



ARS

Agenzia Regionale di Sanità
della Toscana

Sede

Villa Fabbricotti
Via Vittorio Emanuele II, 64

50134 Firenze

tel.: 055 462431

fax: 055 4624330

e-mail:

arsanita.toscana@arsanita.toscana.it

Osservatori

Economia Sanitaria

linda.migliorisi@arsanita.toscana.it

Epidemiologia

elena.marchini@arsanita.toscana.it

Qualità

caterina.baldocchi@arsanita.toscana.it

Centro Documentazione

silvia.fallani@arsanita.toscana.it

rita.maffei@arsanita.toscana.it

vania.sabatini@arsanita.toscana.it



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Documenti ARS

Osservatorio di Epidemiologia

L'alcol in Toscana

**Il consumo di alcol:
un confronto con l'Italia**

**La mortalità
alcol-correlata**

**Il consumo di alcol
e gli incidenti stradali**

**La tipizzazione
dell'alcolismo:
l'utenza dei SAT**

**Lo studio di mortalità
in una coorte
di alcolisti toscani**

**tra moderazione
ed eccesso**





**L'ALCOL IN TOSCANA
TRA MODERAZIONE
ED ECCESSO**

L'ALCOL IN TOSCANA

TRA MODERAZIONE

ED ECCESSO

COORDINAMENTO:

Eva Buiatti
Coordinatore
Osservatorio di Epidemiologia
ARS Toscana - Firenze

AUTORI:

Fabio Voller
Responsabile Area Epidemiologia Sociale
Osservatorio di Epidemiologia
ARS Toscana - Firenze

Francesco Cipriani
Direttore
UF di Epidemiologia
ASL 4 - Prato

Jacopo Pasquini
Area Epidemiologia Sociale
Osservatorio di Epidemiologia
ARS Toscana - Firenze

Alice Berti
Area Epidemiologia Sociale
Osservatorio di Epidemiologia
ARS Toscana - Firenze

Cristina Orsini
Area Epidemiologia Sociale
Osservatorio di Epidemiologia
ARS Toscana - Firenze

REDAZIONE EDITORIALE:

Elena Marchini
Osservatorio di Epidemiologia
ARS Toscana - Firenze

Si ringraziano i Responsabili dei Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze e in particolare il Direttore del Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL 8 di Arezzo Paolo di Mauro e il Coordinatore del Centro Alcolico ASL 10 di Firenze Allaman Allamani per aver fornito i dati dei loro Servizi.

INDICE

Premessa	p. 7
Introduzione	9
1. Le fonti dei dati sui consumi di alcol: alcune considerazioni metodologiche	13
1.1 Le indagini dell'ISTAT: <i>I consumi delle famiglie</i> e <i>La vita quotidiana Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana</i>	13
1.2 Le indagini condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana	15
2. Quanto si beve e come si beve in Toscana secondo le indagini ISTAT e ARS	17
2.1 Il consumo di alcol in Toscana: alcuni raffronti con il consumo delle altre regioni	17
2.2 La prevalenza dei consumatori	20
2.3 Il consumo distinto per genere	23
2.4 I consumi secondo l'età: generazioni a confronto	27
2.5 Bere in Toscana: il tentativo di una tipizzazione dei bevitori e dei bevitori a rischio	30
3. La mortalità alcol-correlata in Toscana nel periodo 1988-2001	35
3.1 La selezione delle cause di morte per il calcolo della mortalità alcol-correlata	35
3.2 La mortalità alcol-correlata in Toscana: alcune differenze per genere	36
4. Il consumo di alcol e gli incidenti stradali	47
4.1 Gli incidenti stradali in Europa, in Italia e in Toscana	47
4.2 Gli incidenti stradali causati dall'abuso di alcol	49
5. La tipizzazione dell'alcolismo: l'utenza dei Servizi Alcolologici Territoriali e dei Centri Alcolologici regionali	53
5.1 La rilevazione delle attività nel settore dell'alcolodipendenza: il flusso ministeriale	53
5.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza	54
5.3 La rilevazione delle bevande consumate	58
5.4 L'andamento dei trattamenti	59
6. La tipizzazione dell'alcolismo: uno studio di mortalità in una coorte di alcolisti toscani	61
6.1 Gli studi condotti in Toscana: una sintesi	61
6.2 Lo studio di coorte condotto nel 2001	62
Conclusioni	67
Indicazioni bibliografiche	69

PREMESSA

In questo Documento si dà per la prima volta un quadro globale del consumo di alcol in Toscana, delle sue caratteristiche sociali e demografiche, delle linee di tendenza temporali e degli effetti sulla salute, compresa la caratterizzazione del consumo estremo, degli alcolisti e dei servizi ad essi dedicati.

Si tratta di una tematica controversa, stretta fra posizioni anche differenziate e ricche di contenuto emotivo, che vede da un lato schierati coloro che individuano un pericolo nell'alcol a tutti i livelli, e dall'altro coloro che, sulla base delle numerose e complesse ricerche epidemiologiche internazionali, tendono ad articolare e distinguere per quantità, modalità del bere, tipologia della bevanda, e quindi propongono modalità di "bere moderato e bere bene" in favore di un modello di vita salutare. Comunque un tema rilevante dal punto di vista della salute pubblica, essendo l'alcol un determinante della patologia cardiovascolare, oncologica, epatica, nonché una componente, seppure poco conosciuta in Italia, della infortunistica e della violenza. È inoltre causa, quando il consumo supera certi livelli, di grave disagio sociale e di emarginazione anche giovanile.

La quantificazione e la caratterizzazione del fenomeno è elemento indispensabile per l'orientamento delle politiche di salute più adeguate nei confronti delle diverse fasce di popolazione, ma non è facile da realizzare. È noto infatti che la definizione del consumo alcolico da parte delle persone rappresenta un tema nel quale entrare con opportune cautele, al fine di non sottostimare proprio i consumi alti e medio-alti, per vergogna o anche per sottovalutazione "innocente" delle proprie abitudini. Il fenomeno della sottostima è ben noto e si può affrontare dal punto di vista metodologico, come si è peraltro cercato di fare al meglio nelle indagini presentate in questo Documento. Il grado di sottostima è variabile: dipende dal "vissuto" di chi beve, e questo dipende dal grado di accettabilità del bere nella società a cui il soggetto appartiene. È quindi probabilmente meno marcato nelle "società del vino", come quella italiana, dove la bevanda alcolica, ancora oggi prevalentemente appunto vino, viene vissuta come parte della dieta e quindi lecita, mentre è l'ebbrezza che viene considerata pericolosa o disdicevole o nociva.

È d'altra parte proprio in regioni come la Toscana, produttrici e consumatrici di vino di alta qualità da secoli, che si gioca la partita dei "bevitori di vino ai pasti", moderati ed estimatori della qualità, rispetto ai "bevitori periodici od occasionali" di

bevande superalcoliche a fini di socializzazione, evasione o anche dipendenza: esiste una differenza tra queste due modalità in termini di salute, a parità di consumo di alcol, oppure l'effetto sulla salute dipende sempre e soltanto dalla dose di alcol ingerito? È questa una domanda nel mondo della ricerca internazionale, alla quale sarà difficile rispondere senza la partecipazione di aree del globo come quella della Toscana.

Rimane comunque un aspetto certo, che questo lavoro ben evidenzia, al di là delle questioni in discussione. Anche in Toscana si può stimare un'importante mortalità alcol-correlata; vi sono (e non sono pochi) gli alcolisti, con tutti i loro problemi estremi e le loro patologie; vi è la necessità di capire meglio (ma già qualcosa si può dire) quanti incidenti, ad esempio incidenti stradali, potrebbero essere evitati se i guidatori fossero sempre sobri. Vi è infine una tendenza alla omologazione dei modi del bere verso le popolazioni europee, soprattutto dei più giovani: omologazione che, felice per altri aspetti delle abitudini di vita, forse per questa non rappresenta la scelta migliore. Esiste quindi proprio nella nostra regione, e qui viene dimostrata e quantificata, la necessità di intensificare e mirare le politiche della prevenzione e di migliorare la coscienza dei cittadini sui rischi legati al consumo di alcol.

Eva Buiatti

Coordinatore Osservatorio di Epidemiologia
Agenzia regionale di Sanità della Toscana



INTRODUZIONE

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

L'insieme di queste ricerche ha rivelato come il vino, in accordo con la cultura vitivinicola della Toscana, sia stato la bevanda alcolica più consumata, che il contributo del vino all'intera dieta alcolica abbia raggiunto in passato quasi il 90% per tutte le popolazioni indagate, con un consumo prevalente durante i pasti e in famiglia, che le variazioni delle quantità medie di alcol assunte durante il giorno siano oscillate, a seconda della popolazione indagata, tra i 30 e i 90 grammi e che una maggiore integrazione della cultura del bere si sia verificata nel mondo rurale e contadino piuttosto che in quello metropolitano.

Queste indagini condotte in Toscana hanno ben esemplificato il modello di consumo di un Paese come l'Italia dove le bevande alcoliche sono state, e tutt'ora sembrano essere, parte integrante e costitutiva delle pratiche alimentari, dove la socializzazione al consumo è avvenuta in modo precoce e all'interno dell'ambito familiare, dove l'abuso è stato (ed è) quasi sempre tollerato quando non diventi una minaccia per la convivenza.

A questo modello di consumo, proprio anche di altri Paesi mediterranei (Francia, Spagna, Portogallo), è corrisposto 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, è giunta 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 7,4 del 2002; vedi Tab. 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.

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

Tabella 1**Consumi pro capite per bevanda - Italia 1861-2002 - 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
2002	51	28,2	0,4	7,4

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 già accennato, 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 avevano 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 interferisse con i processi patogenici.

