*, WHO, 2004).

La proporzione di conducenti che presentano valori elevati di alcolemia è, in quelli responsabili di incidenti mortali è circa 10 volte più alta che nei conducenti fermati casualmente in fasce orarie "a rischio" (fonte: Ministero della Sanità).

Tabella 18: Incidenti per stato fisico in Toscana nel periodo 1991-2002: feriti, morti, rapporti di lesività (RL) e rapporti di mortalità (RM). Elaborazioni ARS su dati ISTAT

	INCIDENTI		FERITI		MORTI		RL	RM
	N	%	N	%	N	%		
ebbrezza da alcool	1.128	0,54	1.672	0,60	59	1,09	1482,3	52,3
per condizioni morbose in atto	56	0,03	72	0,03	4	0,07	1285,7	71,4
improvviso malore	426	0,20	462	0,17	105	1,93	1084,5	246,5
sonno	661	0,32	1.021	0,37	65	1,20	1544,6	98,3
ingestione di sostanze stupefacenti o psicotrope	164	0,08	221	0,08	9	0,17	1347,6	54,9
mancato uso di lenti correttive o apparecchi di protesi	7	0,00	7	0,00	0	0,00	1000	0
abbagliato	45	0,02	53	0,02	2	0,04	1177,8	44,4
Totale	2.487	1,20	3.508	1,26	244	4,49	1410,5	98,1

L'alcolemia non è un fattore di rischio associato ai soli conducenti ma riguarda anche i pedoni. Per i pedoni sotto l'effetto dell'alcol tuttavia la rischiosità è minore rispetto ai conducenti che infatti mettono in pericolo non solo se stessi ma anche gli altri. Per quanto riguarda l'Italia

purtroppo l'Istat sottostima fortemente la numerosità di queste cause: l'alcol e le sostanze sarebbero responsabili solo dello 0,6% dei sinistri accaduti in Toscana dal 1991 al 2002 (vedi tabella 18). Uno studio condotto in Veneto ha stimato che circa il 5% dei conducenti circolanti la notte del fine settimana si trova in stato di ebbrezza alcolica. Come abbiamo già accennato invece, la letteratura scientifica sappiamo che l'abuso di queste sostanze gioca un ruolo fondamentale come causa o concausa in almeno il 20% degli incidenti. Gli spunti di approfondimento nel nostro paese quindi non mancano e comunque, dai dati sulle "stragi del sabato sera" è possibile presupporre una maggiore incidenza dell'alcol tra i determinanti degli infortuni stradali rispetto a quanto rilevato dall'Istat.

La possibilità, introdotta dal Nuovo Codice della Strada, di effettuare screening non invasivi su tutti i conducenti su strada, anche se con apparecchi non omologati, e senza efficacia probatoria, apre nuovi orizzonti per la ricerca epidemiologica.

5. La tipizzazione dell'alcolismo: l'utenza dei Servizi Alcolologici Territoriali e dei Centri Alcolologici della Regione Toscana

Il tentativo di tipizzare l'alcolismo toscano non può prescindere da un'analisi seppur sommaria di quello che a tutt'oggi è il flusso informativo principale delle attività in campo alcolologico dei servizi territoriali e cioè il flusso ministeriale

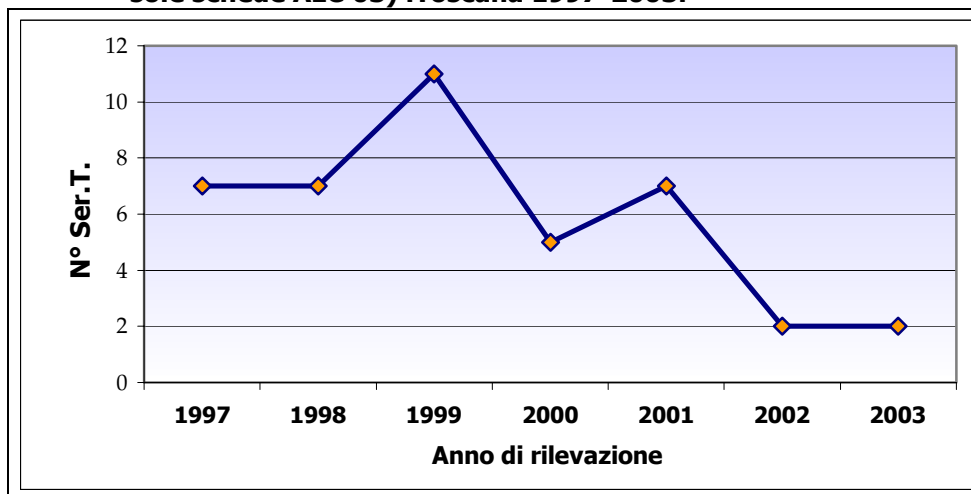
5.1 Rilevazione attività nel settore alcolodipendenza: il flusso Ministeriale

Questa relazione presenta un'analisi preliminare dei dati relativi all'utenza dei SAT e dei Centri Alcolologici in Toscana dal 1997 al 2003. La rilevazione dell'attività nel settore dell'alcolodipendenza è stata avviata con D.M. del 04/09/1996 in cui si stabiliva che a decorrere dall'anno 1997 le regioni e le province autonome avrebbero dovuto raccogliere entro il 31 gennaio di ciascun anno le informazioni (con riferimento all'anno precedente), dalle aziende U.S.L. e dalle A.O. secondo i modelli cartacei ALC 01- *dati anagrafici dei servizi pubblici*; ALC 02- *caratteristiche del personale pubblico*; ALC 03- *dati aggregati sull'utenza afferente*; ALC 04- *bevanda alcolica di uso prevalente*; ALC 05- *funzioni del servizio*, ALC 06- *programmi di trattamento*, 07- *collaborazioni con il volontariato e privato sociale*. Tra queste, le schede che ci è sembrato utile reperire per l'analisi che segue sono la ALC 03, 04 e 06 (utenza, bevanda prevalente e trattamenti).

