

Consumi di alcol e patologia alcol-correlata

ANDREA QUARTINI *, FRANCESCO CIPRIANI **

* *Centro Alcolologico Integrato, Azienda Sanitaria di Firenze; Centro di Alcolologia e della Nutrizione - Università di Firenze; Istituto "Andrea Devoto" - Firenze*

** *U.O. di Epidemiologia, Presidio per la Prevenzione Oncologica (CSPO), Azienda Ospedaliera di Careggi, Firenze*

Introduzione

Il notevole impatto del consumo di bevande alcoliche è evidente a molti livelli: salute pubblica, aspetti socio-culturali, economici. Questi livelli, che per certi versi sono palesemente in contrasto tra di loro, ci possono spiegare le difficoltà che l'approccio epidemiologico incontra in alcolologia. Queste difficoltà riguardano, seppur in misura diversa, tutti gli aspetti dell'epidemiologia alcolologica: produzione e scambi commerciali delle bevande alcoliche, stime dei consumi di alcol, stime dei danni alcol-correlati, stime dei costi sociali.

Nella fattispecie occorre sottolineare che la complessità del problema diventa particolarmente rilevante soprattutto quando si parla del cosiddetto "bere moderato".

In estrema sintesi (e quindi in maniera sicuramente limitativa) possiamo riassumere alcune delle principali posizioni che hanno contraddistinto il dibattito scientifico negli anni più recenti sull'argomento:

- *Posizione analcolica ("proibizionista")*: l'uso di alcol non è né ammissibile, né raccomandabile (l'alcol è una sostanza comunque "tossica").
- *Posizione preventiva "sensu lato"*: bere meno è meglio (OMS).
- *Posizione tecnicista*: l'uso moderato di alcol, essendo l'alcol stesso scarsamente tossico a bassi dosaggi, può essere ammissibile (ultima revisione dei LARN).
- *Posizione permissiva*: l'uso moderato di alcol è parte integrante di scelte individuali libere.
- *Posizione alcolica ("promozionale")*: l'uso moderato di alcol è promosso (a bassi dosaggi si evidenziano effetti protettivi sulla salute) (produttori: AssoBirra, Amsterdam Group).

Le diverse posizioni possono condizionare sia l'eventuale scelta di formule di stima (consumi, patologie alcol-correlate, costi sociali, etc.) sia l'interpretazione dei risultati: una posizione proibizionista tenderà ad amplificare il fenomeno del bere come fattore di rischio di malattia, a sovrastimare il numero di consumatori problematici, ad includere nel computo dei Problemi e delle Patologie Alcol-Correlate (PPAC) qualunque suggerimento che la letteratura segnala, anche solo in linea teorica, di possibili associazioni alcol-patologia, a sovrastimarne i costi sociali; al contrario una posizione promozionale sul consumo di bevande alcoliche tenderà a sottostimare il fenomeno, a minimizzare gli aspetti di un uso problematico, ad escludere suggerimenti della letteratura sull'associazione alcol-malattia sui quali persistono dubbi anche se limitati, a sottostimarne i costi sociali.

Cercheremo in questo capitolo di fornire un panorama complessivo e complesso dell'epidemiologia alcolologica, basandoci essenzialmente sulle evidenze suffragate dalle esperienze di ricerca e clinica.

Il quadro internazionale

Produzione e scambi commerciali di bevande alcoliche

A livello internazionale possiamo osservare una crescita della produzione di bevande alcoliche nel mondo nel periodo 1960-1980 seguita da un periodo di relativa stabilità (Tabella 1 e 2). Risulta in crescita la produzione di birra che negli anni '90 sorpassa quella decrescente del vino. Questa tendenza appare evidente in alcuni paesi in via di sviluppo (per esempio: Cina, Brasile e Sud Africa si trovano tra i primi dieci paesi produttori). La riduzione della produzione del vino è marcata nei Paesi che detenevano le quote maggiori di mercato. Le notizie sui liquori sono scarse.

Per quanto riguarda gli scambi commerciali, a parte Francia, Portogallo e Spagna, in nessun Paese nel 1980 l'alcol superava il 3% del totale delle esportazioni e l'1% delle importazioni. La domanda di

birra è infatti coperta per lo più da produzioni locali. Il vino incide poco sugli scambi commerciali. Più complesso è il mercato dei liquori: Il Whisky da solo rappresenterebbe la metà degli scambi mondiali di liquori, mentre il Brandy lo sarebbe per un quarto.

Per quanto riguarda invece i conti economici nazionali, soprattutto in Europa, le bevande alcoliche rappresentano una voce importante: basti pensare che nel 1990 nei 12 Paesi della CE questo settore coinvolgeva direttamente oltre 680.000 posti di lavoro, mentre altri 2.200.000 vi erano collegati indirettamente.

Tab. 1 - Produzione mondiale di bevande alcoliche (in milioni di ettolitri di alcol puro, assumendo un contenuto medio di alcol nella birra di 4,4%, nel vino di 11%, nei liquori di 40%) nel periodo 1965-1994 e contributo percentuale delle singole bevande al totale della produzione di alcol.

BEVANDA	1965 (a)		1980 (a)		1990 (b)		1994 (c)	
	milioni hl	%	milioni hl	%	milioni hl	%	milioni hl	%
VINO	30,9	41,9	37,5	34,1	31,1	29,2	25,4	25,9
BIRRA	22,4	30,4	39,3	35,7	51,3	48,1	52,0	53,0
LIQUORI	20,5	27,7	33,3	30,2	24,2	22,7	20,7	21,1
ALCOL TOTALE	73,8	100,0	110,1	100,0	106,6	100,0	98,1	100,0

(a) Da: Wlsh e Grant, modificata
(b) Da: PVGD, modificata
(c) Da: Industrial Commodities Statistics Yearbook, United Nations, 1996

Tab. 2 - Paesi maggiori produttori di birra e vino (milioni di ettolitri) nel 1994 e variazione percentuale nella produzione nel periodo 1980-1994 (in ordine secondo la quantità prodotta). Da: PVGD, 1997 (modificata).

BIRRA			VINO		
PAESE	1994 milioni hl	% var 1980-1994	PAESE	1994 milioni hl	% var 1980-1994
USA	237	5	ITALIA	59	- 29
CINA	123	1.943	FRANCIA	55	- 21
GERMANIA	116	0.1	SPAGNA	20	- 53
GIAPPONE	71	56	ARGENTINA	18	- 24
BRASILE	62	135	UN. SOVIETICA(*)	18	- 44
INGHILTERRA	58	- 10	USA	16	- 10
MESSICO	45	70	GERMANIA	10	109
SPAGNA	25	25	SUD AFRICA	9	24
SUD AFRICA	24	185	AUSTRALIA	6	83
CANADA	23	7	ROMANIA	5	- 29
OLANDA	22	40	PORTOGALLO	4	- 55
RUSSIA	22	N.D.	UNGHERIA	4	- 35
COLOMBIA	21	77	CINA	4	N.D.
FRANCIA	20	- 6	CILE	4	- 28
REP. CECA	18	- 24	GRECIA	3	- 45
AUSTRALIA	18	- 10	BRASILE	3	6
COREA DEL SUD	17	207	AUSTRIA	3	- 14
VENEZUELA	15	39	MESSICO	2	N.D.
BELGIO	15	3	BULGARIA	1	- 48
FILIPPINE	15	107	SVIZZERA	1	8
POLONIA	14	26	URUGUAY	0.7	58
ITALIA	12	41	REP. SLOVACCA	0.7	N.D.
ARGENTINA	11	387	GIAPPONE	0.5	35
AUSTRIA	10	33	REP. CECA	0.5	N.D.
DANIMARCA	9	15	NUOVA ZELANDA	0.5	50
ROMANIA	9	- 8	ALGERIA	0.5	- 80
MONDO	1,224	31.3	MONDO	256	- 19,4

(*) riferito al 1992

I consumi di bevande alcoliche

Rispetto al consumo di bevande alcoliche a livello internazionale vi sono alcuni aspetti che appaiono abbastanza generalizzabili (Tabella 3):

1. Attualmente le tendenze osservabili mostrano che nei Paesi dove, in passato si beveva di più, si beve di meno e viceversa. Per i trend in crescita il fenomeno riguarda soprattutto i Paesi in via di sviluppo.
2. Si sta sempre più affermando un processo di omologazione dei consumi parallela all'ampliamento dei mercati: nei paesi tradizionali produttori-consumatori di un tipo di bevanda alcolica tende a diminuire il consumo di questa e ad aumentare in proporzione la preferenza per quelle culturalmente "estrane" di recente produzione o importazione.

La bevanda leader rimane ancora quella "tipica", con le nuove che si aggiungono o si sostituiscono. Il saldo in alcol totale può essere variabile.