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 Alcologici 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 ha rivelato la loro tipicità in quanto rappresentanti 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 è avvenuto per cirrosi epatica e, seppure in misura minore, per tumori. Anche i decessi per eventi traumatici sono stati 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 sono sembrati correre particolari rischi di morte per cardiopatia ischemica, mentre hanno presentato 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, oltre alle conseguenze

sanitarie che da tale consumo derivano. A tal fine ha proceduto alla realizzazione di indagini *ad hoc* che hanno tenuto conto anche di studi condotti in anni precedenti.

Attraverso la descrizione dei consumi basati sull'analisi di statistiche correnti e delle indagini condotte dall'Agenzia stessa si cercherà di comprendere se all'interno di una cultura vitivinicola tradizionale come quella toscana si siano prodotti dei mutamenti nelle quantità consumate e nei modelli di consumo. Mediante l'analisi dei dati raccolti con la propria indagine trasversale si cercherà 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 - OMS) rispetto a quella del bevitore non a rischio. Si aprirà una piccola finestra sul ruolo giocato dal consumo di alcol nella determinazione dell'infortunistica stradale per poi descrivere, brevemente, la MAC relativa alla Toscana per il periodo 1988-2001. Infine saranno presentati i risultati dell'analisi di mortalità condotta sugli alcolisti di due Centri Alcologici Toscani nel periodo 1979-2000, oltre alla prima relazione sull'utenza alcolodipendente dei SerT toscani.

1. LE FONTI DEI DATI SUI CONSUMI DI ALCOL: ALCUNE CONSIDERAZIONI METODOLOGICHE

1.1 Le indagini dell'ISTAT: *I consumi delle famiglie e La vita quotidiana* *Indagine Multiscopo sulle famiglie - Aspetti della vita quotidiana*

Per disegnare un quadro complessivo e il più accurato possibile dei consumi di bevande alcoliche con un dettaglio regionale, è possibile far essenzialmente riferimento a due tipi di indagini: l'indagine su *I consumi delle famiglie e La vita quotidiana*, *Indagine Multiscopo* sulle famiglie - *Aspetti della vita quotidiana*.

L'indagine su *I consumi delle famiglie*, annualmente condotta su campioni rappresentativi delle famiglie italiane (circa 30.000 l'anno) attraverso la rilevazione della spesa per beni e servizi, tra cui circa 15 prodotti alimentari, è stata condotta per la prima volta nel 1968, ma i dati relativi ai consumi alimentari domestici sono stati pubblicati solo per gli anni 1973-1996 compresi. Sono stati esclusi dall'indagine i consumi fuori casa, vale a dire quelli relativi a mense, ristoranti, bar, e così via. La rilevazione è stata effettuata nelle famiglie campione con registri dei consumi e questionari autocompilati, integrati da domande dirette di intervistatori. Fino al 1982 non sono state raccolte le informazioni sugli autoconsumi, rilevanti per alcune voci alimentari (vino, uova, pollame, conigli, ortaggi, e così via), soprattutto riguardo alle famiglie residenti in aree rurali. Cambiamenti apportati alla metodica, particolarmente rilevanti dal 1982, hanno determinato limiti interpretativi delle serie storiche. Dal 1997, l'ISTAT ha poi cessato di rilevare la quantità di alimenti, proseguendo solo con i dati relativi alla spesa. Un'analisi delle quantità consumate pro capite, con livello di disaggregazione geografica regionale, è perciò possibile soltanto per il periodo 1973-1996. Poiché la rilevazione non è stata effettuata a livello individuale, ma a quello di nucleo familiare, il consumo pro capite è stato stimato dividendo il consumo totale per il numero di familiari.

Pur rilevandone molti di più, l'ISTAT ha pubblicato i dati di soli 15 prodotti alimentari, con livello di dettaglio per macroarea, dimensione del comune di residenza, condizione professionale del capofamiglia e numero di componenti della famiglia. Per quanto riguarda il vino, è possibile analizzare la serie che va dal 1973 al 1996; per la birra e i superalcolici (dati ISTAT mai pubblicati, ma a nostra disposizione), ci si può avvalere delle rilevazioni tra il 1987 e il 1996.

Per analizzare i *trend* di consumo dell'ultimo decennio possiamo ricorrere essenzialmente all'Indagine Multiscopo dell' ISTAT (*La vita quotidiana*) che, a partire dal 1993, ha avviato una rilevazione annuale campionaria sul tutto il territorio nazionale, riguardante gli aspetti fondamentali della vita quotidiana della popolazione e 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 tra il 1993 e il 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 a quelle della prima indagine riguardante anche i consumi di bevande che fosse mai stata condotta 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 e i liquori, una stima dei consumi. Tali dati, però, non sono mai stati pubblicati. Dal 1997 è stato reinserito il questionario utilizzato fino al 1995 e dal 1998 si è incominciato a rilevare anche i consumi degli aperitivi alcolici, degli amari e dei superalcolici (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 socio-demografiche, 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 bevitori e non bevitori per singola bevanda e consumo *overall*); utilizzeremo pertanto queste stime al fine di confrontare il dato toscano con la media italiana e con le altre regioni.

Come precedentemente accennato, l'indagine ISTAT non ci permette, dunque, 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 (Controllo e Monitoraggio delle Tossicodipendenze e delle Alcolodipendenze in Toscana - COMETA), di effettuare un'indagine postale con *follow-up* telefonico su 5 aree della Toscana tramite un questionario che indagava il consumo di bevande alcoliche in tutti i suoi aspetti: frequenza, quantità, modalità, occasione, rapporto con i pasti. 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* e il ricorso ai servizi sanitari.

Le 5 aree campionate sono quelle in cui operano i Dipartimenti delle dipendenze *partner* del progetto: il comune di Firenze e 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 per via telefonica.

Dagli archivi anagrafici comunali è stato estratto un campione *random* di adulti tra i 18 e i 74 anni di età, pesato per comune di residenza, sesso e classe quinquennale di età, rappresentativo dei residenti nella ASL di Prato, nei comuni di Firenze e di Scandicci e nei 5 comuni del Chianti. Per la provincia di 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 preaffrancata per la restituzione e 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, per assenza di contatto telefonico a seguito di almeno tre telefonate effettuate in tre giorni diversi e in tre orari diversi della giornata (di cui almeno uno in orario fuori lavoro), per 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 l'ottobre 2000 e il maggio 2002, i questionari recuperati sono stati 3.276, con un tasso di adesione della popolazione 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%.

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 e 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'OMS (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), vale a dire quella parte di popolazione che può andare incontro ad un possibile rischio sanitario.

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

	Non bevitori	Bevitori moderati	Bevitori a rischio		
Maschi	0	0,1 – 40	41 – 60	61 – 80	> 80
Femmine	0	0,1 – 20	21 – 40	41 – 60	> 60

2. QUANTO SI BEVE E COME SI BEVE IN TOSCANA SECONDO LE INDAGINI ISTAT E ARS

2.1 Il consumo di alcol in Toscana: alcuni raffronti con il consumo delle altre regioni

I dati dell'ISTAT contenuti nell'indagine su *I consumi delle famiglie* permettono un buon monitoraggio della distribuzione territoriale e temporale del consumo di vino, con qualche dettaglio anche di tipo socio-demografico: dal 1973 al 1996 siamo in grado di dare stime abbastanza certe (grammi di alcol al giorno) del consumo di vino distinto per regione. Per quanto riguarda la birra e i liquori, e conseguentemente per il livello di consumo totale, il periodo per il quale è possibile ricostruire il consumo è quello che va dal 1985 al 1996. Come ricordato poco sopra, attraverso l'indagine su *I consumi delle famiglie* niente può essere affermato per sesso e classi d'età. I valori, lo ricordiamo, sono stime comprensive dei non bevitori e prendono in considerazione tutta la popolazione superiore ai 6 anni di età. La Figura 1 riassume la distribuzione del consumo di vino per ripartizione geografica, trasformato da decilitri al mese in equivalenti grammi anidro al giorno pro capite. È evidente un gradiente in diminuzione Nord-Centro-Sud che conferma il calo generale dei consumi rilevato dal *World Drink Trends* e stimato intorno al -55% per il periodo 1973-1996. Le regioni che sperimentano un calo più evidente nel periodo considerato sono l'Abruzzo, il Piemonte e la Toscana, con più del 60% di decremento nei 20 anni considerati, mentre le regioni dove si assiste ad una riduzione meno marcata, anche se sempre considerevole in termini assoluti, sono le regioni del Sud (Puglia -48%, Calabria -43%).

Accorpando le regioni secondo la ripartizione geografica (Nord-Est: Trentino-Alto Adige, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia-Romagna; Nord-Ovest: Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Liguria; Centro: Toscana, Umbria, Marche, Lazio; Sud: tutte le restanti) e stimando la media grezza dei consumi, ci accorgiamo come al primo posto troviamo l'Italia Centrale in tutto il periodo considerato (34,3 gr/die nel 1973 e 13 nel 1996), seguita dall'Italia Nordoccidentale (34,3 nel 1973 e 12,7 nel 1996), dall'Italia Nordorientale (28,4 gr/die e 11,2) e dal Sud (21,4 e 8,7). Da uno sguardo generale ai dati, emerge come il consumo di vino in Italia vada omogeneizzandosi nelle 4 aree geografiche considerate, seguendo un modello di consumo globalizzato che si estende dal livello macro (tra i Paesi) ad un livello micro (tra le regioni di uno stesso Paese).