Proprio in relazione a questo flusso di dati abbiamo riscontrato diverse anomalie e mancanze. Il grafico 7 mostra la mancanza di disponibilità di dati per quanto riguarda i Ser.T. toscani e relativamente alle schede ministeriali ALC 03 - *utenza afferente ai servizi* - che raccolgono i dati più interessanti sul fenomeno. Questa variabilità dei dati non ci ha permesso di effettuare un'accurata e completa analisi dell'andamento dell'utenza alcolologica dei Ser.T. e tanto più per quanto riguarda il consumo prevalente di bevande ed i trattamenti erogati; la causa di questa disfunzione è dovuta in parte alla natura delle schede ministeriali che non sono state concepite in modo appropriato per poter eseguire delle approfondite analisi di tipo epidemiologico, ed in parte alla propensione dei Ser.T. di fornire dati aggregati rispetto alle informazioni richieste nei modelli cartacei del flusso Ministeriale.

Da qui l'esigenza sempre più stringente di istituire un flusso informatizzato di dati individuali sulla tipologia, il consumo ed il trattamento degli alcolisti nel rispetto delle vigenti normative sulla privacy ed il trattamento dei dati sensibili. Ciò ci permetterebbe di mettere ancor più in evidenza l'importanza degli interventi condotti nei SAT e nei Centri Alcolologici.

Grafico 7: Numero Ser.T. che non dispongono di dati (relativamente alle sole schede ALC 03) .Toscana 1997-2003.



5.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza

La tabella 19 mostra la numerosità degli utenti per tipologia (nuovi e già in carico) e per ciascun Ser.T. ed ASL relativamente al 2003. Da questa possiamo osservare che la proporzione più alta di utenti già in carico è stata registrata nella Asl 12 di Viareggio con il 75,8% sul totale dei soggetti afferenti, seguita dalla Asl 8 di Arezzo con il 69,6% (ed in particolare il 75% per i Ser.T. della Valtiberina e della Val di Chiana Est) e dalla Asl 11 di Empoli (circa il 68% degli utenti già in carico).

La prevalenza dei soggetti afferenti ai servizi è pari allo 0,8 per 1000 abitanti, indice particolarmente alto nella Asl 8 (1,6 per 1000 abitanti; nello specifico 2,4 nel Ser.T. di Arezzo), e nelle ASL di Viareggio e Lucca con 1,4 e particolarmente basso per le ASL di Grosseto, Prato e Siena con valori rispettivamente pari a 0,1 0,2 e 0,4 per 1000 abitanti. La distribuzione a livello regionale dei nuovi casi, ovvero l'incidenza, è pari allo 0,3 per 1000 abitanti; in particolare 0,7 per 1000 abitanti per la ASL1 di Massa, 0,5 per quella di Arezzo e 0,1 per 1000 abitanti per le ASL di Prato, Siena, Grosseto e Empoli .

Grafico 8: Numero utenti per anno stratificati per tipologia (nuovi e già in carico) e genere. Toscana 1997-2003. Schede ALC03-. Numero soggetti trattati nell'anno