Per esempio: nel periodo 1970-1995, in Francia, Italia, e Argentina, il consumo di alcol è diminuito perché l'incremento per la birra (gradazione media: 4,4%) non ha compensato il forte calo del vino (gradazione media: 11%); in Portogallo, Ungheria e Grecia invece, a parità di andamento per birra e vino, il saldo in alcol totale è positivo.

3. La birra si impone come la bevanda alcolica internazionale, indipendentemente dai contesti culturali. Mantiene salde posizioni dove è da sempre apprezzata e si afferma un po' ovunque, ma con particolare forza nei nuovi mercati: Africa, America Latina ed Asia.
4. Pur con una certa evolutività temporale, si possono ancora identificare gruppi di paesi con tendenze omogenee di consumo, per tipologia di bevanda alcolica:

a) *prevalente consumo di vino*. Tutti i paesi dell'area mediterranea (Italia, Francia, Spagna, Portogallo, Grecia), alcuni dell'America Latina con forti legami europei (Cile, Argentina), ed altri con più recente tradizione vitivinicola (Lussemburgo e Svizzera). La Francia si differenzia per l'elevata quota anche di liquori.

b) *prevalente consumo di birra*. Costituiscono l'assoluta maggioranza dei paesi e si possono ulteriormente classificare in:

- modello nordico: alla birra si affiancano in modo rilevante i liquori e i distillati, consumati soprattutto nel fine-settimana (Norvegia, Finlandia, USA, Canada, Nuova Zelanda), o quotidianamente (Repubblica Ceca, Repubblica Slovacca, Irlanda). Modalità qualitativamente simili, ma quantitativamente più contenute si riscontrano in Messico, Venezuela, Colombia, Brasile e Giappone;
- modello anglosassone: simile al precedente, ma con abitudini alcoliche rivolte a tutti i tipi di bevande alcoliche, vino compreso (Germania, Inghilterra, Svezia, Olanda, Sud Africa);
- modello centro-europeo: insieme alla birra è consumata una quota importante di vino (Danimarca, Belgio, Austria, Ungheria e, tra i paesi non europei, l'Australia);

c) *prevalente consumo di liquori*. Tipico dell'Europa dell'Est: prevale la preferenza per i distillati e, in seconda battuta, per la birra (Russia, Ucraina, Polonia, ma anche Cuba ed Islanda). In altri acquista importanza anche il vino (Romania, Bulgaria e Cipro).

Questa schematizzazione tipologica, soprattutto in relazione all'espansione dei mercati di bevande alcoliche nei Paesi in via di sviluppo, è suggestiva di una ipotetica pericolosa crescita dei PPAC in tali aree, con conseguenze, in termini di salute pubblica che potrebbero essere devastanti, anche in ragione di una sostanziale assenza di modelli sociali contenitivi rispetto a fenomeni di abuso.

Il quadro nazionale

I consumi di bevande alcoliche

I dati dell'ISTAT consentono un buon monitoraggio della distribuzione territoriale e temporale del consumo di vino, con alcuni dettagli anche di tipo socio-demografico; meno informazioni abbiamo sulla birra e quasi niente sui liquori. Per maggiori dettagli ci si basa anche sulle pubblicazioni relative ad inchieste epidemiologiche locali o nazionali, queste ultime promosse per lo più da Istituti con interessi commerciali (Doxa, Nielsen, Demoskopea, etc.) o nutrizionali (Istituto Nazionale della Nutrizione). I diversi metodi utilizzati non assicurano la confrontabilità delle informazioni.

Tuttavia dall'analisi comparativa dei dati a macchia di leopardo, deducibili da tutte queste fonti, proveremo a produrre una linea interpretativa.

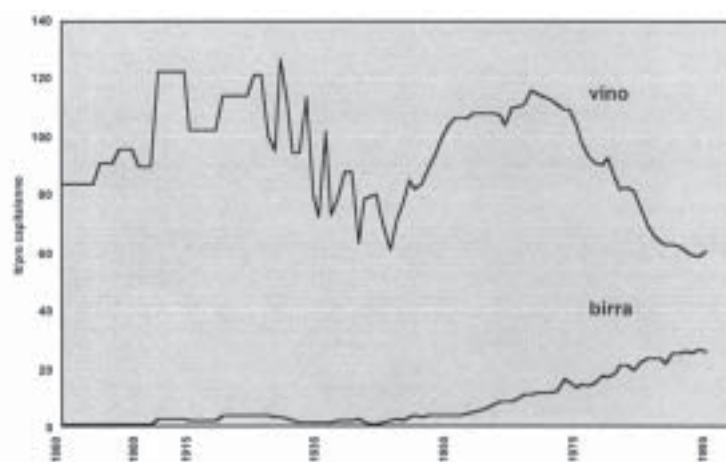
Tab. 3 - Consumo pro capite di alcol nel 1995 per vino, birra, alcol totale (vino+birra+liquori) e percentuale di variazione nel periodo 1970-1995. Paesi in ordine decrescente per consumo di ciascuna bevanda.

VINO			BIRRA			ALCOL TOTALE (alcol puro)		
PAESE	lt/anno	% var	PAESE	lt/anno	%var	PAESE	lt/anno	% var
FRANCIA	63.5	- 41.8	REP. CECA	160	- 5.2	LUSSEMB.	11.6	16
ITALIA	60.4	- 46.9	IRLANDA	141.3	40.5	FRANCIA	11.5	- 29
PORTOGALLO	58.4	- 19.4	GERMANIA	137.7	- 2.4	PORTOGALLO	11	11.1
LUSSEMB.	58.2	57.3	DANIMARCA	120.1	10.7	UNGHERIA	10.2	12.1
ARGENTINA	43.8	- 52.3	AUSTRIA	115.6	17.1	SPAGNA	10.2	- 12.1
SVIZZERA	43.6	4.1	BELGIO	104.0	- 21.5	REP.CECA	10.1	20.2
SPAGNA	36.3	- 41.0	INGHILTERRA	102.7	- 0.3	DANIMARCA	10	47.1
UNGHERIA	34.7	- 8.0	UNGHERIA	102.4	72.4	GERMANIA	9.9	- 3.9
GRECIA	34.5	- 13.8	LUSSEMB.	99.4	- 42.1	AUSTRIA	9.8	- 6.7
AUSTRIA	32	- 7.5	N. ZELANDA	98.8	- 15.2	SVIZZERA	9.4	- 12.1
URUGUAY	30.8	18.5	AUSTRALIA	95.4	- 21.2	IRLANDA	9.2	55.9
DANIMARCA	27.6	367.0	USA	87.9	25.6	BELGIO	9.1	2.2
ROMANIA	25.3	9.5	OLANDA	85.8	49.5	GRECIA	9	69.8
BELGIO	25	76.1	REP SLOVACCA	81	n.d.	ROMANIA	9	42.9
GERMANIA	22.2	38.8	FINLANDIA	80.2	69.2	ITALIA	8.8	- 35.8
BULGARIA	21.8	4.3	VENEZUELA	71.9	45.3	BULGARIA	8.1	20.9
CILE	21.7	- 46.4	CANADA	70	- 5.4	OLANDA	8	40.4
AUSTRALIA	18.2	n.d.	SPAGNA	66.6	73.0	CIPRO	7.9	139.4
REP.CECA	16.9	15.8	SVEZIA	64.5	12.2	REP.SLOVACC.	7.8	- 7.1
N.ZELANDA	16.8	198.9	PORTOGALLO	64.2	382.7	AUSTRALIA	7.6	- 7.3
OLANDA	16.6	221.7	SVIZZERA	62.2	-20.8	INGHILTERRA	7.3	37.7
IRLANDA	16.1	384.9	GIAPPONE	58	106.1	ARGENTINA	7.3	- 37.6
REP.SLOVACCA	14.9	2.1	COLOMBIA	57.7	69.7	N.ZELANDA	7.0	- 7.9
CIPRO	13.7	67.1	SUD AFRICA	55.5	358.7	USA	6.8	1.5
INGHILTERRA	12.8	342.6	CIPRO	54.1	240.3	GIAPPONE	6.6	43.5
SVEZIA	12.7	99.4	BULGARIA	53.9	47.7	FINLANDIA	6.6	53.5
SUD AFRICA	9	- 1.9	NORVEGIA	53.5	45.5	POLONIA	6.4	18.5
CANADA	8.2	97.4	MESSICO	50.9	74.7	CANADA	6.2	- 4.6
FINLANDIA	8.2	148.9	GRECIA	42.2	348.9	URUGUAY	6.1	41.9
NORVEGIA	7.1	202.1	BRASILE	41.9	295.3	RUSSIA	5.8	- 10.8
POLONIA	6.9	23.2	ROMANIA	39.2	81.5	VENEZUELA	5.3	112.0
USA	6.8	36.4	FRANCIA	39.1	- 5.2	SVEZIA	5.3	- 8.6
ISLANDA	5	185.7	POLONIA	36	14.6	CILE	5.3	- 8.6
ISRAELE	3.1	- 12.7	PARAGUAI	35.8	371.1	SUD AFRICA	4.9	63.3
RUSSIA	2.6	- 82.9	ARGENTINA	34.7	137.7	COLOMBIA	4.6	170.6
TUNISIA	2.4	- 22.6	CUBA	34	190.6	CINA	4.4	n.d.
UCRAINA	2	n.d.	ISLANDA	30.1	128.0	NORVEGIA	4.1	13.9
BRASILE	1.9	5.6	URUGUAY	25.9	6.6	CUBA	3.8	192.3
PARAGUAI	1.6	- 20.0	CILE	25.7	43.6	BRASILE	3.6	414.3
MAROCCO	1.6	6.7	ITALIA	25.4	124.8	ISLANDA	3.5	9.4
ALGERIA	1.5	114.3	PERU	22.1	21.8	MESSICO	3.3	50
GIAPPONE	1	212.5	SINGAPORE	22	n.d.	PARAGUAY	2	233.3
PERU	0.9	- 20.4	RUSSIA	19	n.d.	SINGAPORE	1.7	n.d.
TURCHIA	0.7	- 17.6	CINA	12.5	n.d.	UCRAINA	1.6	n.d.
SINGAPORE	0.7	n.d.	TAILANDIA	10	n.d.	PERU	1.2	- 50.0
CUBA	0.6	- 45.5	MALESIA	9.4	n.d.	TURCHIA	0.9	80.0
COLOMBIA	0.5	n.d.	ISRAELE	8.4	- 19.5	ISRAELE	0.8	- 50.0
VENEZUELA	0.3	n.d.	TURCHIA	8.3	558.7	TAILANDIA	0.6	n.d.
MESSICO	0.2	- 28.0	UCRAINA	6.8	n.d.	MALESIA	0.6	n.d.
CINA	0.1	n.d.	TUNISIA	4.7	20.5	TUNISIA	0.5	- 16.7
TAILANDIA	0.1	n.d.	VIETNAM	3.3	n.d.	ALGERIA	0.3	n.d.
			MAROCCO	2.8	7.7	MAROCCO	0.3	n.d.
			ALGERIA	1.9	- 54.8	VIETNAM	0.2	n.d.
EUROPA OCC							8.12	- 5.2
COMU EUROP							9.29	- 4.9
EUROPA EST							5.79	- 2.1
AMER LATINA							3.95	2.7
NORD AMER							6.74	- 8.4
AUSTRALASIA							7.50	- 6.1
RESTO MONDO							4.02	64.4
MONDO TUTTO							5.07	15.5