Figura 1
Consumo di vino (grammi pro capite) in Toscana e nelle zone geografiche italiane 1973-1996 - Elaborazioni ARS su dati ISTAT

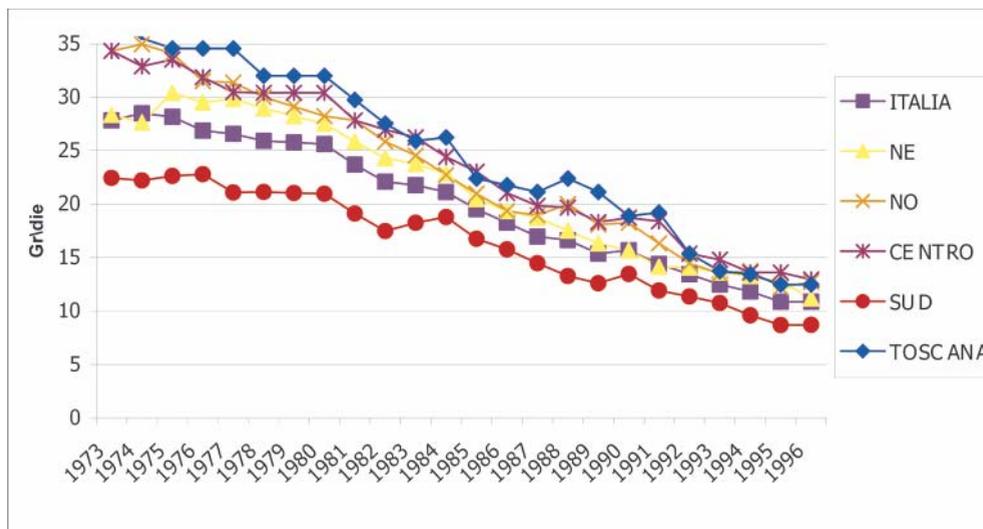
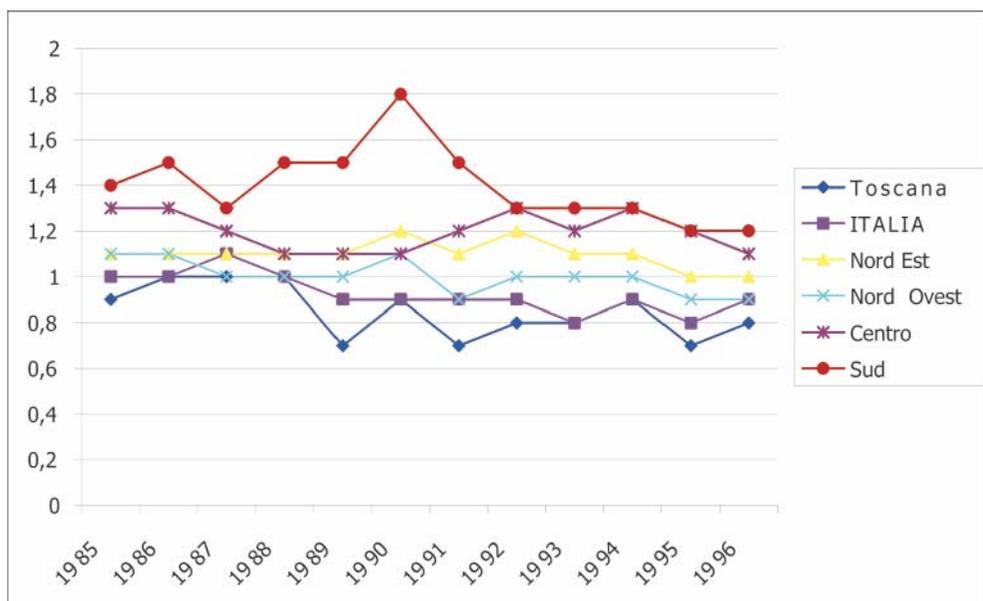
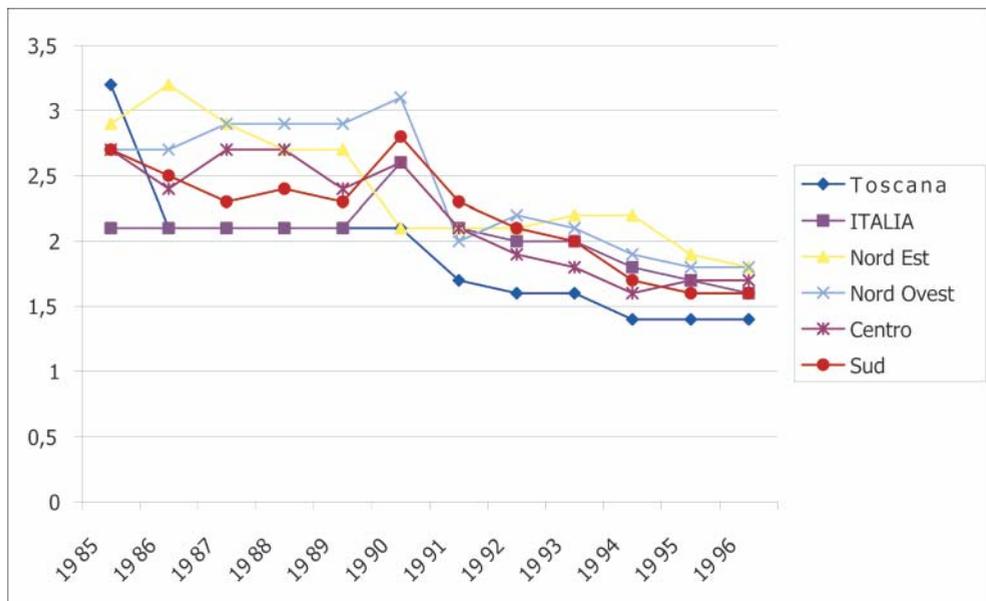


Figura 2
Consumo di birra (grammi pro capite) in Toscana e nelle zone geografiche italiane 1985-1996 - Elaborazioni ARS su dati ISTAT



I dati relativi alla birra e ai superalcolici, come già accennato, sono riferiti ad anni più recenti e, perciò, coprono solo la coda (e non completamente) del periodo qui preso in considerazione. Per quanto riguarda la birra (Fig. 2), le regioni del Sud sono *leader* nella graduatoria dei consumi relativamente ai dieci anni per cui disponiamo di dati (1,4 gr/die nel 1985; 1,2 nel 1996); in particolare, la Sardegna è la regione dove questa bevanda è preferita (in media più di 2 gr/die procapite in tutto il periodo considerato). L'Italia Nordorientale, quella Centrale e quella Nordoccidentale seguono il Sud, mostrando poche variazioni nel tempo relativamente alle quantità consumate. Il consumo di liquori presenta la minore variabilità, sia tra le singole regioni sia tra le aree geografiche in cui le abbiamo raggruppate. Dal 1987 al 1996 si registra una diminuzione per tutte le aree, ma le differenze di consumo sono risibili.

Fig. 3
Consumo di liquori (grammi pro capite) in Toscana e nelle zone geografiche italiane - 1973-1996 - Elaborazioni ARS su dati ISTAT



Per quanto riguarda gli anni più recenti, l'indagine ISTAT Multiscopo sulle famiglie permette un buon monitoraggio della distribuzione territoriale e temporale del consumo di vino, con qualche dettaglio anche di tipo socio-demografico, ma risulta molto meno significativa 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 (promosse per lo più da Istituti con interessi commerciali come, ad esempio, Doxa, Nielsen e Demoskopoea) o nutrizionali (Istituto Nazionale della Nutrizione). Purtroppo, le diverse tecniche utilizzate non assicurano la confrontabilità delle informazioni.

2.2 La prevalenza dei consumatori

Secondo l'ISTAT, nel 2001, l'86,7% dei maschi e il 60,4% delle femmine maggiori di 14 anni hanno consumato alcolici, in Toscana, 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: 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 3ª 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 bevitrice è sensibilmente più bassa rispetto alle regioni del Centro e del Nord.

Attraverso i dati raccolti mediante l'Indagine Multiscopo è anche possibile 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 e il vino e che nel 2001 contempla anche liquori, amari e aperitivi. Detto questo, possiamo affermare che in Italia e in Toscana si sperimenta lo stesso tipo di fenomeno: la percentuale dei bevitori maschi aumenta (+4% circa), ma quella delle bevitrice femmine fa registrare addirittura un'impennata (+5,3% in Italia, +10,3% in Toscana).

Tabella 4

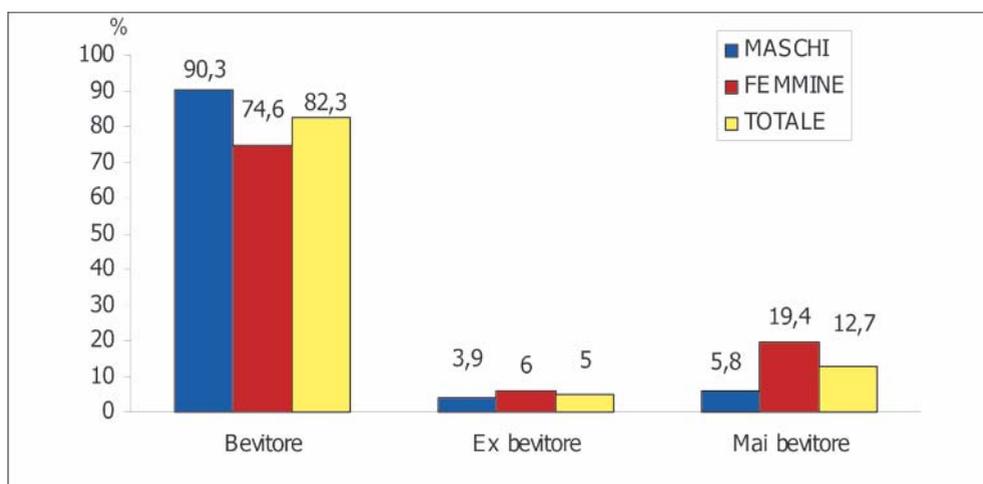
Variazione percentuale dei bevitori di almeno una bevanda alcolica secondo il genere e la regione di residenza tra il 1993 e il 2001 - Elaborazioni ARS su dati ISTAT

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				Sardegna	4,6
Valle d'Aosta	3,8	ITALIA	5,3		
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	
Molise	4,3	Friuli	7,7	Valle d'Aosta	6,2
Veneto	5,1	Piemonte		Friuli	6,5
Emilia-Romagna	5,2	Valle d'Aosta	8,7	Trentino	6,9
Friuli	5,5	Lombardia	9,2	Veneto	7,1
Lombardia	7,9	Trentino	9,6	TOSCANA	7,4
		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 Fig. 4) che indica 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.