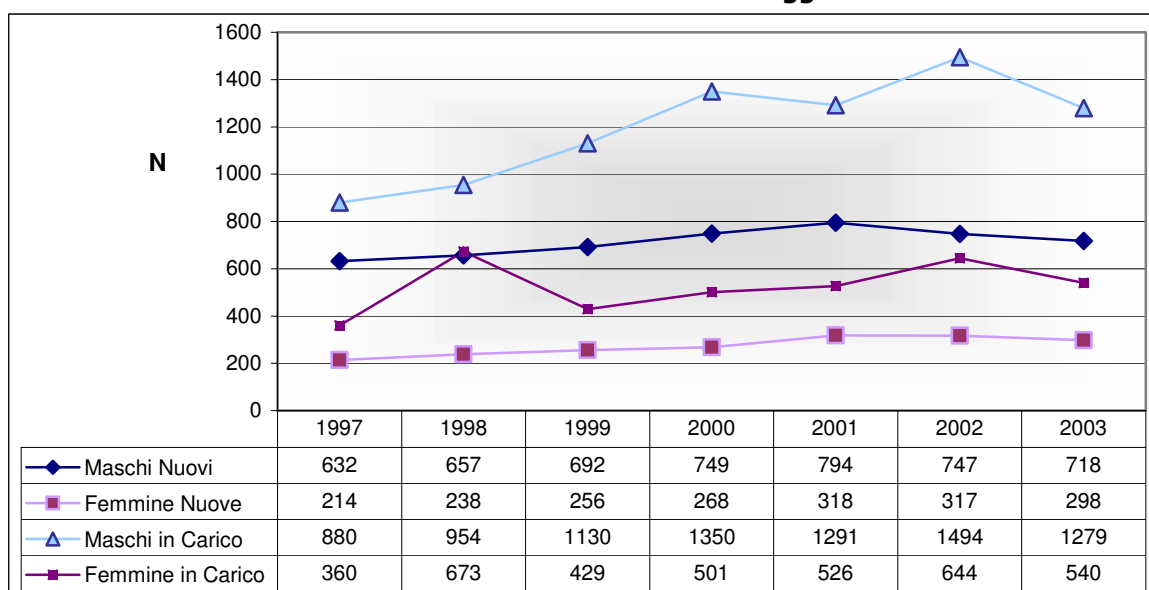


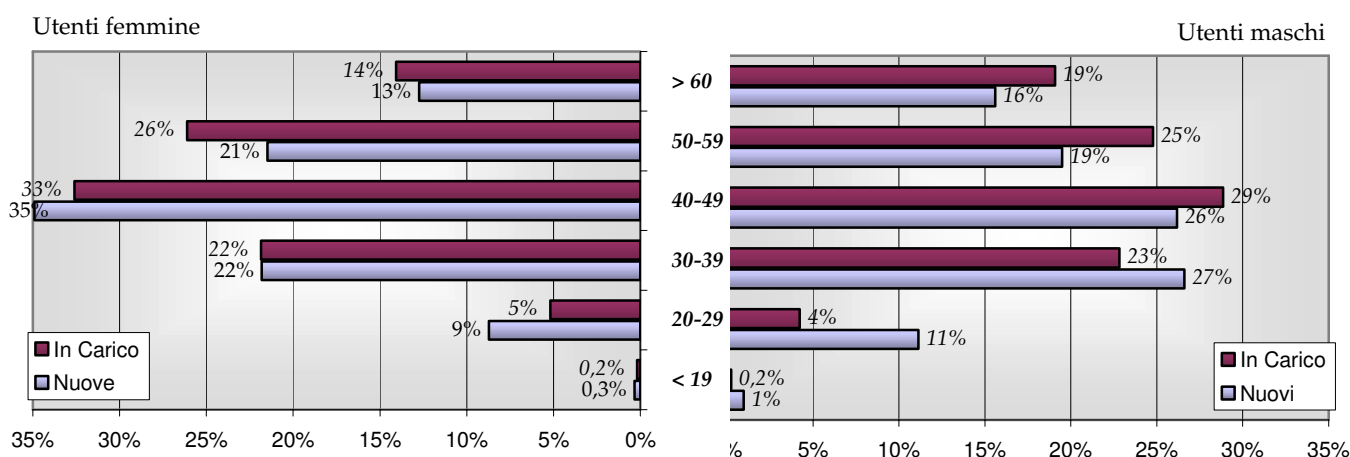
Tabella 19: Distribuzione utenti alcol dipendenti per ASL, per Ser.T e per tipologia (nuovi e già in carico) Toscana 2003. Numero soggetti trattati nell'anno

ASL	SER.T	Nuovi Utenti			Utenti in carico			Totale Utenti			Prevalenza (1000 ab.)	Incidenza (1000 ab.)	
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	%	Maschi	Femmine			Totale
1	Apuane	80	21	101	91	20	111	52,4	171	41	212	1,4	0,7
	Lunigiana	28	10	38	27	9	36	48,6	55	19	74	1,4	0,7
	Totale Asl	108	31	139	118	29	147	51,4	226	60	286	1,4	0,7
2	Piana di	40	20	60	59	24	83	58,0	99	44	143	0,9	0,4
	Valle del	21	14	35	69	25	94	72,9	90	39	129	2,2	0,6
	Totale Asl	61	34	95	128	49	177	65,1	189	83	272	1,3	0,4
3	Pistoiese	22	10	32	43	23	66	67,3	65	33	98	0,6	0,2
	Valdinievole	28	8	36	26	12	38	51,4	54	20	74	0,7	0,3
	Totale Asl	50	18	68	69	35	104	60,5	119	53	172	0,6	0,3
4	Prato	12	3	15	15	9	24	61,5	27	12	39	0,2	0,1
	Totale Asl	12	3	15	15	9	24	61,5	27	12	39	0,2	0,1
5	Alta Val di	9	3	12	30	10	40	76,9	39	13	52	2,3	0,5
	Pisana	31	12	43	48	28	76	63,9	79	40	119	0,6	0,2
	Val d'Era	15	7	22	18	15	33	60,0	33	22	55	0,5	0,2
	Totale Asl	55	22	77	96	53	149	65,9	151	75	226	0,7	0,2
6	Bassa Val	22	9	31	20	7	27	46,6	42	16	58	0,8	0,4
	Livornese	19	11	30	51	42	93	75,6	70	53	123	0,7	0,2
	Val di	7	8	15	11	3	14	48,3	18	11	29	0,5	0,3
	Elba	17	5	22	5	4	9	29,0	22	9	31	1,0	0,7
	Totale Asl	65	33	98	87	56	143	59,3	152	89	241	0,7	0,3
7	Alta Val	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Amiata	7	4	11	11	3	14	56,0	18	7	25	1,7	0,7
	Senese	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Val di	15	6	21	12	7	19	47,5	27	13	40	0,7	0,3
	Totale Asl	22	10	32	23	10	33	50,8	45	20	65	0,3	0,1
8	Arezzo	65	23	88	141	57	198	69,2	206	80	286	2,4	0,7
	Casentino	11	5	16	18	3	21	56,8	29	8	37	1,0	0,5
	Val di	6	6	12	19	17	36	75,0	25	23	48	1,0	0,2
	Valdarno	20	6	26	51	8	59	69,4	71	14	85	1,0	0,3
	Valtiberina	12	4	16	37	11	48	75,0	49	15	64	2,1	0,5
	Totale Asl	114	44	158	266	96	362	69,6	380	140	520	1,6	0,5
9	Amiata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Coll.	11	4	15	6	3	9	37,5	17	7	24	0,5	0,3
	Coll.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Grosseto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Totale Asl	11	4	15	6	3	9	37,5	17	7	24	0,1	0,1
10	Zona	139	64	203	270	106	376	64,9	409	170	579	1,5	0,5
	Zona Nord-	13	7	20	24	16	40	66,7	37	23	60	0,3	0,1
	Mugello	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Zona Sud-	12	6	18	23	13	36	66,7	35	19	54	0,3	0,1
	Sollicciano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Totale Asl	164	77	241	317	135	452	65,2	481	212	693	0,9	0,3	
11	Valdarno	20	5	25	34	19	53	67,9	54	24	78	0,4	0,1
	Totale Asl	20	5	25	34	19	53	67,9	54	24	78	0,4	0,1
12	Viareggio	36	17	53	120	46	166	75,8	156	63	219	1,4	0,3
	Totale Asl	36	17	53	120	46	166	75,8	156	63	219	1,4	0,3
Totale		718	298	1016	1279	540	1819	64,2	1997	838	2835	0,8	0,3

L'andamento temporale (vedi grafico 8) degli utenti alcolodipendenti ai SAT e ai Centri Alcolodipendenti toscani dal 1997 al 2003 indica un aumento sia per entrambi i generi che per entrambe le tipologie (nuovi e già in carico). Ciò dimostra nel corso degli anni l'impegno profuso dei Servizi di cui sopra per la cura del fenomeno dell'alcolodipendenza. In particolare, i maschi nel totale passano da 1512 utenti nel 1997 a 1997 utenti nel 2003 aumentando quindi del 32% e le femmine da 574 a 838 (aumento del 46%): tale aumento in gran parte è dovuto ai maschi già in carico che da 880 soggetti nel 1997 aumentano fino a 1494 nel 2002 (+70%) per poi diminuire nuovamente raggiungendo i 1279 soggetti.