Quanto si beve, come si beve e come cambia nel tempo il consumo di alcol.

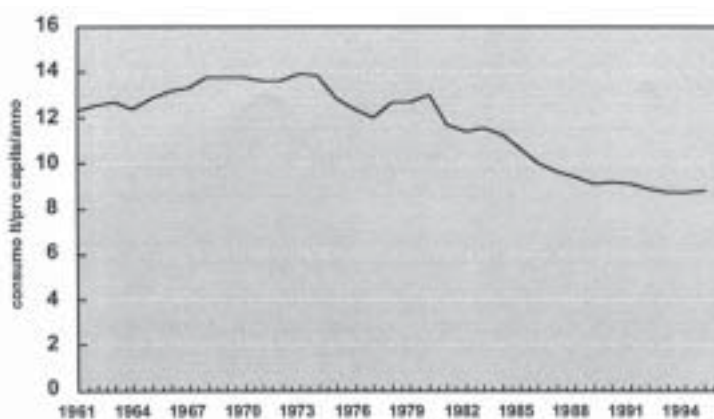
Il consumo di vino in Italia, a partire dalla fine degli anni '50 ('boom' economico), è andato progressivamente aumentando fino alla fine degli anni '60 (circa 115 lt pro capite/anno). Dagli anni '70 si assiste ad una costante e progressiva diminuzione fino agli attuali 60 litri (valore del 1995) (Figura 1): i consumi di vino si sono dimezzati in venti anni. Nonostante questo, il vino rappresenta ancora circa l'80% della dieta alcolica dell'italiano medio, seguito dai liquori (12%) e dalla birra (8%), anche se da fonti diverse risulterebbe che la quota della birra ha superato quella dei liquori. Il consumo di birra cresce dai circa 6 litri pro capite/anno del 1961 ai 25 litri del 1995. Il consumo di liquori resta stabile intorno ad 1 litro di alcol puro. In alcol totale (assumendo un contenuto medio in alcol anidro di 11% per il vino, di 4,4% per la birra e di 40% per i liquori) equivale ad una diminuzione di circa il 30% (da 12,3 litri di alcol anidro del 1961 a 8,8 litri del 1995) (Figura 2). È curioso osservare come tale importante riduzione dei consumi di alcol si sia realizzata in assenza di sistematiche campagne nazionali di prevenzione, promosse invece dai governi di tutti gli altri Paesi europei. Sorprende inoltre come un mutamento di comportamenti di massa così apparentemente 'spontaneo' quanto unico nel panorama internazionale non abbia attratto l'attenzione degli esperti del settore. Possiamo ipotizzare che siano in gioco profonde trasformazioni della società relative all'urbanizzazione, alla mobilità, all'ingresso delle donne nel mondo produttivo, all'organizza-

Fig. 1 - Consumo di vino e di birra in Italia, 1860-1995



ISTAT - (metodo della disponibilità)

Fig. 2 - Consumo di alcol anidro in Italia, 1861-1995



Produktschap voor Gedistilleerde Dranken, 1996

zione del lavoro, ai cambiamenti dei tempi e modi dei pasti principali, ad una ipotetica maggior sensibilizzazione nei confronti dei PPAC, anche in relazione alla crescente diffusione di gruppi di auto-mutuo-aiuto per il loro trattamento nel territorio nazionale.

La distribuzione dei consumi di alcol nella popolazione italiana ricavabile da informazioni di fonti diverse difficilmente confrontabili, con discutibile approssimazione indica che tra il 20 ed il 30% degli adulti (15-75 anni) sarebbe non bevitore di alcol, circa la metà ne consumerebbe quantità inferiori a 40 grammi di alcol/die, mentre un altro quarto eccederebbe tali limiti. Questi sarebbero i cosiddetti 'bevitori a rischio'. Relativamente alla stima degli 'alcolodipendenti' valutazioni indirette e certamente imprecise fanno ritenere che oggi siano rispettivamente intorno all'1-3% degli adulti, mentre gli 'abusatori' (consumo maggiore di 80 grammi/die) sarebbero circa il 5%. Sappiamo anche che circa il 10% degli adulti dichiara che qualcuno dei loro amici ha problemi con l'alcol e il 5% che ciò è vero per i propri familiari.

Il vino è bevuto perlopiù quotidianamente ai pasti, quasi sempre in famiglia, secondo la tradizione mediterranea. È la bevanda alcolica dell'età adulta. La birra è quella leader tra i giovani, è preferenzialmente consumata in modo saltuario, trova spazi nei locali pubblici, in compagnia di amici, fuori dai pasti, con accentuate caratteristiche di bevanda dissetante. I liquori comprendono tipi diversi di bevande (aperitivi, long-drinks, digestivi, amari e superalcolici) per ciascuna delle quali esistono specifiche preferenze di sesso, età, livello sociale e culturale, e luogo di consumo. Sono assunti meno regolarmente, spesso durante eventi particolari, in aggiunta al vino.

Aree geografiche

Come per altri stili di vita, anche per l'alcol esiste una notevole variabilità geografica dei patterns di consumo (Tabella 4). È presente un gradiente quantitativo in diminuzione Nord-Centro-Sud, anche se oggi appare meno evidente che in passato.

Tab. 4 - Consumo di alcol anidro in grammi pro capite/die nelle regioni italiane nel 1985 e 1994 (in ordine decrescente secondo il 1994), quote percentuali delle singole bevande alcoliche sul totale di alcol consumato nel 1994 (in *italico* i valori più elevati), percentuali di variazione nel periodo 1985-1994.