Figura 4
Percentuale di consumatori di bevande alcoliche in un campione della popolazione toscana (18-74 anni) - Indagine ARS (N.= 3276) - Anni 2001-2002



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; il lieve sbilanciamento verso una più alta percentuale di bevitori presenti nella nostra indagine dipende infatti dalla fascia d'età del campione (18-74 anni) che non prevede quella quota di popolazione, i più giovani, dove più spesso ricadono i *non bevitori*.

2.3 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, le donne sono infatti rappresentate tra i non bevitori almeno due volte in più dei maschi. Questa situazione è una costante in tutti i contesti culturali internazionali, e non solo in Italia e in Toscana, tanto da far pensare che in questa differenza entrino in gioco fattori biologici, piuttosto che sociologici, di regolazione del consumo.

Riguardo agli individui di sesso maschile, secondo la Multiscopo si registra tra il 1993 e 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 litri al giorno di vino e\o di birra). In particolare, i forti consumatori di vino di genere maschile passano in Toscana dal 16,3% del 1993 al 13,3% del 2001, mentre la quota di consumo di birra rimane costante (vedi Tab. 5). 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 e 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 Tab. 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 bevitrice per amari e liquori e, in particolar modo, per gli aperitivi.

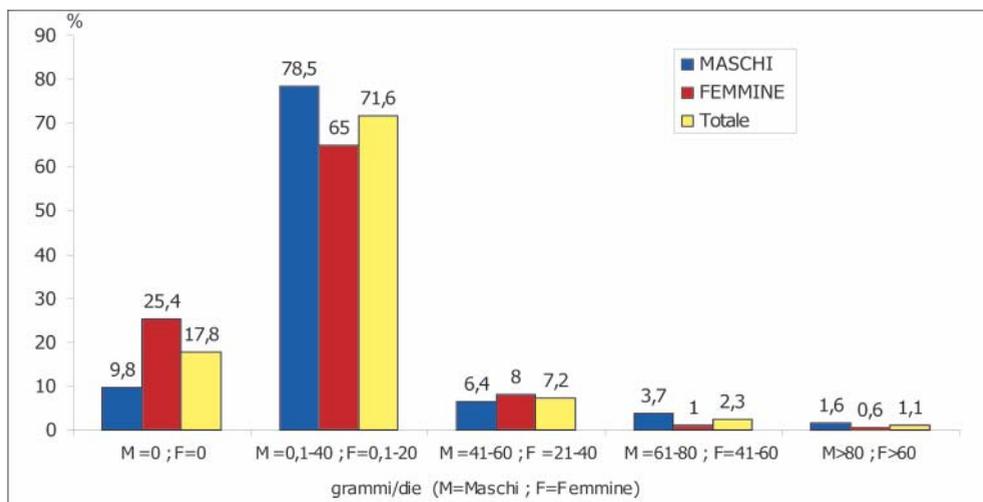
Tabella 6
Percentuale di consumatori di liquori, amari e aperitivi in Italia e Toscana secondo il genere - Confronto 1993- 2001 - Elaborazioni ARS su dati ISTAT

	LIQUORI		NO		SI	
	1998	2001	1998	2001	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'OMS, 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 Fig. 5) come le soglie massime consigliate di consumo giornaliero pro capite di alcol. Oltre questi limiti si tratta, secondo l'OMS, di un consumo eccessivo.

Figura 5
Consumo di alcol totale (grammi al giorno) in un campione della popolazione toscana (18-74 anni) - Indagine ARS (N.= 3276) - Anni 2001-2002



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. Le indicazioni dell'OMS da sole non sono pertanto sufficienti a 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 nordeuropei 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 sono necessarie molte informazioni e approfondimenti, spesso di difficile reperibilità, per identificare un caso di abuso vero e proprio.

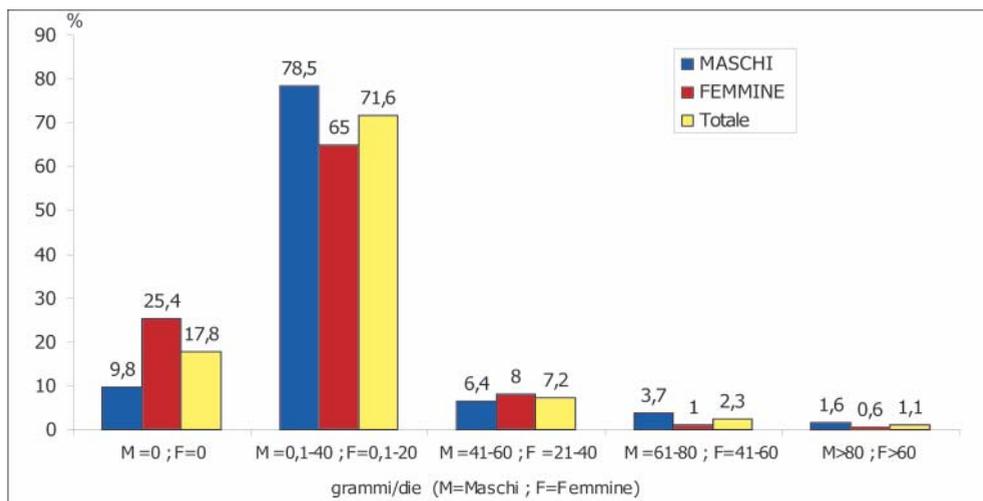
In questa sezione proveremo intanto ad abbozzare una prima stima della quota di popolazione toscana a rischio di sviluppare una patologia a causa del consumo di alcol; in altre parole, cercheremo di identificare quante sono le persone che in Toscana potrebbero essere passibili di un intervento da parte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

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

Figura 6
Consumo 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



2.4 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 esemplificate 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 di 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 e attivi, con una maggiore propensione a sperimentare il rischio e l'avventura, più spesso fumatori e 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.

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. È 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 per i giovani italiani di accedere indiscriminatamente e in un clima di consenso collettivo ad ogni genere di bevanda alcolica si traduce infatti 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 alcoldipendenza. 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 e i 17 anni (vedi Tab. 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 rispetto a 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 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.

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

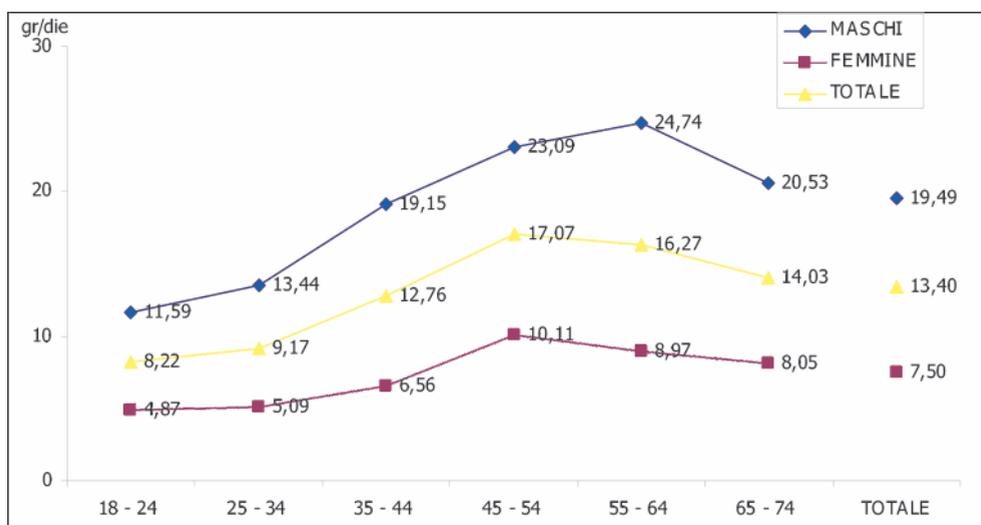
	TOSCANA		ITALIA		VARIAZIONE (%) 1993-2001	
	1993	2001	1993	2001	Toscana	Italia
Maschi						
14-17	37,5	50,8	43,8	52	13,3	8,2
18-24	74,4	86,6	76,6	85,8	12,2	9,2
25-44	87	89,9	87,2	89,9	2,9	2,7
45-64	88,4	87	87,7	89,9	-1,4	2,2
65-74	86,4	87,5	83,6	87,4	1,1	3,8
75+	78,7	86,6	80,9	80,3	7,9	-0,6
Femmine						
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

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, e in particolare quali sono le quantità di alcol consumate per fasce d'età e quali 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 Fig. 7) per le donne e 64 per gli uomini. Va sottolineato che, fino ai 35 anni, il consumo medio giornaliero rimane al di sotto dei 10 grammi al giorno (meno di un bicchiere di vino al giorno).

Figura 7
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



Bere in Toscana vuol dire soprattutto bere vino (vedi Fig. 8); studiando la composizione della dieta alcolica per classi d'età, il vino risulta infatti la componente principale sia per gli uomini sia per le donne e rappresenta circa l'85% dell'alcol consumato giornalmente dai due sessi. Per quanto riguarda le differenze tra classi d'età, si nota fino ai 34 anni un apporto più rilevante alla dieta alcolica da parte della birra e dei liquori; la birra in particolare incide quasi per il 20% nella dieta alcolica dei più giovani.