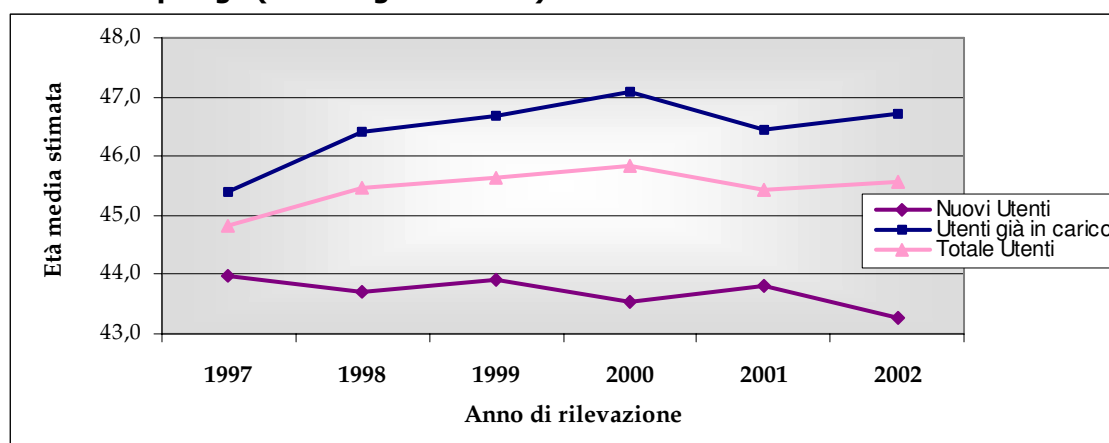
Per quanto riguarda la distinzione per tipologia i nuovi utenti, aumentano del 20% passando da 846 a 1016; mentre per gli utenti già in carico l'aumento è del 47% (da 1240 a 1819 utenti).

Grafico 9: Utenti alcolodipendenti stratificati per tipologia (nuovi e già in carico), per classi di età e per genere. Toscana 2003. Schede ALC03- Numero soggetti trattati nell'anno



Dal grafico 9 si può osservare la distribuzione per classi d'età nei due generi per l'anno 2003. Per quanto riguarda le femmine (sia per quelle nuove, sia per quelle già in carico) la fascia d'età più rappresentata è quella tra i 40 e i 49 anni (rispettivamente 35% e 33% sul totale delle utenti). Anche per il genere maschile la classe d'età maggiormente rappresentata è quella tra i 40 e i 49 anni, che vede concentrati il 29% dei soggetti in carico e il 26% di quelli nuovi, ma anche la classe d'età 30-39 anni che per i nuovi raccoglie il 27% del totale.

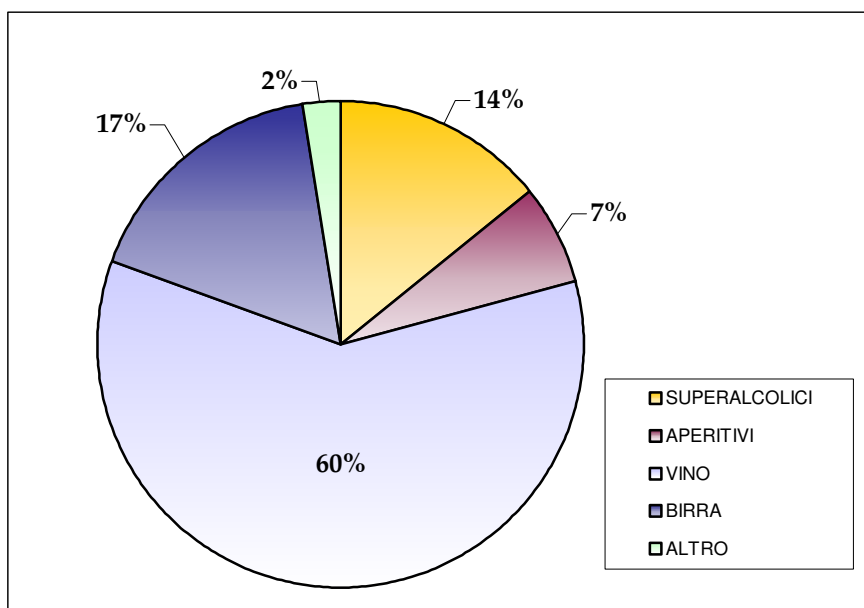
Grafico 10: Stima delle età medie degli utenti alcolodipendenti per anno di osservazione e per tipologia (nuovi e già in carico) -Toscana 1997-2003. Schede ALC03-



L'andamento temporale delle stime delle età medie degli utenti alcolisti (grafico 10) presenta un

aumento per entrambe le tipologie. Infatti l'età media degli utenti già in carico nel periodo '97-'03 passa da 45,4 a 47,4 anni, mentre per i nuovi da 44 a 44,7 anni.