REGIONE	1985	1994	Contributo percentuale			% variazione 1985-1994
			vino	birra	liquori	
VENETO	29.7	20.5	79.8	5.6	14.6	- 30.9
FRIULI VG	23.8	18.6	80.0	10.9	9.2	- 21.6
MOLISE	27.0	18.3	74.0	9.8	16.3	- 32.0
MARCHE	36.1	17.9	84.2	5.7	10.1	- 50.4
VALLE D'AOSTA	25.6	17.6	84.1	6.2	9.7	- 31.2
UMBRIA	21.8	17.4	84.3	4.7	11.0	- 20.0
PIEMONTE	23.5	16.9	80.5	6.9	12.6	- 28.0
LIGURIA	24.0	16.3	84.6	4.9	10.5	- 32.2
LOMBARDIA	26.0	15.8	80.7	5.9	13.5	- 39.2
TOSCANA	26.5	15.7	85.6	5.5	8.9	- 40.8
PUGLIA	21.2	15.5	74.9	9.9	15.1	- 27.0
EMILIA ROMAGNA	22.5	14.6	79.7	6.4	13.9	- 35.3
LAZIO	22.6	13.3	83.7	5.9	10.4	- 41.0
TRENTINO AA	22.7	13.2	77.1	8.4	14.5	- 41.9
ABRUZZI	24.2	13.2	79.1	7.9	13.0	- 45.7
BASILICATA	19.2	12.4	80.7	6.4	12.9	- 35.2
CALABRIA	18.6	12.1	72.7	9.6	17.7	- 35.1
SARDEGNA	21.0	10.8	71.1	18.1	10.9	- 48.6
CAMPANIA	22.2	10.6	84.2	6.7	9.1	- 52.2
SICILIA	12.9	8.1	73.6	13.2	13.2	- 37.4
NORD-OVEST	24.8	16.7	82.5	6.0	11.5	- 32.7
NORD-EST	24.7	16.7	79.3	7.8	12.9	- 32.4
CENTRO	26.7	16.1	84.5	5.4	10.1	- 39.7
SUD	20.8	12.6	76.2	10	11.7	- 39.4
ITALIA	22.7	14.9	80.3	7.6	12.2	- 34.4

Nel nord-Italia al vino, si aggiunge una quota non trascurabile di liquori, consumati anche fuori dai pasti, mentre al sud la birra, soprattutto nella stagione estiva, diventa proporzionalmente più rilevante. La fluttuazione del consumo di birra in base all'andamento stagionale delle temperature medie climatiche è fenomeno specifico dell'area mediterranea, praticamente sconosciuto nei paesi anglosassoni. Nel centro Italia invece il vino la fa da padrone.

Secondo l'inchiesta ISTAT del 1994, nel nord Italia la percentuale di soggetti che non beve mai vino o alcolici fuori dai pasti è di circa il 70%, contro circa l'80% del centro e sud Italia.

Sesso

È confermato in tutte le inchieste che gli uomini bevono più delle donne, mediamente più del doppio. Tra i non bevitori le donne sono rappresentate almeno due volte di più dei maschi. Questa osservazione è costante in tutti i contesti culturali internazionali, tanto da far pensare che, oltre a fattori socio-antropologici, siano in gioco fattori biologici di regolazione. Il gradiente in diminuzione nord-sud, seppure assestato a livelli minori, è confermato anche per le donne, per cui agli estremi superiori ed inferiori della scala dei consumi troviamo rispettivamente i maschi del nord e le femmine del sud.

È noto che nei centri specializzati per il trattamento dell'alcolismo, le donne sono circa 1/3-1/4 degli uomini. Questa proporzione non è però direttamente attribuibile alla stima delle alcoliste nella popolazione generale.

Età

Proponiamo in questa sede una sintesi sulla evolutività del bere per età, in Italia, sulla base dei dati delle ricerche effettuate a livello nazionale.

In Italia, coerentemente con il clima permissivo legato alla tradizione alimentare, si assaggia alcol in età infantile e lo 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. Quando si diventa più adulti (18-20 anni) si assiste ad un incremento quantitativo dei consumi significativo, fenomeno peraltro riscontrabile in tutto il contesto europeo. A questa età si comincia a bere anche birra e qualche volta liquori. Il fenomeno avviene in compagnia di amici, fuori dai pasti, spesso di sera, secondo modalità reattive di ricerca ed omologazione, per lo più in modo discontinuo. 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 ed, eventualmente, l'effetto dell'alcol sul comportamento, piuttosto che le caratteristiche organolettiche. In questo i giovani italiani assomigliano molto ai coetanei europei. Le differenze geografiche nazionali e per classe sociale sono marginali. Compaiono anche episodi di eccedenza: circa il 20% dei giovani riferisce di aver bevuto un po' troppo almeno una volta negli ultimi tre mesi. Nel 2% dei casi si verificano nello stesso periodo episodi ripetuti di ubriachezza manifesta, quasi tutti di pertinenza maschile ed ottenuti con superalcolici. Interessante è notare che i giovani consumatori e quelli che riferiscono di eccedere moderatamente (cioè 'bere un po' troppo senza ubriacarsi') rispetto agli altri sono tendenzialmente più indipendenti ed attivi, con una maggiore propensione a sperimentare il rischio e l'avventura, più spesso fumatori ed attratti dai superalcolici, più sportivi e lavoratori, meno interessati alle pratiche religiose ed ad avere una famiglia. Si dichiarano meno felici e frequentano più spesso amici con problematiche alcoliche. Quelli con esperienze ripetute di ubriacature tendono a presentare anche note di marginalità sociale e di maggiore insoddisfazione esistenziale.

Nel panorama internazionale i giovani italiani sembrerebbero meno "a rischio alcolico", pur bevendo più frequentemente dei coetanei europei. È possibile che l'abitudine alcolica che nasce nel contesto permissivo familiare, alias con il vino, faciliti lo sviluppo di un rapporto un po' più equilibrato con l'alcol. In termini di sanità pubblica però vale il discorso opposto. La possibilità infatti per i giovani italiani di accedere indiscriminatamente e nel consenso collettivo ad ogni genere di bevanda alcolica, si può, forse, tradurre in una maggioranza di ragazzi che attraversa senza difficoltà questa esperienza, ma anche in una minoranza quantitativamente incerta (intorno al 1-2%?) che ne subirà effetti disastrosi: morte, invalidità o alcolodipendenza. Deve anche far riflettere che circa il 7% dei giovani, quasi sempre maschi di oltre 20 anni, dichiarano di aver bevuto un po' troppo prima di essersi messi alla guida di un veicolo.

Superata la fase di indipendenza, intorno ai 30-35 anni, con la ricostituzione del nuovo nucleo familiare si tende a tornare al consumo regolare di vino ai pasti e diventa più frequente la scelta di superalcolici. Cresce la quantità totale di alcol assunto fino ai 50 anni, cui segue una fase di mantenimento stazionaria e quindi un declino costante e progressivo che inizia intorno ai 65 anni. Questo arco generazionale, peraltro valido anche per altre abitudini alimentari e non, è ricostruito dall'analisi per età di indagini trasversali. Il fenomeno può però essere legato alla coorte di nascita. In altre parole: non è detto che i giovani che oggi hanno 20 anni, quando avranno 50 anni berranno come i cinquantenni di oggi. In assenza di studi prospettici, staremo a vedere.

Altre variabili socio-demografiche

Anche se in Italia è difficile classificare la popolazione per classe sociale, molte indagini rilevano un consumo maggiore di alcol nei soggetti con scolarità inferiore (ma non sempre il dato è aggiustato per sesso ed età). Questa relazione è certa per il vino, mentre per altre bevande può essere vero il contrario. A conferma del forte legame del vino con i modelli di vita tradizionali, in campagna e in montagna si beve di più che in città, soprattutto se si tratta di aree metropolitane. Gli operai bevono più degli impiegati, mentre gli addetti alla ristorazione (cuochi, camerieri, baristi), gli artigiani e gli agricoltori sembrano categorie professionali a rischio di 'abuso alcolico'. Non è chiaro se ciò sia da attribuire al contesto specifico delle mansioni, o non sia piuttosto il correlato di un effetto 'classe sociale'. La diffusa opinione che tra i manager in carriera e le casalinghe si nascondano gruppi ad alto rischio di alcoldipendenza non ha solide basi epidemiologiche. Tra parentesi, una delle cause della riduzione del consumo di alcol in Italia potrebbe proprio essere legata alla trasformazione del mondo del lavoro verso professioni che richiedono meno manualità e più concentrazione.

Costantemente confermata, e molto importante per i rischi biologici, è la correlazione positiva alcol-fumo, indipendente da età e sesso. Tra gli astemi prevalgono i non fumatori, ed è assai più comune il riscontro di grandi fumatori negli abusatori di alcol, per non parlare degli alcolisti veri e propri. La contemporanea esposizione a fumo ed alcol si traduce spesso nella moltiplicazione piuttosto che nella somma dei rischi dei due fattori presi da soli, come è il caso per alcuni tipi di tumore.

Studi epidemiologici internazionali piuttosto che italiani, cominciano ad evidenziare differenze in molti altri stili di vita tra non bevitori, bevitori moderati ed abusatori di alcol. Sembra emergere che i bevitori maggiori tendono ad essere meno attenti alla salute: più fumo, meno attività fisica, alimentazione squilibrata verso grassi e carne con poca frutta e verdura fresca, meno sensibilità per le norme igieniche generali.