Figura 8
Composizione percentuale della dieta alcolica nella popolazione toscana (18-74 anni) secondo il genere e l'età - Indagine ARS (N.= 3276) - Anni 2001-2002



2.5 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; essere o meno bevitore è associato in particolare alle variabili *genere, età, grado di istruzione, essere o meno fumatore*. Considerando anche la distinzione tra ex fumatori e fumatori, il modello che ne deriva è presentato in Tabella 8.

Tabella 8

Analisi multivariata dell'associazione tra consumo di bevande alcoliche e alcune caratteristiche di un campione della popolazione toscana (18-74 anni) - N= 3.276
Indagine ARS 2001-2002

VARIABILI	OR*	P**	95% LC***	
Sesso (Maschi)	2,98	<0.001	2,427	3,659
Fumo (Ex)	1,412	0,006	1,104	1,806
Fumo (Sì)	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

*Odds Ratio

**P Value

***Limite di Confidenza

Si nota una maggiore propensione dei maschi e dei fumatori verso il consumo di bevande alcoliche. Gli uomini (per il solo fatto di appartenere al genere) hanno circa il triplo delle probabilità di essere *bevitori* rispetto alle donne; le probabilità dei fumatori e degli ex fumatori sono 1,5 volte maggiori rispetto a quelle dei non fumatori. A partire dall'ingresso nell'età anziana, diminuisce la probabilità di essere bevitori, mentre la fascia centrale dei 39–56enni risulta la più attratta dalle bevande alcoliche. Anche i diplomati e i 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 e distinguendo tra *bevitori a rischio* e *bevitori non a rischio*, secondo la classificazione OMS (vedi Tab. 2). Anche in questo caso presentiamo solo la selezione di variabili che sembrano correlarsi con la variabile interessata.

Essere *bevitore a rischio* è fortemente correlato con l'età: chi ha tra i 40 e 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 (vedi Tab. 9).

Tabella 9

**Analisi multivariata dell'associazione tra la tipologia di consumo definito a rischio e alcune caratteristiche di un campione della popolazione toscana (18-74 anni)
N= 3.276 - Indagine ARS 2001-2002**

VARIABILI	OR*	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 o in cerca di occupazione	1,968	>0.001	1,112	3,482
Fumo (Sì)	1,942	<0.001	1,524	2,474
Divorziato e Vedovo	1,614	<0.001	1,161	2,242

*Odds Ratio

**P Value

***Limite di Confidenza

In conclusione, analizzando congiuntamente i dati relativi alle rilevazioni nazionali dell'ISTAT e quelli della nostra indagine, possiamo calcolare che circa 400.000 sui circa 3 milioni di residenti toscani di età superiore ai 14 anni non siano *bevitori* di alcol. L'80% dei toscani (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 il 10% (circa 300.000). I *grandi bevitori* in Toscana (oltre 80 gr/die per i maschi e 60 per le femmine - 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 sia femminile, che consuma bevande alcoliche; ma questo consumo supera assai raramente 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 alcoliche; fino ai 35 anni di età la birra e i liquori arrivano ad occupare fino al 30% della dieta alcolica giornaliera, sebbene il vino continui ad 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 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 IN TOSCANA NEL PERIODO 1988-2001

3.1 La selezione delle cause di morte per il calcolo della mortalità alcol-correlata

Da tempo la letteratura internazionale segnala il forte ruolo rivestito dal consumo di alcol nei confronti della 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 *pattern* 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; ha però 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 *pattern* 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 e internazionale riguardante la mortalità specifica per alcune patologie (vedi Tab. 10) e che, pertanto, possono essere applicate anche a territori subnazionali.

Tabella 10

Patologie alcol-correlate, quota attribuibile all'alcol e classe d'età cui questa si applica

ICD* 9	DESCRIZIONE	QAA**	ETA
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

*International Classification of Diseases

**Quota attribuibile all'alcol

3.2 La mortalità alcol-correlata 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). In seguito sono stati calcolati separatamente i tassi standardizzati per età (popolazione standard Toscana 1988-2001), per Azienda USL 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 (MAC) per ogni anno tra il 1988 e il 2001.

Nel periodo di tempo considerato (1988-2001) si sono evidenziati 13.477 decessi (vedi Tab. 13), di cui 9.190 tra la popolazione maschile e 4.287 tra la popolazione femminile. I decessi complessivi per patologie alcol-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 calcolate 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 Aziende USL (vedi Tab. 14, 15 e 16), possiamo vedere come quelle di Massa-Carrara, Lucca, Pisa e Viareggio hanno una MAC 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 in relazione alla riduzione di mortalità sono, per i maschi, la tubercolosi dell'apparato respiratorio (vedi Tab. 17), 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 Tab. 18), si notano forti riduzioni nella mortalità standardizzata per la tubercolosi dell'apparato respiratorio, per la cirrosi epatica e per i suicidi, mentre sono in aumento il tumore della cavità orale, quello della faringe e 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 (ad esempio, per il carcinoma dello stomaco, il diabete mellito, le patologie cerebrovascolari e le pancreatiti acute e croniche). È inoltre da segnalare che l'incidenza di morte per le patologie selezionate (patologie croniche) dipende in larga misura 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 grazie alla diminuzione dei decessi per cirrosi attribuibili ad alcol. Rimane, tuttavia, un eccesso di mortalità generale alcol-attribuibile in entrambi i sessi.

È inoltre possibile che nelle donne, soprattutto per alcune patologie, come ad esempio i carcinomi della bocca, sia più rilevante negli ultimi anni l'effetto confondente del fumo.

Un commento particolare merita la discussione relativa 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 - Maschi 1988-2001

MASCHI	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totale
ASL 1	50	56	51	56	45	48	54	56	47	58	50	51	48	50	720
ASL 2	67	48	51	53	53	55	45	38	39	39	42	47	40	51	668
ASL 3	43	46	46	53	51	48	48	43	49	45	38	34	42	54	640
ASL 4	36	38	34	30	44	37	30	35	27	40	34	24	27	31	467
ASL 5	63	67	65	64	72	78	71	66	64	57	64	62	65	55	913
ASL 6	76	69	68	66	62	76	61	47	63	69	71	62	65	65	920
ASL 7	46	59	50	46	48	51	50	43	48	48	44	47	45	36	661
ASL 8	61	67	68	63	60	58	59	66	51	56	56	45	60	53	823
ASL 9	46	51	54	41	52	49	44	50	47	41	41	38	45	39	638
ASL 10	126	129	129	143	129	128	127	130	109	115	118	121	113	104	1.721
ASL 11	36	37	32	42	37	35	35	38	28	29	39	34	33	32	487
ASL 12	41	42	45	43	38	37	34	35	39	31	33	41	39	36	534
Regione	691	709	693	700	691	700	658	647	611	628	630	606	622	606	9.192

Tabella 12

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

FEMMINE	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totale
ASL 1	22	23	20	22	20	15	18	18	27	20	19	19	23	25	291
ASL 2	20	25	17	21	19	19	21	19	24	26	22	21	16	17	287
ASL 3	23	21	17	29	21	25	21	19	25	25	21	26	27	20	320
ASL 4	14	13	14	18	17	10	17	15	17	14	12	16	16	13	206
ASL 5	29	32	28	30	27	31	33	27	32	34	32	33	29	20	417
ASL 6	28	32	39	33	33	38	31	27	30	34	36	31	27	36	455
ASL 7	21	22	21	23	17	22	18	22	19	21	21	15	19	24	285
ASL 8	28	30	21	26	27	31	22	23	20	27	30	25	25	24	359
ASL 9	15	18	21	16	19	18	17	15	14	14	23	16	16	15	237
ASL 10	69	71	64	70	67	72	80	68	64	75	72	73	70	57	972
ASL 11	18	11	15	10	15	14	14	14	19	16	15	15	13	15	204
ASL 12	21	19	15	19	20	16	22	19	17	19	18	16	20	14	255
Regione	308	317	292	317	302	311	314	286	308	325	321	306	301	280	4.288

Tabella 13

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

MSCHI + FEMMINE	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Totale
ASL 1	72	79	71	78	65	63	72	74	74	78	69	70	71	75	1.011
ASL 2	87	73	68	74	72	74	66	57	63	65	64	68	56	68	955
ASL 3	66	67	63	82	72	73	69	62	74	70	59	60	69	74	960
ASL 4	50	51	48	48	61	47	47	50	44	54	46	40	43	44	673
ASL 5	92	99	93	94	99	109	104	93	96	91	96	95	94	75	1.331
ASL 6	104	101	107	99	95	114	92	74	93	103	107	93	92	101	1.375
ASL 7	67	81	71	69	65	73	68	65	67	69	65	62	64	60	945
ASL 8	89	97	89	89	87	89	81	89	71	83	86	70	85	77	1.182
ASL 9	61	69	75	57	71	67	61	65	61	55	64	54	61	54	875
ASL 10	195	200	193	213	196	200	207	198	173	190	190	194	183	161	2.693
ASL 11	54	48	47	52	52	49	49	52	47	45	54	49	46	47	690
ASL 12	62	61	60	62	58	53	56	54	56	50	51	57	59	50	789
Regione	999	1.025	984	1.017	993	1.010	973	935	918	954	951	912	922	885	13.478

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

MASCHI	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
ASL 1	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 2	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 3	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 4	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 5	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 6	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 7	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 8	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 9	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 10	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 11	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 12	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
Regione	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

Tabella 15
Tassi standardizzati di mortalità alcol-correlata (x 100.000 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 16
Tassi standardizzati di mortalità alcol-correlata (x 100.000 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 17