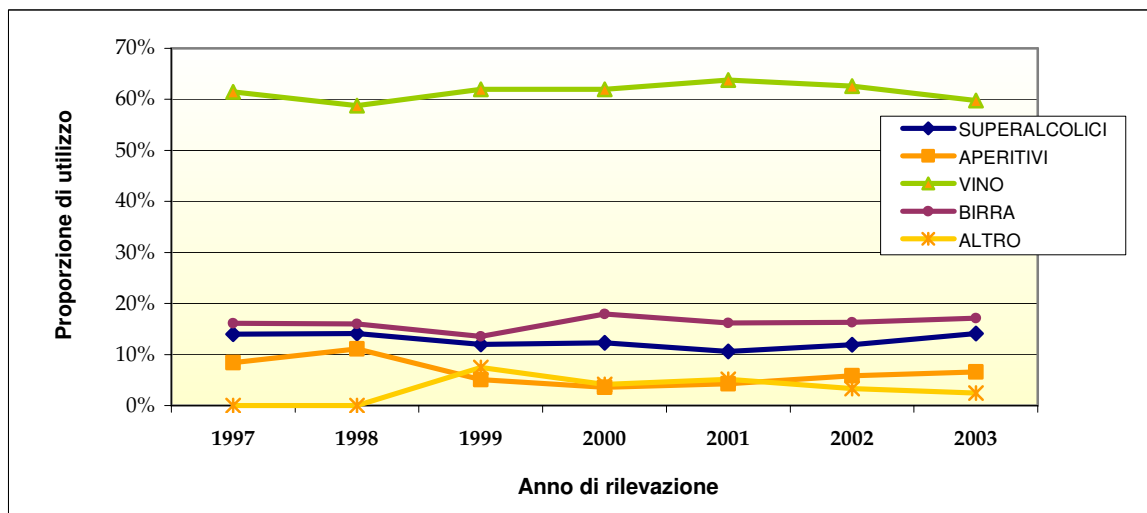
Grafico 11: Proporzioni di uso prevalente di bevande alcoliche Toscana 2003. Schede ALC04- Bevanda alcolica di uso prevalente



5.3 La rilevazione delle bevande consumate

Per quanto riguarda il consumo prevalente di bevande alcoliche, come possiamo osservare dal grafico 11, il vino viene consumato dal 60% degli utenti, seguito dalla birra e dagli aperitivi con rispettivamente il 17% ed il 14%. Lo stesso quadro si può riscontrare anche nell'andamento temporale (grafico 12) del consumo prevalente delle bevande alcoliche che presenta, nel corso del tempo (1997-2003), una sostanziale stabilità delle proporzioni di utilizzo per tutte le bevande considerate. La scheda ministeriale utilizzata per reperire i dati sulle bevande è la ALC 04 nella quale è richiesto di indicare solo il numero di consumatori per sostanza prevalente.

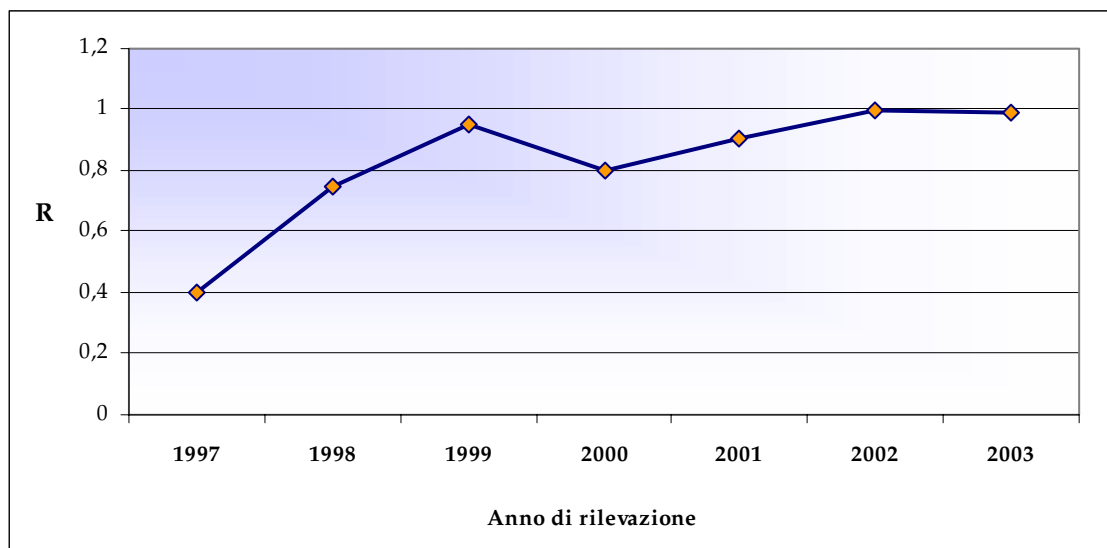
Grafico 12: Distribuzione delle bevande alcoliche di uso prevalente per anno di osservazione. Toscana 1997-2003. Schede ALC04- Bevanda alcolica di uso prevalente



5.4 L'andamento dei trattamenti

Nell'analisi dei dati relativi ai trattamenti prescritti agli utenti alcolisti, ci siamo limitati a mostrare (grafico 13) l'andamento temporale del numero medio di trattamenti per utente e, come possiamo osservare, si registra un netto aumento da 0,4 trattamenti medi per utente nel 1997 ad 1 nel 2003 (+ 150% circa). È importante precisare che il dato sopra riportato è sottostimato sia a causa delle modalità non sempre ortodosse con cui sono state compilate le schede ministeriali sia dalla completa assenza del dato.

Grafico 13: Andamento temporale del numero medio di trattamenti per utente. Toscana 1997-2003. Schede ALC06



In ultimo i trattamenti maggiormente erogati sono quello di tipo farmacologico ambulatoriale (6.210 trattamenti e 2.106 utenti trattati nel 2003 a livello regionale); seguono il counseling all'utente o alla famiglia, il trattamento socio-riabilitativo (2.857 e 2.061 trattamenti eseguiti rispettivamente) e la psicoterapia sia di gruppo che individuale con un totale di 1.142 trattamenti e 489 utenti trattati (dati non mostrati).