Le conseguenze del consumo di alcol sulla salute

La soglia di "sicurezza" nei consumi di alcol

Con il progredire delle conoscenze epidemiologiche e biologiche sui danni da alcol, si è assistito ad una sorta di vero e proprio abbattimento del livello della cosiddetta "soglia di rischio" (o di sicurezza): dai 120 grammi di alcol anidro pro-capite/die degli anni '60, ai 60 grammi per i maschi e 40 grammi per le femmine, o anche meno (40 grammi per i maschi e 20 grammi per le femmine) a seconda dei vari Autori e/o Agenzie.

I vari studi rivolti ad identificare una dose di alcol giornaliera presumibilmente priva di effetti lesivi hanno in pratica dimostrato una sostanziale imprevedibilità delle conseguenze dell'alcol sull'organismo. Tale imprevedibilità non ha consentito fino ad oggi di identificare una dose sicuramente non tossica. Inoltre al problema "dose" va aggiunto un problema "tempo di esposizione" che, ovviamente, complica ulteriormente il problema.

Ormai sono anni che la stessa OMS non parla più di "bere adeguato", essendo praticamente impossibile riuscire ad individuare con certezza una soglia limite al di sotto della quale si possa affermare che l'assunzione di alcol è priva di effetti dannosi. Del resto la suscettibilità agli effetti dell'alcol dipende da numerosi fattori: individuali, genetici, razziali, sessuali, legati all'età, alle modalità di assunzione, al tipo di bevanda alcolica ingerita, allo stato di salute individuale, alla dieta, alle condizioni nutrizionali, alla presenza di particolari condizioni psichiche e fisiche (fase procreativa; gravidanza; allattamento; stati di stress, etc) ed attività sociali (guida di autoveicoli, attività professionali svolte, etc.). Inoltre si deve sottolineare l'importanza che può avere l'eventuale interazione di altri fattori di rischio quali la presenza

di infezioni (HBV, HCV), l'assunzione di farmaci, fumo, metilxantine, sostanze tossiche che possono interagire con l'alcol potenziandone gli effetti.

La conclusione è che a livello individuale non è possibile identificare una soglia di sicurezza sul consumo di bevande alcoliche; di certo sappiamo che l'alcol rappresenta un importante fattore di rischio per la salute pubblica, secondo soltanto all'uso di tabacco. Inoltre nessun Autore contesta che in frangenti specifici l'assunzione di alcol è del tutto sconsigliata (vedi Tabella 5).

Patologia alcol-correlata

Dal punto di vista epidemiologico sappiamo che alcune condizioni morbose sono certamente correlate al consumo di alcol, mentre per altre siamo ancora nel campo delle supposizioni (Tabella 6). Gli indicatori di mortalità e morbosità deducibili dalle fonti ufficiali non sono però di aiuto per quantificare la diffusione dei danni da alcol. È noto infatti che in sede di certificazione diagnostica raramente l'eziologia alcolica è codificata correttamente. I medici lo fanno per proteggere la privacy dei pazienti e familiari ed evitare loro danni sociali e materiali aggiuntivi. Altre volte invece per scarsa attenzione o per obiettive difficoltà cliniche. Così accade un po' in tutto il mondo. Per questo l'OMS suggerisce di monitorare l'entità dei problemi da alcol attraverso indicatori indiretti: tassi di mortalità per cirrosi epatica, ricoveri e decessi per psicosi alcolica. Per la legge Basaglia, le informazioni su quest'ultima non sono praticamente di alcun valore in Italia. Discuteremo pertanto dei dati disponibili più attendibili o promettenti, tra cui la cirrosi epatica e la mortalità alcol-correlata, riservando una intera sezione al problema dei rapporti alcol-malattie cardiovascolari, che rappresenta la novità epidemiologica più rilevante e discussa in campo alcologico internazionale.

Malattie croniche epatiche e cirrosi epatica

Il rapporto eziologico tra consumo di alcol e malattie epatiche è fuori discussione. Meno chiara è la possibilità di quantificare il fenomeno. Le stime americane suggeriscono che circa il 70% delle cirrosi epatiche sarebbe dovuto all'alcol, mentre le stime europee parlano del 40% e quelle asiatiche solo del 10%. Le stime italiane suggeriscono un range di stima dell'eziologia alcolica nella cirrosi epatica che varia, a seconda degli Autori, dal 30% ad oltre il 60%. La revisione degli studi clinico-epidemiologici alla luce della recente disponibilità di affidabili test diagnostici per i virus epatitici B e C (HBV, HCV), ha posto la necessità di definire meglio i ruoli eziologici dei vari fattori associati all'insorgenza di cirrosi epatica (virus, alcol, alcol+virus, etc).

Certo è che permangono alcune incongruenze che emergono dagli studi epidemiologici e da quelli in laboratorio su animali, che fanno pensare che l'eziologia della cirrosi alcolica sia più complessa di quanto supposto fino ad oggi. In particolare sappiamo che:

- da sempre è noto che una parte (30%?) di etilisti ed abusatori non sviluppa danni gravi al fegato;
- in condizioni sperimentali è possibile indurre danni epatici da alcol in babbuini solo attraverso una qualche manipolazione della dieta di mantenimento;
- sebbene le ricerche epidemiologiche confermino costantemente un rischio di cirrosi epatica maggiore nei bevitori rispetto ai non bevitori, non è completamente dimostrato un effetto dose-risposta, né sempre emerge un rischio in funzione della durata di esposizione;

Tab. 5 - Situazioni in cui è raccomandata l'astensione assoluta dall'uso di alcol

Non bere:

- Se ti senti solo e depresso
- Se ti devi mettere alla guida di un veicolo o usare un macchinario
- Prima e durante l'attività lavorativa
- Se sei a digiuno
- Se sei in gravidanza
- Se hai programmato una gravidanza
- Se prendi farmaci
- Se hai malattie acute o croniche
- Se hai un'età inferiore ai 18 anni
- Se sei un alcolista (in trattamento o in recupero)

d) i tassi di mortalità per cirrosi epatica correlano positivamente con il consumo medio pro/capite nella maggioranza dei Paesi, ma non in tutti.

L'interpretazione di questi dati è complicata dalla scarsa conoscenza della storia naturale della malattia epatica e come questa si modifica in funzione delle variazioni dei pattern alcolici che avvengono durante la vita dei pazienti. Infine vi sono altri aspetti, che andranno ulteriormente definiti per comprendere meglio il danno epatico da alcol, come per esempio: i fattori di predisposizione individuale su base genetica; il tipo di bevanda alcolica assunta; le modalità di consumo (ai pasti, fuori pasto, tutti i giorni, concentrato in pochi giorni alla settimana); il tipo di alimentazione (molto differenziata a livello dei vari Paesi e come è il caso dell'Italia anche tra regione e regione).

Le parziali informazioni disponibili in Italia sembrano confermare una discreta variabilità del rapporto tra consumi di alcol e cirrosi epatica. In accordo all'elevato livello di consumo pro/capite ed al suo andamento decrescente nel tempo, l'Italia si colloca a livello internazionale tra i paesi ad alto rischio per cirrosi epatica, con tassi in discesa negli ultimi anni (-30% nel periodo 1980-1990).

Non altrettanto si può dire per la distribuzione geografica regionale, che, mostra una interessante anomalia epidemiologica, seppure oggi un po' meno evidente del recente passato: le regioni del centro Italia (in particolare Marche, Umbria e Toscana) si trovano in coda alla classifica nazionale dei tassi di mortalità per cirrosi epatica, nonostante siano tra i primi per consumo di alcol, in particolare di vino (Figura 3). Anche un modello statistico abbastanza originale ha stimato che nel centro Italia la proporzione di epatopatie dovuta all'alcol è inferiore alle altre aree. Anche una nostra analisi riferita alla regione Toscana, ha evidenziato che l'area a minor rischio di cirrosi epatica e di mortalità alcol correlata è proprio quella rurale vitivinicola dove avevamo registrato consumi medi pro/capite di alcol tra i più elevati mai pubblicati in Italia.

Tab. 6 - Sintesi sul grado di confidenza sulla relazione causale tra alcol ed alcune cause di morte (ICD-IX) correntemente utilizzate in letteratura per la stima della mortalità alcol-correlata.