Tassi standardizzati di mortalità (x 100.000 ab) per patologie alcol-correlate - Maschi - Toscana 1988-2001

MASCHI	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
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
Ipercolemia	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 marittimo	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
Incidenti del trasporto aereo spaziale	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
Cadute accidentali	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
Incidenti causati dal fuoco	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
Altri incidenti	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
Annegamento	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 18
Tassi standardizzati di mortalità per patologie alcol-correlate - 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 con altri veicoli	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 marittimo	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 del trasporto aereo spaziale	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
Cadute accidentali	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
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
Altri incidenti	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
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

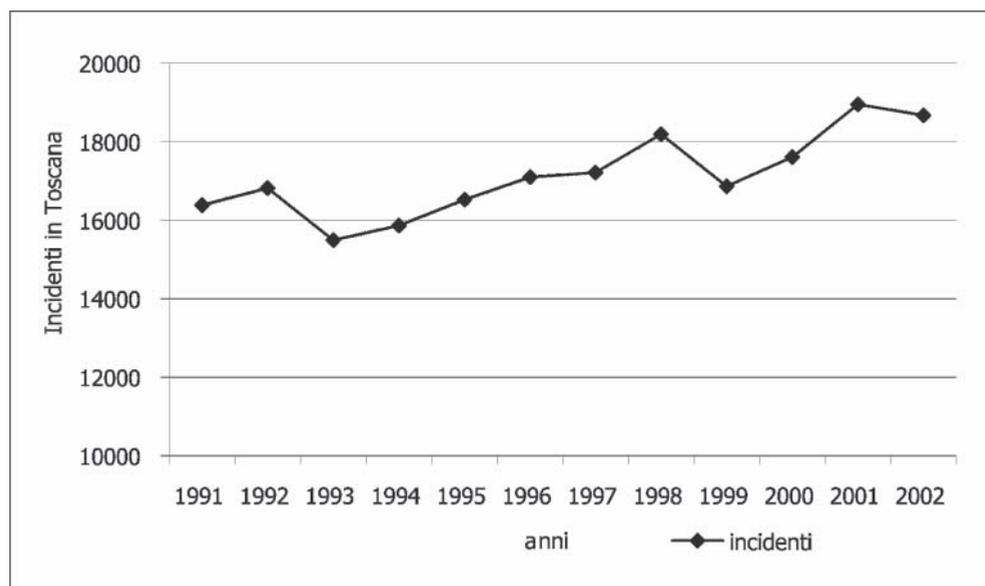
4. IL CONSUMO DI ALCOL E GLI INCIDENTI STRADALI

4.1 Gli incidenti stradali in Europa, in Italia e 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, e un terzo dei deceduti e infortunati per incidente stradale ha meno di 25 anni di età: morti premature e impegno assistenziale per invalidità che ricadono sulla società, con costi economici, diretti e indiretti, che l'OCSE stima fino al 4% del PIL di alcuni Paesi membri. L'OMS e 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. In Italia, a causa di incidenti stradali, si contano ogni anno circa 7.000 morti, 15.000 invalidi, 150.000 ricoverati, almeno 1.500.000 persone che accedono ai Pronto Soccorso e oltre 600 milioni di euro spesi per ricoveri e assistenza sanitaria. Nel 2002, si sono verificati in Italia 237.812 incidenti, con 337.878 feriti e 6.736 morti.

In Toscana, dal 1991 al 2002, si sono verificati 207.968 sinistri stradali (vedi Fig. 9) che hanno comportato 279.031 feriti e 5.437 morti: una media annuale di 17.330 incidenti, 23.252 feriti e 453 morti.

Figura 9
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 con l'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 è diminuito in Italia da 43,9 a 28,3. Quindi, in entrambi i territori aumentano gli incidenti ma ne diminuisce la gravità.

Il Venerdì è il giorno della settimana con più incidenti (il 15,4% del totale), mentre la Domenica (11,3%) è quello in cui se ne verificano meno, come mostrato in Tabella 19. 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 Sabato+Domenica= 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 19

Gli incidenti notturni in Toscana nel periodo 1991-2002: feriti, morti, RL e 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 tra le 20,00 e le 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 6,00 RM = 48,2; tra le 07,00 e le 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 fine settimana e in orari notturni (22,00 – 6,00).

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, coinvolgendo soprattutto giovani maschi. 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, a partire dal non rispetto dei limiti di velocità.

4.2 Gli incidenti stradali causati dall'abuso di alcol

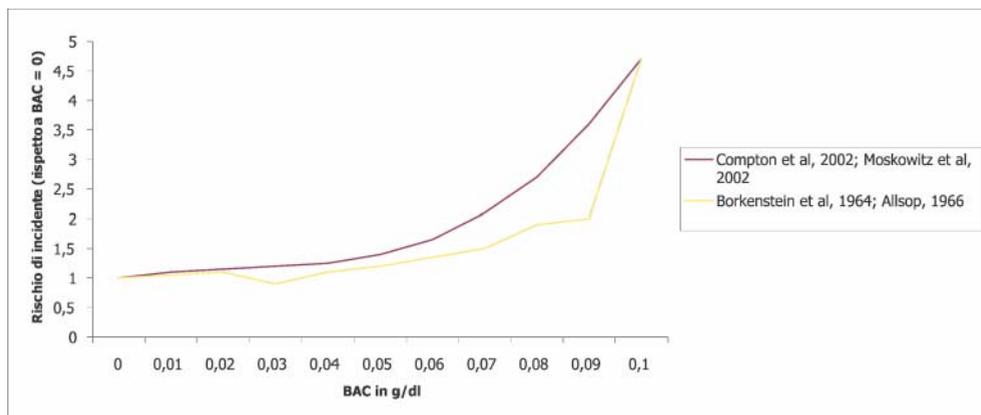
Un'attenzione particolare deve essere dedicata agli incidenti causati da alterazione dello stato psico-fisico del conducente, dovuti all'ebbrezza da alcol o da ingestione di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Nei Paesi occidentali e in generale in quelli più economicamente sviluppati, secondo l'OMS, 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*, OMS, 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, tutti concordanti sulla particolare gravità delle conseguenze in termini di mortalità e morbosità. Sappiamo che, ad esempio, un guidatore sotto l'effetto dell'alcol (vedi Fig. 10) 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 (*Blood Alcohol Concentration - BAC*).

Figura 10
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/litro hanno una probabilità 2,5 volte maggiore di incorrere in infortuni stradali. Studi più approfonditi hanno dimostrato che, per ogni livello di 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*, OMS, 2004).

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

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 Tab. 20). Come abbiamo già accennato, dalla letteratura scientifica sappiamo invece che l'abuso di queste sostanze riveste un ruolo fondamentale come causa o concausa in almeno il 20% degli incidenti. Nel nostro Paese, quindi, gli spunti di approfondimento 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.

Tabella 20

Incidenti per stato fisico in Toscana nel periodo 1991-2002: feriti, morti, RL e RM
Elaborazioni ARS su dati ISTAT

	INCIDENTI		FERITI		MORTI		RL	RM
	N	%	N	%	N	%		
ebbrezza da alcol	1.128	0,54	1.672	0,60	59	1,09	1.482,3	52,3
condizioni morbose in atto	56	0,03	72	0,03	4	0,07	1.285,7	71,4
improvviso malore	426	0,20	462	0,17	105	1,93	1.084,5	246,5
sonno	661	0,32	1.021	0,37	65	1,20	1.544,6	98,3
ingestione di sostanze stupefacenti o psicotrope	164	0,08	221	0,08	9	0,17	1.347,6	54,9
mancato uso di lenti correttive o apparecchi di protesi	7	0,00	7	0,00	0	0,00	1.000	0
abbagliamento	45	0,02	53	0,02	2	0,04	1.177,8	44,4
Totale	2.487	1,20	3.508	1,26	244	4,49	1.410,5	98,1

5. LA TIPIZZAZIONE DELL'ALCOLISMO: L'UTENZA DEI SERVIZI ALCOLOGICI TERRITORIALI E DEI CENTRI ALCOLOGICI REGIONALI

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 alcolico dei servizi territoriali, vale a dire il flusso ministeriale.

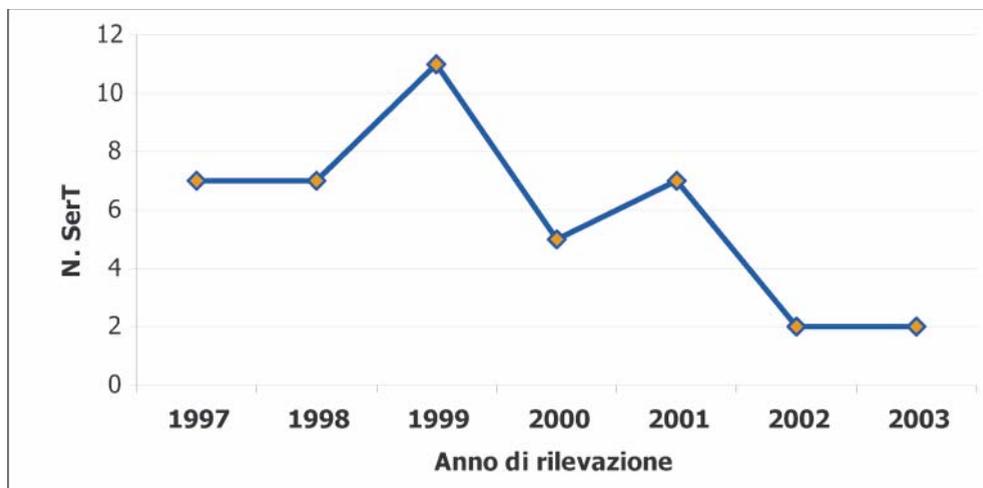
5.1 La rilevazione delle attività nel settore dell'alcolodipendenza: il flusso ministeriale

Questo documento presenta un'analisi preliminare dei dati relativi all'utenza dei Servizi Alcolologici Territoriali (SAT) e dei Centri Alcolologici regionali in Toscana dal 1997 al 2003. La rilevazione dell'attività nel settore dell'alcolodipendenza è stata avviata con il 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 USL e dalle Aziende Ospedaliere 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*; ALC 07 - *collaborazioni con il volontariato e privato sociale*. Tra queste, le schede che ci è sembrato utile reperire per l'analisi che segue sono le ALC 03, 04 e 06 (utenza, bevanda prevalente e trattamenti).