6. La tipizzazione dell'alcolismo: uno studio di mortalità in una coorte di alcolisti toscani.

6.1 Gli studi condotti in Toscana: una breve review

Già durante il corso degli anni '90 erano stati condotti (Cipriani et al) studi di mortalità su coorti di alcolisti afferenti ai Centri Alcologici Toscani (Arezzo e Firenze), Centri nei quali afferivano circa il 70% di etilisti toscani. Le caratteristiche sociodemografiche della popolazione in studio rilevavano che l'alcolismo al quale ci trovavamo di fronte era di tipo 'tradizionale': maschi di media età, padri di famiglia, scarsamente scolarizzati e molto radicati al luogo di nascita, vicini alla cultura rurale del bere. Non meravigliava allora che tra le cause di morte prevalessero quelle legate ad un abuso di alcol che si instaura progressivamente e si manteneva in un arco di tempo molto lungo, sufficiente ad indurre danni d'organo tipici dei processi cronico-degenerativi. Gran parte dell'eccesso di mortalità negli alcolisti era dovuto alla cirrosi epatica e, seppure in misura minore, ai tumori. Anche i decessi per eventi traumatici erano più frequenti negli alcolisti, seppure in misura molto inferiore a quanto ci si potrebbe aspettare in base a studi di area non-mediterranea. Gli alcolisti poi non sembravano correre particolari rischi

di morte per cardiopatia ischemica, mentre presentavano una maggiore mortalità per malattie cerebrovascolari. In base alla ormai famosa curva a 'J', che esprime i rapporti epidemiologici tra consumo di alcol e rischio di malattie cardiovascolari (CDV), e secondo cui i modici bevitori di alcol hanno un rischio di morte per CDV minore rispetto ai non bevitori ed ai forti bevitori, ci saremo aspettati quantomeno un eccesso di morti anche per coronaropatie. L'eccesso di morti per malattie cerebrovascolari era invece in linea con la correlazione positiva tra alcol e pressione arteriosa più volte citata in letteratura. Per quanto riguarda l'incidenza dei tumori, coerentemente con i dati internazionali, gli studi riscontravano un numero di casi di tumore dell'orofaringe, laringe, polmone e fegato superiore all'atteso. Si trattavano di sedi per le quali il ruolo eziologico dell'alcol è ormai accertato, specialmente se si accompagna ad un forte consumo di sigarette, come è tipico degli etilisti. Non risultavano indicazioni di un eccesso di tumori del colon e della mammella femminile come riscontrato in alcuni studi riferiti alla popolazione generale.

6.2 Lo studio di coorte condotto nel 2001

Nel 2001 L'Agenzia Regionale di Sanità ha condotto il follow-up di quelle coorti. Le principali caratteristiche della coorte (N= 3.280) sono ricavate da dati registrati in occasione della prima visita al servizio e sono riassunte nella tabella 20. I soggetti indagati sono in maggioranza di sesso maschile (70%), con età media al momento dell'ingresso al servizio di 45 anni (maschi: 46, femmine: 43; range 16-79 anni), con grado di scolarizzazione prevalentemente elementare o inferiore (80%). La maggioranza è coniugato/a; gli occupati rappresentano quasi la metà (49%) dei soggetti per i quali è disponibile l'informazione sulla professione, mentre il 33% riscuote una pensione di anzianità o di invalidità, e il 6% è disoccupato o lavora saltuariamente. Da notare, infine, come le casalinghe rappresentino il 12% dell'intera coorte (43% della coorte femminile).

Tabella 20: Principali caratteristiche all'ingresso degli alcolisti (N=3280) afferenti ai Centri Alcolologici di Firenze ed Arezzo nel periodo 1979-2000.

VARIABILE	LIVELLO	MASCHI		FEMMINE	
		N	%	N	%
SESSO		2.292	100	988	100
ETA'	<= 30 anni	286	12,6	160	16,2
	31-40	526	22,9	278	28,2
	41-50	595	26	268	27,1
	51-60	551	24	169	17,1
	61-70	269	11,7	83	8,5
	> 70	65	2,8	29	2,9
STATO CIVILE	Celibe/Nubile	413	21,2	231	25,8
	Coniugato/a – Convivente	1.277	65,5	511	57,1
	Divorziato/a Separato/a	228	11,7	110	12,3
	Vedovo/a	32	1,6	43	4,8
	Non noto	330	(14,5)	93	(9,4)
SCOLARITA'	Nessuna o Elementari	841	51,8	288	39
	Medie inferiori	465	28,5	187	25,3
	Medie superiori	251	15,4	192	26
	Università	70	4,3	72	9,7
	Non noto	565	(24,6)	249	(25,2)

Tabella 21: Mortalità causa specifica tra gli etilisti afferenti ai Centri Alcologici di Firenze e di Arezzo nel periodo 1979-2000 (N= 3.280). Rapporti standardizzati di mortalità (RSM) e limiti di confidenza al 95%.