Causa di morte	Grado di confidenza sulla relazione causale
Tubercolosi dell'apparato respiratorio	incerto, ma probabile
Tumore del labbro/cavità orale/faringe	certo
Tumore dell'esofago	certo
Tumore del fegato	certo
Tumore della laringe	certo
Tumore della mammella femminile	incerto
Tumore del colon	incerto
Tumore del retto	incerto ma probabile
Tumore dello stomaco	no
Polmonite ed influenza	incerto, ma poco probabile
Ipertensione essenziale	certo (ad alti consumi)
Malattie cerebrovascolari	quasi certo (ad alti consumi)
Coronaropatie	certo (ad alti consumi), ma anche protettivo a moderati consumi
Diabete mellito	incerto
Cirrosi epatica e malattie croniche del fegato	certo
Pancreatite acuta	incerto
Pancreatite cronica	incerto, ma probabile
Incidenti stradali	certo
Altri incidenti con veicoli	certo
Altri tipi di incidenti	certo
Sucidi	incerto, ma probabile
Omicidi	incerto, ma probabile
Psicosi alcolica, sindrome di dipendenza dall'alcol, cardiomiopatia alcolica, avvelenamento da alcol, gastrite alcolica, epatite alcolica acuta	ovviamente certo

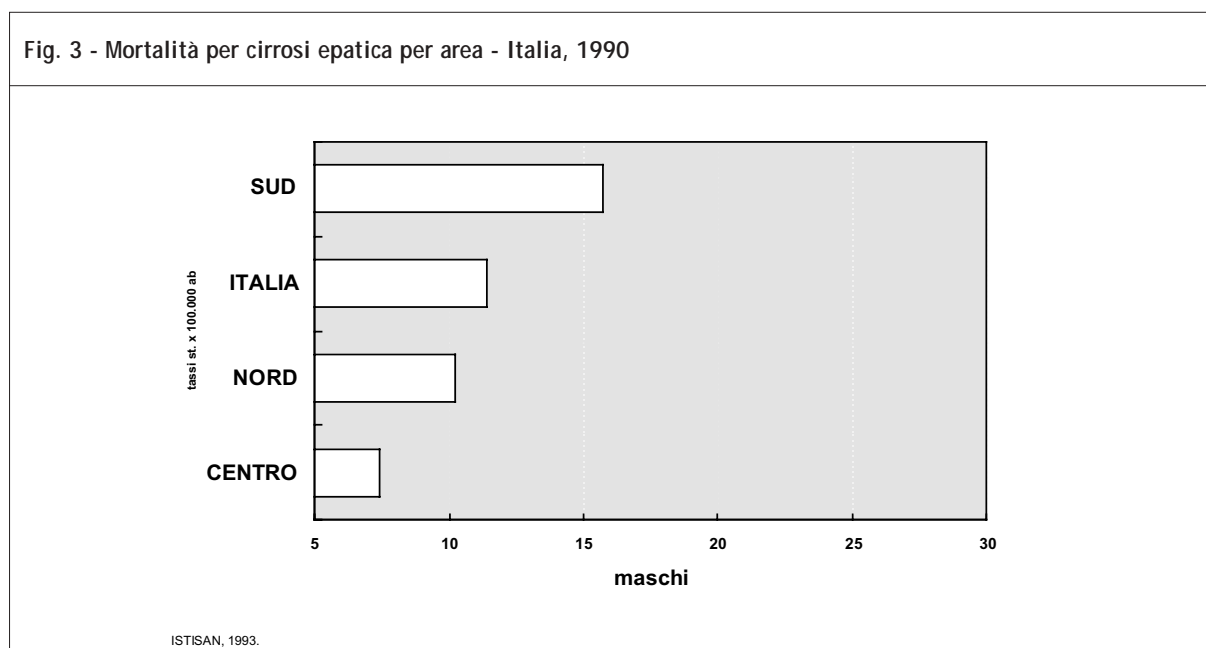
Mortalità alcol-correlata (MAC)

Se utilizziamo i codici delle cause di morte (ICD-IX) in cui si fa esplicito riferimento all'eziologia alcolica, i decessi causati dall'alcol secondo le fonti ufficiali non arriverebbero a 500 unità. Con metodi epidemiologici che fanno parzialmente riferimento al rischio relativo, alla frazione eziologica ed al rischio attribuibile di popolazione, in accordo alle procedure proposte da altri Istituti internazionali, abbiamo invece calcolato che nel 1990 in Italia si sarebbero verificati al minimo 18.000 decessi a causa dell'uso ed abuso di alcol (al massimo 28.000), di cui circa 13.000 nei maschi e 5.000 nelle femmine, equivalenti al 3,3% della mortalità per tutte le cause (4,6% nei maschi; 2% nelle femmine). Il che equivale alla perdita di oltre 200.000 anni di vita potenziali (162.000 nei maschi e 38.000 nelle femmine). Secondo autori più vicini al mondo commerciale delle bevande alcoliche, i morti da alcol potrebbero essere un po' meno (circa 16.000), ma per un gruppo di esperti della Società Italiana di Alcolologia, molti di più (44.000).

Tra le singole cause di morte alcol-correlate, le patologie cronic-degenerative, come i tumori e la cirrosi epatica, rappresentano circa il 65% del totale della MAC, mentre il rimanente 35% è causato da eventi traumatici, in particolare dagli incidenti stradali (17,5% della MAC) (Tabella 7). Nei paesi nordici invece la proporzione tra eventi cronici ed acuti tende ad essere invertita. A parità di quantità assunte nel corso di una settimana 'tipo', il consumo giornaliero prolungato negli anni tipico dei paesi mediterranei favorisce lo sviluppo di danni biologici d'organo, mentre quello concentrato per singole occasioni, tipico del mondo anglosassone, crea le condizioni per eventi traumatici di ogni tipo.

Nel periodo 1980-1990 la MAC è diminuita in Italia di circa il 17% in entrambi i sessi, in accordo al contemporaneo decremento del consumo di alcol. La variabilità regionale della MAC (Tabella 8), conferma l'osservazione già fatta per la cirrosi epatica, secondo cui nelle regioni del centro fattori diversi dall'alcol e dai virus epatitici sembrano limitare il rischio di patologie alcol-correlate. D'altra parte, anche se avessimo utilizzato la nostra stima più alta di decessi causati dall'alcol (28.000, pari al 5% della mortalità totale), il dato italiano è incongruentemente basso rispetto a quello riscontrato in paesi nord europei ed americani (circa 6%) dove pure in termini assoluti si beve di meno. Ciò suggerisce di nuovo che il pattern mediterraneo sembra essere in qualche modo meno dannoso di quello nordico. Se questo ottimismo si riferisce alla possibilità di capire meglio i meccanismi biologici del danno epatico da alcol, in termini di sanità pubblica non deve far dimenticare che stiamo ragionando di numeri assoluti di decessi che ruotano intorno alle 20.000-30.000 unità, sufficienti a porre il problema alcol tra le priorità assolute di interventi di prevenzione collettiva.

Il termine 'strage' utilizzato spesso nei mass media per richiamare l'attenzione al problema, non è dunque del tutto improprio.



Tab. 7 - Mortalità alcol-correlata in Italia nel 1990. Numero assoluto di decessi per ciascuna patologia alcol-correlata e percentuale dei decessi alcol-correlati, per entrambi i sessi.

CODICE ICD-9	DIAGNOSI	MASCHI		FEMMINE		MASCHI+FEMMINE		
		N	%	N	%	N	%	
011-012	Tubercolosi dell'apparato respiratorio	111	0,9	47	0,9	158	0,9	0,9
140-149	Tumore di labbro/cavità orale/faringe	1604	12,4	385	7,6	1989	11,0	
150	Tumore dell'esofago	1183	9,1	301	5,9	1484	8,2	40,8
155	Tumore del fegato e delle vie biliari intraepatiche	1933	14,9	1137	22,3	3070	17,0	
161	Tumore della laringe	783	6,0	41	0,8	824	4,6	
291	Psicosi alcolica	21	0,2	3	0,06	24	0,1	
303	Sindrome di dipendenza alcolica	272	2,1	43	0,8	315	1,8	
305.0	Abuso alcolico	15	0,1	0	0,0	15	0,1	
357.5	Polineuropatia alcolica	4	0,0(3)	1	0,02	5	0,02	2,1
425.5	Cardiomiopatia alcolica	9	0,1	2	0,04	11	0,1	
535.3	Gastrite alcolica	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
E860.0,E860,1	Avvelenamento alcolico	1	0,0(1)	1	0,02	2	0,0(1)	
790.3	Iperalcolemia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
571	Cirrosi ed altre patologie croniche del fegato	2829	21,9	1430	28,1	4259	23,6	23,6
E810-E825	Incidenti automobilistici	2259	17,5	679	13,3	2938	16,3	16,3
E826,E829	Altri incidenti stradali	5	0,0(4)	1	0,04	6	0,03	
E830-E838	Incidenti del trasporto marittimo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
E840-E845	Incidenti del trasporto aereoospaziale	7	0,1	2	0,03	9	0,05	
E880-E888	Cadute accidentali	351	2,7	605	11,9	956	5,3	
E890-E899	Incidenti causati dal fuoco	21	0,2	14	0,3	35	0,2	6,2
E910	Annegamento	40	0,3	9	0,2	49	0,3	
E901, E911, E917, E920, E922, E980	Altri incidenti	50	0,4	10	0,2	60	0,3	
E950-E959	Suicidi	787	6,1	301	5,9	1088	6,0	10,1
E960-E969	Omicidi	652	5,0	84	1,6	736	4,1	
	Tutte le cause alcol-correlate	12937	100,0	5096	100,0	18033	100,0	100,0

Tab 8 - Mortalità alcol-correlata (MAC) in Italia nel 1990, per sesso e regione geografica. Per ogni regione sono riportati: numero decessi correlati, tasso grezzo di MAC (x 100.000 ab.), tasso standardizzato per età di MAC (Popolazione standard: Italia 1981 x 100.000 ab.); confidenza al 95% del tasso standardizzato, significatività statistica (P) del tasso standardizzato e percentuale di decessi alcol-correlati sul totale dei cause.