Proprio in relazione a questo flusso di dati abbiamo riscontrato diverse anomalie e mancanze. La Figura 11 mostra la mancanza di disponibilità di dati per quanto riguarda i Servizi territoriali per le Tossicodipendenze (SerT) toscani e relativamente alle schede ministeriali ALC 03 - *utenza afferente ai servizi* - che raccolgono i dati più interessanti sul fenomeno. Questo non ci ha permesso di effettuare un'accurata e completa analisi dell'andamento dell'utenza alcolica dei SerT, 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, e, in parte, alla propensione dei SerT 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 su tipologia, consumo e trattamento degli alcolisti, nel rispetto delle vigenti normative sulla *privacy* e il trattamento dei dati sensibili.

Figura 11
Numero di SerT che non dispongono di dati (relativamente alle sole schede ALC 03)
Toscana 1997-2003



5.2 Le caratteristiche demografiche dell'utenza

La Tabella 21 mostra la numerosità degli utenti per tipologia (nuovi e già in carico) e per ciascun SerT e Azienda USL per l'anno 2003. Da questa possiamo osservare che la proporzione più alta di utenti già in carico è stata registrata nell'Azienda USL 12 di Viareggio con il 75,8% sul totale dei soggetti afferenti, seguita dall'Azienda USL 8 di Arezzo con il 69,6% (in particolare il 75% per i SerT della Valtiberina e della Val di Chiana Est) e dall'Azienda USL 11 di Empoli (circa il 68% degli utenti già in carico).

La prevalenza dei soggetti afferenti ai servizi è pari allo 0,8 per 1.000 abitanti, indice particolarmente elevato nell'Azienda USL 8 (1,6 per 1.000 abitanti; nello specifico, 2,4 nel SerT di Arezzo) e nelle Aziende USL di Viareggio e Lucca con 1,4 e particolarmente basso per le Aziende USL di Grosseto, Prato e Siena, con valori rispettivamente pari a 0,1, 0,2 e 0,4 per 1.000 abitanti. La distribuzione a livello regionale dei nuovi casi, ovvero l'incidenza, è pari allo 0,3 per 1.000 abitanti; in particolare, allo 0,7 per 1.000 abitanti nell'Azienda USL 1 di Massa-Carrara, allo 0,5 in quella di Arezzo e allo 0,1 per 1.000 abitanti nelle Aziende USL di Prato, Siena, Grosseto ed Empoli .

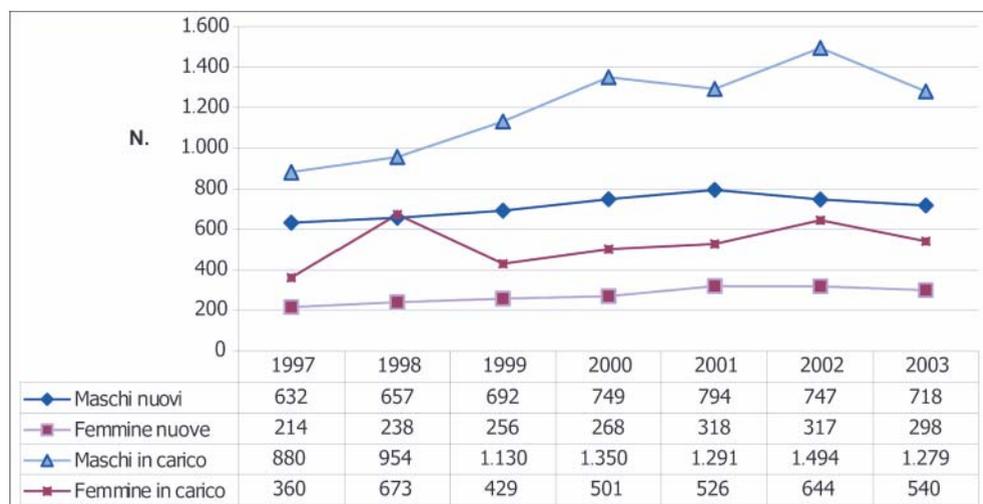
Tabella 21
Distribuzione utenti alcol dipendenti per ASL, per SerT e per tipologia (nuovi e già in carico) - Toscana 2003 - Numero soggetti trattati nell'anno

ASL SerT	Utenti nuovi			Utenti in carico			Totale Utenti			Prevalenza (1.000 ab.)	Incidenza (1.000 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 Lucca	40	20	60	59	24	83	58,0	99	44	143	0,9	0,4
	Valle del Serchio	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 Cecina	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 di Cecina	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 Cornia	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
	Alta Val d'Elsa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Amiata Senese	7	4	11	11	3	14	56,0	18	7	25	1,7	0,7
7	Senese	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Val di Chiana Senese	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 Chiana Est	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
	Amiata Grossetana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Coll. Albegna	11	4	15	6	3	9	37,5	17	7	24	0,5	0,3
9	Coll. Metallifere	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Grosseto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Totale ASL	11	4	15	6	3	9	37,5	17	7	24	0,1	0,1
10	Zona Firenze	139	64	203	270	106	376	64,9	409	170	579	1,5	0,5
	Zona Nord-Ovest	13	7	20	24	16	40	66,7	37	23	60	0,3	0,1
	Mugello	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Zona Sud-Est	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 Inf.+Empoli	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 Regionale	718	298	1016	1279	540	1819	64,2	1997	838	2835	0,8	0,3

L'andamento temporale (vedi Fig. 12) degli utenti alcoldependenti afferenti ai SAT e ai Centri Alcologici toscani dal 1997 al 2003 indica un aumento sia per entrambi i generi sia per entrambe le tipologie (nuovi e già in carico). Ciò dimostra l'impegno profuso nel corso degli anni dei Servizi di cui sopra per la cura del fenomeno dell'alcoldipendenza. In particolare, i maschi passano nel totale da 1.512 utenti nel 1997 a 1.997 utenti nel 2003, aumentando quindi del 32%, e le femmine da 574 a 838 (aumento del 46%): tale aumento è in gran parte dovuto ai maschi già in carico che da 880 soggetti nel 1997 aumentano fino a 1.494 nel 2002 (+70%), per poi diminuire nuovamente raggiungendo i 1.279 soggetti.

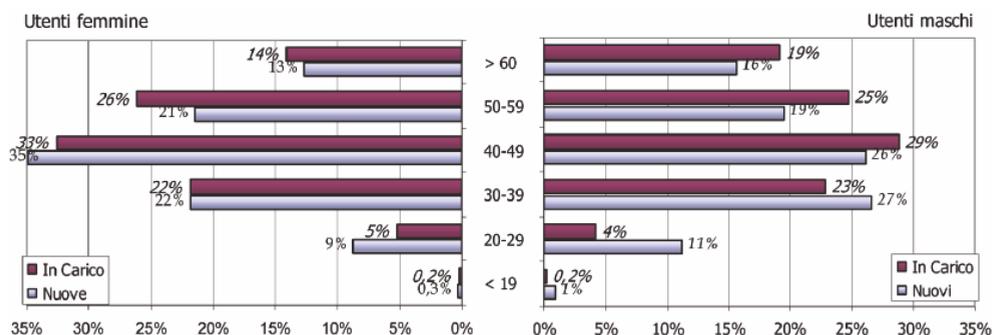
Per quanto riguarda la distinzione per tipologia, i nuovi utenti, aumentano del 20%, passando da 846 a 1.016; per gli utenti già in carico, l'aumento è invece del 47% (da 1.240 a 1.819 utenti).

Figura 12
Numero di utenti per anno, stratificati per tipologia (nuovi e già in carico) e genere
Toscana 1997-2003 - Schede ALC 03 - Numero di soggetti trattati nell'anno



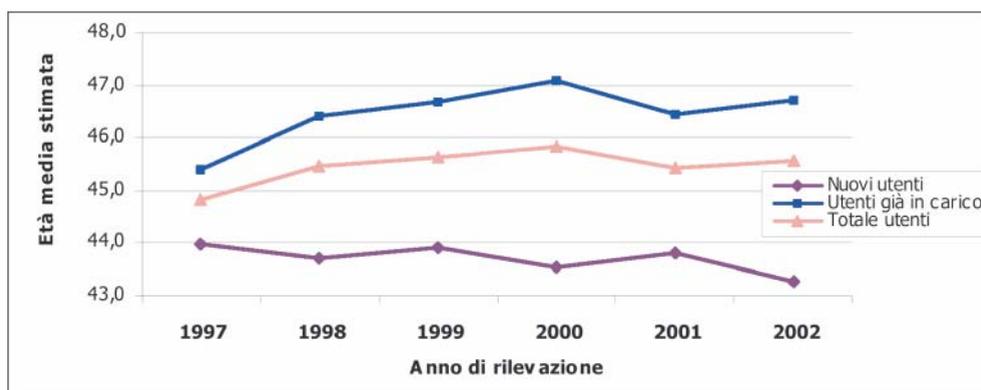
Dalla Figura 13 si può osservare la distribuzione per classi d'età nei due generi per l'anno 2003. Per quanto riguarda le femmine (sia per quelle nuove, sia per quelle già in carico) la fascia d'età più rappresentata è quella tra i 40 e i 49 anni (rispettivamente 35% e 33% sul totale delle utenti). Anche 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.