CAUSE DI MORTE	MASCHI			FEMMINE		
	N	RSM	95% LC	N	RSM	95% LC
TUTTE LE CAUSE	600	1,8	1,7 - 1,9	124	2	1,7 - 2,4
K- LABBRA, LINGUA, BOCCA, FARINGE	27	10,6	7,0 -15,4	1	5,4	0,1 - 29,9
K- Lingua	8	16,8	7,3 -33,2	0	-	
<i>K - APPARATO DIGERENTE</i>	88	2	1,6 - 2,5	11	1,5	0,8 - 2,8
K- Esofago	11	4,5	2,3 - 8,2	2	14,1	1,7 - 51,1
K- Stomaco	12	0,8	0,4 - 1,4	5	2,5	0,8 -5,7
K- Colon-retto	8	0,7	0,3 - 1,5	0	-	-
K- Fegato	46	7,4	5,4 - 9,9	3	3,8	0,8 - 11,0
K- Pancreas	7	1,5	0,6 - 3,2	0	-	-
K- APPARATO RESPIRATORIO	86	2,3	1,8 - 2,8	3	1,1	0,2 - 3,1
K- Laringe	10	3,5	1,7 - 6,4	1	20,8	0,5 -115,9
K- Polmone	73	2,2	1,7 - 2,7	4	3,1	0,8 - 7,9
K- MAMMELLA FEMMINILE				2	0,6	0,1 - 2,3
K- VESCICA	4	0,7	0,2 - 1,7	0	-	-
MALATTIE INFETTIVE	6	3,8	1,4 - 8,2	1	4	0,1 - 22,5
TUMORI MALIGNI	225	1,9	1,7 - 2,2	23	1,3	0,8 - 2,0
DISTURBI DEL METABOLISMO	14	1,7	0,9 - 2,9	2	0,8	0,1 - 3,1
DISTURBI PSICHIATRICI (escluso alcolismo)	15	8,8	4,9 - 14,6	4	6,7	1,8 - 17,1
M. APPARATO CIRCOLATORIO	93	0,7	0,3 - 0,9	14	0,5	0,3 - 0,8
Malattia ipertensiva	5	1,2	0,4 - 2,7	0	-	-
Cardiopatia ischemica	26	0,5	0,4 - 0,8	2	-	0,0 - 1,1
Disturbi del ritmo	8	1,7	0,7 - 3,4	3	3,2	0,7 - 9,3
Cardiopatie NAS	9	0,6	0,3 - 1,0	2	0,5	0,1 - 1,9
Cerebrovascolare	29	0,7	0,5 - 1,0	6	0,6	0,2 - 1,3
Vascolare periferico	9	0,7	0,3 - 1,3	1	0,4	0,1 - 2,2
M. APPARATO RESPIRATORIO	30	1,2	0,8 - 1,7	3	1,1	0,2 - 3,1
M. APPARATO DIGERENTE	154	9,3	7,9 - 10,9	52	19,4	14,5 - 25,4
Cirrosi epatica	146	17,3	14,6 - 20,3	49	42,8	31,7 - 56,6
M. APPARATO URINARIO	1	0,3	0,0 - 6,5	0	-	-
MALATTIE NAS	5	1,2	0,4 - 2,8	2	1,6	0,2 - 5,9
CAUSE VIOLENTE	36	2,4	1,7 - 3,4	17	7,3	4,3 - 11,8
Incidenti stradali	11	2,4	1,2 - 4,3	5	10,6	3,5 - 24,9
Cadute accidentali	5	1,3	0,4 - 3,1	4	3,5	1,0 - 9,1
Suicidio	15	4,4	2,5 - 8,2	6	17	6,2 - 37,1

Il follow-up della coorte ha prodotto 22.230 anni-persona di osservazione (maschi: 16.098; femmine: 6.291), durante i quali si sono registrati 724 decessi (maschi: 600; femmine: 124), equivalenti ad un tasso grezzo di mortalità per tutte le cause di 40,9*1.000 anni-persona (maschi: 37,2; femmine: 20). La durata media di follow-up è stata di circa 7 anni in entrambi i sessi, mentre l'età alla morte è risultata mediamente di 56 anni per le femmine e 60 anni per i maschi. Il rischio di morte degli alcolisti della coorte rispetto a quello dei loro coetanei residenti nella regione toscana, distinto per maschi e femmine e per singole cause di morte, è riassunto nella tabella 21.

Gli alcolisti presentano una mortalità media per tutte le cause quasi due volte superiore a quella della popolazione generale (RSM: 1,9); un dato sostanzialmente simile tra maschi e femmine (RSM rispettivamente 1,8 e 2).

Tra le singole cause di decesso è molto evidente l'elevata mortalità per cirrosi epatica tra le femmine (RSM: 49), valore quasi triplo rispetto ai maschi (RSM: 17,3). Tra questi ultimi è più alto il rischio di morte per tumori (RSM: 1,9) rispetto alle femmine (RSM: 1,3). Approfondendo l'analisi per singole sedi tumorali, in entrambi i sessi si registra una significativa elevata mortalità per tumore dell'esofago (RSM maschi: 4,5; RSM femmine: 14,1) e del fegato (RSM maschi: 7,4 RSM femmine: 3,8). I decessi per tumori dell'apparato respiratorio e della cavità orale sono maggiori dell'atteso solo nei maschi (rispettivamente, RSM: 2,3 e 10,6), con particolare evidenza per il tumore della lingua (RSM: 16,8). Il numero dei decessi maschili e femminili per tumore dello stomaco, del colon-retto, della mammella femminile, dell'apparato genito-urinario maschile e femminile (vescica, rene, utero, ovaio, prostata), e di tutte le altre sedi, non si discosta da quanto atteso. Di interesse è poi il dato relativo all'eccesso di morti per eventi traumatici in entrambi i sessi (RSM maschi:2,4; RSM femmine: 7,3) ed in particolare per incidenti stradali (RSM: 2,4 e 7,3), suicidio (RSM: 4,4 e 17), per cadute accidentali (RSM: 1,3 e 3,5). Infine, rappresentano una vera e propria novità dati relativi alla mortalità per disturbi psichiatrici (escluso l'alcolismo): gli SMR sono per i maschi di 8,8 e per le femmine di 6,7. Per contro, sia nei maschi che nelle femmine, la mortalità per malattie cardiovascolari riscontrata nella coorte è più bassa di quella della popolazione generale.

In conclusione, questo studio conferma come anche nell'area mediterranea il rischio di morte degli alcolisti sia molto elevato. Differentemente a ciò che veniva osservato fino a qualche anno fa, si nota un rapido aumento dei decessi per cause violente – seppur i decessi dovuti a lunghe patologie cronic-degenerative restino prevalenti. Si evidenzia un effetto protettivo ad alti consumi sul sistema cardiocircolatorio che aumenta con l'allungamento temporale della coorte. I dati di mortalità per suicidi, per incidenti stradali e per disturbi psichiatrici dimostrano come queste cause, tipiche del mondo anglosassone, trovino spazio anche in un'area mediterranea la cui popolazione, probabilmente, sta modificando non solo le quantità consumate ma anche i *patterns* di consumo.

L'elevatissimo rischio di morte per cirrosi epatica, la sua frequente trasformazione in cancro-cirrosi, e l'elevata incidenza di tumori causati dal contemporaneo tabagismo, dovrebbe richiamare l'attenzione degli operatori dei servizi alcolologici su obiettivi che vanno al di là del semplice raggiungimento della sobrietà. Inoltre, se in futuro la tipologia dell'alcolismo 'toscano' tenderà ad assomigliare di più a quello anglosassone - come l'internazionalizzazione dei modelli di consumo dell'alcol e questi dati preliminari sembrano far supporre - assisteremo anche ad un incremento proporzionale della mortalità e morbosità per cause violente e, probabilmente, ad un aumento di bisogni sociali rispetto a quelli strettamente sanitari.