REGIONE	MASCHI						FEMMINE					
	N. Decessi	TASSO GREZZO X 100.000 AB	TASSO STAND. X 100.000 AB	Limiti di confiden. 95%	P	% MAC su totale decessi	N. Decessi	TASSO GREZZO X 100.000 AB	TASSO STAND. X 100.000 AB	Limiti di confiden. 95%	P	% MAC su totale decessi
PIEMONTE	176	55,7	45,7	43,0-48,3	N.S.	4,7	504	22,5	17,3	13,1-15,8	*	2,0
VALLE DAOSTA	70	121,4	108,1	82,3-134,0	*	10,8	7	16,2	13,8	3,8-20,8	N.S.	1,4
LOMBARDIA	2479	57,6	53,7	51,6-55,9	*	5,7	966	20,9	18,1	14,0-16,0	*	2,3
TRENTINO A.A.	285	65,8	65,4	57,5-73,3	*	6,9	81	18,0	15,5	10,1-16,2	N.S.	2,1
VENETO	1382	64,9	60,7	57,5-64,0	*	6,5	486	21,5	18,9	14,6-17,6	*	2,5
FRULLI V.G.	506	88,2	72,4	65,0-78,8	*	6,8	217	34,2	25,8	18,9-25,4	*	3,0
LIGURIA	441	53,8	39,2	35,4-43,0	N.S.	3,8	212	23,5	15,4	10,8-14,6	N.S.	1,9
EMILIA R.	883	46,7	36,5	34,0-39,0	**	3,9	373	18,3	13,8	10,3-12,8	N.S.	1,8
TOSCANA	753	43,9	34,1	31,6-36,7	**	3,7	328	17,7	13,0	9,4-11,9	**	1,7
UMBRIA	170	43,1	33,9	28,7-39,1	**	3,7	66	15,7	12,2	7,5-12,7	N.S.	1,6
MARCHE	217	31,2	25,8	22,3-29,4	**	2,9	91	12,3	10,0	6,5-10,2	**	1,4
LAZIO	835	33,3	31,3	29,2-33,5	**	3,6	374	14,1	13,4	9,7-11,9	**	1,8
ABRUZZI	246	39,7	35,2	30,7-39,7	**	3,9	94	14,2	12,2	7,7-11,9	**	1,6
MOIUSE	59	35,8	31,3	23,9-39,6	**	3,6	20	11,7	9,2	4,1-11,3	**	1,3
CAMPANIA	884	30,8	34,5	32,2-36,9	**	3,9	403	13,7	16,1	11,7-14,3	N.S.	1,9
PUGLIA	673	33,9	35,5	32,7-38,2	**	4,3	255	12,3	13,4	9,5-12,2	N.S.	1,8
BASILICATA	128	42,2	38,7	31,8-45,5	N.S.	4,4	34	11,0	11,0	5,9-12,1	**	1,4
CALABRIA	524	49,3	50,1	45,7-54,5	*	5,9	136	12,2	12,7	8,6-12,3	N.S.	1,7
SICILIA	819	32,4	32,0	29,8-34,3	**	3,5	323	12,2	12,5	9,1-11,4	**	1,5
SARDEGNA	407	49,8	50,5	45,5-55,5	*	5,7	126	15,0	15,8	10,5-15,1	N.S.	1,2
ITALIA	12937	46,2	42,4	41,6-43,1	-	4,6	5096	17,2	15,2	12,2-13,0	-	2,0

P: significatività statistica

*: significativamente maggiore del tasso nazionale (P<.05)

** : significativamente minore del tasso nazionale (P<.05)

N.S.: non significativo

Alcol e malattie cardiovascolari

Malattie cardiovascolari

Nel gruppo delle malattie cardiovascolari è opportuno distinguere le malattie coronariche da quelle cerebrovascolari e nell'ambito di queste ultime tra l'infarto cerebrale (85% di tutti gli accidenti cerebrali) e le emorragie cerebrali (circa il 15%).

Per quanto concerne le malattie coronariche, la quasi totalità degli studi epidemiologici mostrano che un "consumo moderato" di alcol sottoforma di vino, birra o liquori è associato ad una minor frequenza della malattia rispetto ai non-bevitori (andamento a "J" della curva di mortalità). I risultati degli studi ecologici, caso-controllo e prospettici sono tra loro coerenti e consistenti.

Dai numerosi studi sulla relazione tra alcol e malattie cerebrovascolari si può dedurre che:

- (1) non vi è una chiara relazione tra quantità di alcol e rischio di malattia cerebrovascolare nel suo complesso, ad eccezione di un modesto aumento ad alti livelli di consumo;
- (2) emerge un'associazione positiva tra consumo abituale di alcol ed emorragia cerebrale ad alti livelli di consumo;
- (3) non vi è un generale consenso né nell'affermare un aumento dell'infarto cerebrale con il consumo di alcol, né nell'affermare che il rischio si riduce nei moderati bevitori.

Le osservazioni riportate sono ritenute valide sia per gli eventi fatali che per quelli non fatali in quanto parte degli studi hanno considerato solo i primi, parte i secondi, parte ambedue. Sono state notate alcune differenze, ma queste ad oggi non permettono di trarre conclusioni.

Soglie di consumo di alcol e malattie cardiovascolari

Si ritiene che la prova definitiva che l'alcol in quantità moderate risulti protettivo per le malattie cardiovascolari non potrà mai essere raggiunta. Sarebbe necessario a questo fine uno studio epidemiologico che metta a confronto un gruppo di trattati, con alcol, ed un gruppo di controllo, studio impossibile sia per ragioni etiche che per difficoltà metodologiche.

Vi sono degli studi che hanno analizzato i meccanismi attraverso i quali l'alcol può agire sul sistema cardiovascolare e che hanno rilevato: un aumento del trasporto inverso del colesterolo attraverso il livello delle HDL (High Density Lipoprotein); una minore aggregabilità delle piastrine nel sangue, primo fattore implicato nella trombosi; un'azione sul sistema fibrinolitico.

L'avverbio che più frequentemente si usa nelle raccomandazioni sulla quantità di alcol da assumere è "moderatamente". Che cosa si intende per consumo moderato? La risposta consiste nel determinare la soglia al di là della quale la patologia correlata all'alcol aumenta.

La soglia non può essere determinata soltanto sulla base della patologia coronarica o cardiovascolare in quanto molti studi mostrano che anche a consumi alti (più di 6 bicchieri al giorno, cioè più di 70 grammi di alcol al giorno) la mortalità dovuta a questa patologia non supera la mortalità dei non bevitori. Vanno quindi considerate anche le cause di morte per le quali è stato osservato un andamento crescente con il consumo e la mortalità generale.

Le singole cause di morte contribuiscono alla mortalità con pesi molto diversi a seconda del sesso e dell'età. Infatti, la probabilità di morire per una malattia coronarica di un uomo adulto è molto più alta di quella di un uomo giovane e ancora più alta di quella che caratterizza una donna giovane e ciò si riflette chiaramente nell'associazione tra alcol e mortalità generale. Come si è già discusso in precedenza, non si può quindi definire una soglia valida per tutti, indipendentemente dall'età, dal sesso, dalle eventuali patologie in atto, dallo stato particolare in cui ci si trova o dall'azione che si sta compiendo. Si dovrebbero quindi definire tante soglie quante sono le diverse situazioni.

Preme infine sottolineare che:

1. Secondo l'OMS i PPAC non sono associati solamente alla dipendenza e all'eccessivo consumo, ma nascono anche per il cosiddetto "bere normale" (o moderato), al quale vengono attribuiti una gran parte dei PPAC;
2. non esistono alcune dimostrazioni di efficacia in senso protettivo sulla salute di un'eventuale azione volta a promuovere consumi moderati di alcol;

3. la correzione di altri importanti fattori di rischio (fumo, ipertensione, sovrappeso/obesità, dislipidemie, controllo della malattia diabetica) può efficacemente contribuire ad un maggior abbattimento della mortalità cardiovascolare; per cui le energie delle campagne di prevenzione dovrebbero essere prioritariamente indirizzate verso fattori di rischio sicuramente più importanti rispetto all'invito di sfruttare i potenziali effetti protettivi dell'alcol, che oltre tutto potrebbe rivelarsi un pericoloso boomerang in termini di rischio complessivo per la popolazione.