Figura 13
Utenti alcol dipendenti stratificati per tipologia (nuovi e già in carico), per classi di età e per genere - Toscana 2003. Schede ALC 03 - Numero di soggetti trattati nell'anno



L'andamento temporale delle stime delle età medie degli utenti alcolisti (Fig. 14) 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.

Figura 14
Stima delle età medie degli utenti alcol dipendenti per anno di osservazione e per tipologia (nuovi e già in carico) -Toscana 1997-2003. Schede ALC 03 - Numero di soggetti trattati nell'anno



5.3 La rilevazione delle bevande consumate

Come possiamo osservare dalla Figura 15, per quanto riguarda la tipologia delle bevande alcoliche prevalentemente consumate, il vino è al primo posto con il 60% degli utenti, seguito dalla birra e dagli aperitivi con, rispettivamente, il 17% e il 14%. Lo stesso quadro si può riscontrare anche nell'andamento temporale del consumo prevalente delle bevande alcoliche (Fig. 16) 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.

Figura 15
Proporzioni di uso prevalente di bevande alcoliche Toscana 2003 - Schede ALC 04
Bevanda alcolica di uso prevalente

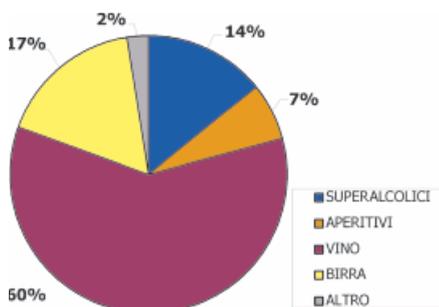
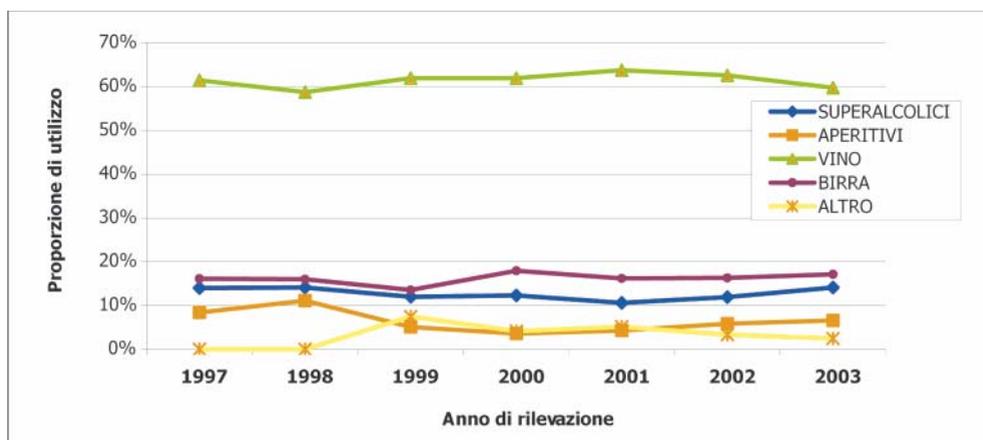


Figura 16
Distribuzione delle bevande alcoliche di uso prevalente per anno di osservazione
Toscana 1997-2003 - Schede ALC 04 - Bevanda alcolica di uso prevalente

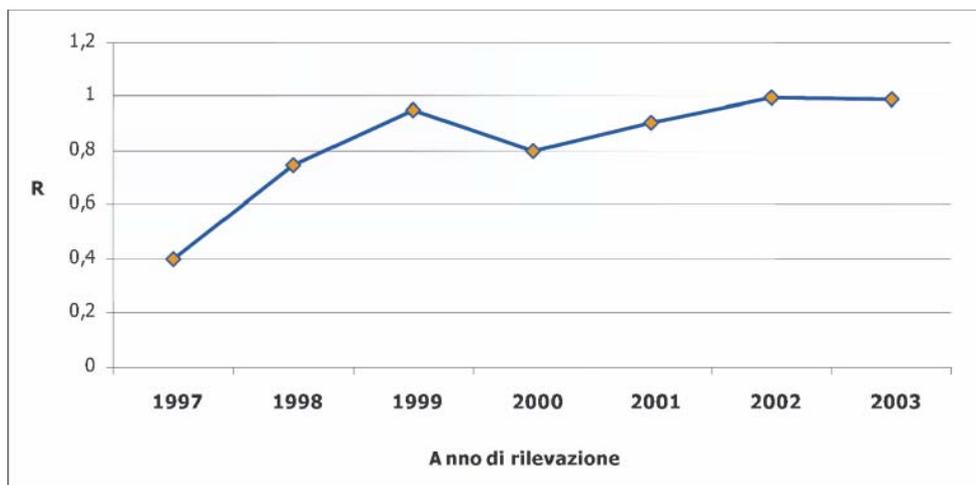


5.4 L'andamento dei trattamenti

Nell'analisi dei dati relativi ai trattamenti prescritti agli utenti alcolisti ci siamo limitati a mostrare l'andamento temporale del numero medio di trattamenti per utente (Fig. 17) 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 perché, a volte, completamente assente.

Figura 17

Andamento temporale del numero medio di trattamenti per utente - Toscana 1997-2003 - Schede ALC 06



Infine, i trattamenti maggiormente erogati sono quelli di tipo farmacologico ambulatoriale (6.210 trattamenti e 2.106 utenti trattati nel 2003 a livello regionale), seguiti dal *counseling* all'utente o alla famiglia, dal trattamento socio-riabilitativo (rispettivamente 2.857 e 2.061 trattamenti eseguiti) e dalla psicoterapia sia di gruppo sia 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 sintesi

Già nel il corso degli anni '90 erano stati condotti studi di mortalità su coorti di alcolisti afferenti ai Centri Alcologici toscani (Arezzo e Firenze), Centri dove confluiva circa il 70% degli etilisti toscani (Cipriani et al., 2001). 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, molto radicati al luogo di nascita e vicini alla cultura rurale del bere. Non meravigliava, allora, che tra le cause di morte prevalessero quelle legate ad un abuso di alcol instauratosi progressivamente e mantenutosi 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 e anche i decessi per eventi traumatici erano più frequenti, 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', espressione di rapporti epidemiologici tra consumo di alcol e rischio di malattie cardio-vascolari (CDV), secondo la quale i modici bevitori di alcol presentano un rischio di morte per CDV minore rispetto ai non bevitori e ai forti bevitori, ci saremmo 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 trattava di sedi per le quali il ruolo eziologico dell'alcol è ormai accertato, specialmente se accompagnato ad un forte consumo di sigarette, come è tipico negli 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 della Toscana 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 22. 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 22
Principali caratteristiche all'ingresso degli alcolisti (N= 3.280) afferenti ai Centri Alcolologici di Firenze e Arezzo nel periodo 1979-2000

VARIABILE	LIVELLO	MASCHI		FEMMINE	
		N	%	N	%
SESSO		2.292	100	988	100
ETÀ	<= 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)
SCOLARITÀ	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)

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 per 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 in Toscana, distinto per maschi e femmine e per singole cause di morte, è riassunto nella Tabella 23.

Tabella 23

Mortalità causa specifica tra gli etilisti afferenti ai Centri Alcolologici di Firenze e di Arezzo nel periodo 1979-2000 (N= 3.280) - RSM e LC 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	-	-
K - APPARATO DIGERENTE	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

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 (rispettivamente RSM 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) e, in particolare, per incidenti stradali (RSM: 2,4 e 7,3), suicidio (RSM: 4,4 e 17) e per cadute accidentali (RSM: 1,3 e 3,5). Infine, rappresentano una vera e propria novità i dati relativi alla mortalità per disturbi psichiatrici (escluso l'alcolismo): gli RSM sono per i maschi di 8,8 e per le femmine di 6,7. Per contro, sia nei maschi sia 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 – seppure 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 *pattern* 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 e obiettivi futuri di ricerca dell'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana in campo alcolico, si può affermare quanto segue:

- in Toscana sembra verificarsi un progressivo allargamento della quota di popolazione, sia maschile sia 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 nordeuropee;
- 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 e insufficiente - causa l'architettura con cui è concepito il modello di rilevazione ministeriale - può essere ricavata dai dati relativi all'utenza alcolodipendente dei SerT toscani. L'utenza dei Servizi ha avuto un incremento costante negli ultimi 7 anni, sia dei nuovi utenti sia 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 nordeuropeo e 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; dovranno perciò trovare un approfondimento nelle attività che l'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana porterà avanti, autonomamente e in seno al Centro Alcolologico regionale nel prossimo biennio. Queste si concretizzeranno:

- per quanto riguarda la stima dei consumi e l'elaborazione di 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 *Epidemiologia Degli Incidenti stradali in Toscana* (EDIT), sarà condotta, su di un campione rappresentativo di 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) e i comportamenti alla guida. Questo ci permetterà, da una parte, di analizzare in modo più accurato le quantità di alcol consumate dalla quota di popolazione più giovane e, dall'altra, di associare tale consumo al rischio di infortunistica stradale;
- relativamente alla tipizzazione e 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 e 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 D, 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 - 2001. Indagine Multiscopo sulle famiglie. Aspetti della vita quotidiana. Roma.

ISTAT. I consumi delle famiglie 1973-1996. Roma.

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: consumi, tendenze e atteggiamenti in Italia e nelle Regioni. Quaderno n. 14 dell'Osservatorio. Ed. Risa, Roma, 2001.

Produktschap voor Gedistilleerde Dranken. World Drink Trends, 2003: International Beverage Alcohol Consumption and Production Trends. Henley-on-Thames, England: NTC Publications Ltd., 2003.