Conclusioni

Volendo tentare di riassumere i risultati delle analisi condotte e di individuare i possibili scenari ed obiettivi futuri di ricerca dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana in campo alcolologico, si può affermare quanto segue:

- in Toscana sembra verificarsi un progressivo allargamento della quota di popolazione, sia maschile che femminile, che consuma bevande alcoliche. Questo incremento sembra interessare in particolar modo i giovani. Sembra, però, altrettanto vero che il consumo supera assai raramente le quantità raccomandate. Il modello di consumo toscano sembra ancora seguire prevalentemente un modello tradizionale tipico dell'area mediterranea. Va

altresì sottolineato che soprattutto nelle coorti più giovani, si va delineando un modello di consumo più globalizzato e tipico delle aree nord europee;

- parallelamente al declino delle quantità consumate, in Toscana la mortalità alcol correlata sembra diminuire in entrambi i sessi. Questo si deve alla diminuzione dei decessi per le patologie cronico degenerative, come ad esempio la cirrosi epatica. Un commento particolare merita la mortalità per incidenti stradali: malgrado questa possa essere sottostimata a causa della nota scarsità di dati circa il ruolo giocato dai consumi negli eventi accidentali, la mortalità per incidenti stradali sembra avere comunque una rilevanza importante dal punto di vista degli anni persi dal momento che nella nostra regione rimane una delle principali cause di morte nella fascia d'età più giovane;
- relativamente alla tipizzazione dell'alcolismo toscano, qualche informazione, purtroppo ancora frammentaria ed insufficiente - causa l'architettura con cui è concepito il modello di rilevazione ministeriale - può essere ricavata dai dati relativi all'utenza alcolodipendente dei SerT della Regione Toscana. L'utenza dei servizi ha avuto un incremento costante negli ultimi 7 anni sia dei nuovi utenti che di quelli già in carico. L'età media dei nuovi utenti sembra, inoltre, diminuire anno per anno. Qualcosa di più certo, invece, possiamo affermare sul rischio di morte degli alcolisti in trattamento: nonostante i decessi dovuti a lunghe patologie cronico-degenerative restino prevalenti, si nota un aumento dei decessi per cause violente. Si evidenzia un effetto protettivo ad alti consumi sul sistema cardiocircolatorio che aumenta con l'allungamento temporale della coorte. I dati di mortalità per suicidio, per incidenti stradali e per disturbi psichiatrici sembrano, inoltre, dimostrare come cause di morte tipiche dell'alcolismo del mondo nord europeo ed anglosassone trovino spazio anche in un'area mediterranea.

Queste indicazioni risultano essere ancora insoddisfacenti per descrivere in modo compiuto l'analisi dei consumi di alcol e delle conseguenze sanitarie indotte da tale consumo e dovranno trovare un approfondimento nelle attività che l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana porterà avanti autonomamente ed in seno al Centro Alcolologico Regionale nel prossimo biennio. Queste si concretizzeranno:

- per quanto riguarda la stima dei consumi e al fine di fornire un quadro più rappresentativo della realtà toscana, nell'estensione dello studio di prevalenza a tutto il territorio toscano con un campionamento di popolazione rappresentativo del livello aziendale. Parallelamente, all'interno del programma di attività speciale della nostra Agenzia denominato "EDIT" (Epidemiologia Degli Incidenti stradali in Toscana), sarà condotta, su di un campione rappresentativo degli studenti delle scuole superiori di tutte le province, un'indagine conoscitiva volta a rilevare gli stili di vita (tra i quali i consumi di sostanze) ed i comportamenti alla guida. Questo ci permetterà di analizzare da una parte in modo più accurato le quantità di alcol consumate dalla quota di popolazione più giovane e dall'altro di associare tale consumo al rischio di infortunistica stradale;
- relativamente alla tipizzazione ed ai determinanti dell'alcolismo toscano, nell'analisi dei dati raccolti dal Sistema Informativo Regionale per le Dipendenze, qualora questo entri in funzione. Sarà effettuato, inoltre, l'allungamento e l'estensione degli studi di coorte a tutti i servizi alcolologici che operano a livello territoriale, alle comunità di recupero ed ai gruppi di auto- mutuo-aiuto.

Indicazioni bibliografiche

Allamani A, Cipriani F, Orlandini D. Alcologia in Italia. Una prospettiva epidemiologica. *Alcologia*, (Suppl Vol 5). Bologna 1993.

Cipriani F, Balzi, Sorso B, Buiatti E, Alcohol - related mortality in Italy. *Public Health* 1998; 112: 183-88

Cipriani F, Cucinelli M, Dimauro P, Angioli D, Conte M, Voller F, Buiatti, E: La mortalità in una coorte di alcolisti di Arezzo nel periodo 1979 2000. *Epidemiologia e Prevenzione* (2) 2001.

Commissione Mista del Gruppo Epidemiologico della Società Italiana di Alcologia. L'impatto del consumo di alcol sulla salute degli italiani: consumi, prevalenze, frazioni e mortalità attribuibili e prevenibili, strategie di intervento, Italia 1985-1994. *Alcologia* 1999; 11 (2): 124-202

Corrao G., Rubbiati L., Zambon A., Arico S., Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Italy. A balance in 1983 and 1996. *Eur J Public Health*. 2002 Sep;12(3):214-23.

Faggiano F (a cura di) OED Piemonte - Rapporto 2001 sulle Dipendenze in Piemonte, Torino 2001

ISTAT. La vita quotidiana nel 1993, 1994, 1995, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001 Indagine multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana. Roma, anni vari.

Osservatorio Fumo Alcol e Droga dell'Istituto Superiore di Sanità (<http://www.iss.it/sitp/ofad/>)

Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol. Gli italiani e l'alcol. Quaderno n. 14 dell'Osservatorio, Roma 2000.

Productshap Voor Gedistillerde Dranken. *World Drink Trends*. 2003. Henley-on-Thames, NTC Publications Ltd 2002