Morbosità alcol-correlata

Le statistiche sulla diffusione delle patologie in Italia, con eccezione per i tumori, sono assai incerte. Quelle causate dall'alcol praticamente assenti. Mettendo insieme i pezzi di ricerche locali e stime nazionali, si può ipotizzare che gli alcolisti presenti siano circa 500.000 (50.000 i nuovi casi/annui). Rilevazioni condotte con metodiche appropriate in pazienti afferenti agli ambulatori dei medici di medicina generale, risulterebbe che circa il 15% è affetto da una patologia correlabile all'uso ed abuso di alcol, mentre circa il 5% sarebbe un alcolista. Per il tipo di selezione della casistica, il dato potrebbe essere sovrastimato rispetto alla diffusione nella popolazione generale. Gli etilisti sarebbero circa il 5% dei soggetti ricoverati in ospedali, mentre nel 15% circa dei ricoveri ci sarebbe una qualche responsabilità dell'alcol. Pur con grossolana approssimazione, alcuni autori hanno calcolato che le giornate di degenza attribuibili all'uso ed abuso di alcol sarebbero tra i 2,4 e 2,8 milioni a livello nazionale. Di queste circa 2 milioni sarebbero dovute a malattie, oltre 500.000 ad incidenti stradali, circa 180.000 ad incidenti domestici, e circa 100.000 ad infortuni sul lavoro.

Ignoto anche il numero dei portatori di malattie epatiche da alcol. Secondo i dati dell'ISTAT, nel 1991, 2 italiani su 1000 dichiarano di essere affetti da una malattia cronica del fegato. Se i risultati di una recente indagine di popolazione condotta nel nord Italia potessero essere riportati a livello nazionale, i malati di cirrosi epatica sarebbero in Italia oltre 700.000, mentre quelli portatori di epatite cronica e cirrosi ad eziologia alcolica o mista alcolica e virale sarebbero circa 500.000. Interessante notare che la stessa ricerca evidenzia un rischio maggiore di danno epatico nei consumatori di vino bianco, soprattutto fuori dai pasti, rispetto al vino rosso. La prevalenza di epatopatie, non necessariamente da alcol, riscontrata nella popolazione adulta generale a Firenze (1977) e Vicenza (1987) è di circa il 10%.

Prospettive future (disabilità alcol-correlata ed indicatori non biologici di danno da alcol)

Le conseguenze legate all'uso di alcol riguardano le aree biologica, psicologica, sociale, relazionale e familiare. È oramai acquisito, da parte degli operatori del settore, che le conseguenze biologiche rappresentano solo una parte (forse la meno rilevante!) dei danni alcol-correlati. Tuttavia sappiamo quanto sia difficile quantificare il peso dei danni non biologici da alcol (insufficienza e/o mancanza di indicatori specifici) e quanto questo possa incidere pesantemente nelle stime complessive dei costi.

Comunque è interessante rilevare come la maggioranza dei ricercatori nel campo dell'epidemiologia alcolologica, pur effettuando studi che nello specifico sono pregevoli, il più delle volte forniscano una semplificazione della valutazione dell'impatto dell'alcol in termini di salute pubblica focalizzando sostanzialmente la propria attenzione sui soli aspetti biologici e trascurando grossolanamente quelli psicologici, sociali, familiari e relazionali. Inoltre avviene molto spesso che un discreto grado di semplificazione e di discordanza si possa osservare anche quando vengano considerati i soli indicatori biologici (come si è già visto).

Le più recenti stime dell'OMS suggeriscono che se l'uso di alcolici di per sé (escludendo dal computo le patologie parzialmente alcol-correlate, come per esempio la cirrosi epatica), nei paesi industrializzati, rappresenta una importante causa di morte (circa il 1,2% della mortalità generale sarebbe legata all'uso di alcol), il peso che gioca in termini di disabilità (anni di vita vissuti da disabili; anni di vita persi "pesati" per disabilità complessiva) diventa notevolissimo (circa il 15% degli anni di vita vissuti da disabili e circa il 10% degli anni di vita persi "pesati" per disabilità complessiva) (vedere tabella 9). Le stesse stime suggeriscono che questi dati potrebbero non modificarsi in maniera significativa nei prossimi 25 anni (tabella 10).

Le prospettive future, sia in termini di ricerca, sia di prevenzione, ma anche di trattamento, dovrebbero puntare, anche in sintonia con le posizioni dell'OMS (Piano d'Azione Europeo sull'Alcol), proprio su una maggior attenzione ai danni non biologici da alcol considerando da un lato il concetto dei macrocosti

(per esempio la disabilità), dall'altro quello dei microcosti (multidimensionalità della sofferenza delle famiglie: disagio dei figli, rendimento scolastico, giornate di lavoro perse dai familiari al di là dei ricoveri, etc.).

Tab. 9 - Peso globale di alcuni importanti fattori esogeni di malattia nei Paesi Industrializzati, 1990 (OMS - Ginevra, 1996)

Fattore	% di decessi sul totale	% di anni di vita persi sul totale	% di anni vissuti da disabili sul totale	% disabilità aggiustata per anni di vita persi sul totale
Uso di tabacco	14,9	16,0	7,4	11,7
Uso di alcol	1,2	5,1	15,6	10,3
Uso di droghe	0,4	1,4	3,3	2,3

Tab. 10 - Peso globale di alcuni importanti fattori esogeni di malattia e di alcune importanti malattie nel mondo (importanza relativa espressa in DALYs), 1990 (OMS - Ginevra, 1996).

Sostanza/patologia	Mondo			Paesi industrializzati		
	Tot.	Mas.	Fem.	Tot.	Mas.	Fem.
Uso di alcol	1,2	2,0	0,3	4,7	7,2	1,7
Uso di droghe	0,4	0,6	0,2	1,5	2,1	0,8
HIV	0,8	1,0	0,6	1,3	2,0	0,4
Cirrosi	1,0	1,3	0,6	1,6	2,0	1,1
Tumori Maligni	5,1	5,4	4,8	15,0	15,2	14,8
CVD	9,7	9,7	9,6	18,6	19,0	18,0
Incidenti stradali	2,5	3,5	1,4	4,4	5,7	2,7
TBC	2,8	3,0	2,5	0,1	0,2	0,1
Guerre	1,5	1,6	1,3	0,0	0,0	0,0

Stima del peso globale di alcuni importanti fattori esogeni di malattia e di alcune importanti malattie nel mondo (importanza relativa espressa in DALYs). 2020 (OMS - Ginevra, 1996).

Sostanza/patologia	Mondo			Paesi industrializzati		
	Tot.	Mas.	Fem.	Tot.	Mas.	Fem.
Uso di alcol	1,7	2,5	0,5	4,5	6,6	1,6
Uso di droghe	0,6	0,8	0,2	1,4	1,8	0,8
HIV	2,6	2,6	2,7	2,3	3,4	0,8
Cirrosi	1,2	1,5	0,7	1,6	2,0	1,1
Tumori Maligni	9,9	10,8	8,7	17,3	18,3	15,9
CVD	14,7	16,1	12,9	19,4	21,8	16,2
Incidenti stradali	5,1	6,2	3,6	3,6	4,1	3,0
TBC	3,1	2,9	3,3	0,1	0,1	0,0
Guerre	3,0	3,0	2,9	0,0	0,0	0,0

Bibliografia

1. World Drink Trends. Productschap voor Gedistilleerde Dranken. NTC Publications, Henley on Thames, 1996.
2. CIPRIANI F, ALLAMANI A. *I fattori di rischio: l'alcol*. In: Geddes M (Ed), La salute degli italiani - Rapporto 1990, pp 137-169, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1990.

3. ALLAMANI A, CIPRIANI F, ORLANDINI D. *Alcologia in Italia. Una prospettiva epidemiologica*. *Alcologia (Suppl)*, 5, 2, 1993.
4. CIPRIANI F, BALZI D, SORSO B, BUIATTI E. *Variabilità geografica della mortalità alcol-correlata in Italia nel periodo 1980-1990*. *Epidemiologia e Prevenzione*, 20, 328-38, 1996.
5. CIPRIANI F, MORETTINI A, PENNATI P. In: Geddes M (Ed), *La salute degli italiani - Rapporto 1991*, pp 79-100, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991.
6. CIPRIANI F, ALLAMANI A. *I consumi di alcol in Italia*. In: CISM (Ed), 5° Convegno Nazionale sugli Studi di Mortalità, pp 133-148, Giunta Regionale Toscana, Firenze, 1990.
7. Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcol. Quaderno N. 4: *Alcol: Consumi e Politiche*. Edizioni OTET, Roma, 1993.
8. Istituto Nazionale di Statistica. *Indagine statistica sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari*. ISTAT, Note e relazioni N° 1, 1986.
9. Istituto Nazionale di Statistica. *Stili di vita e condizioni di salute. Indagine multiscopo sulle famiglie*. ISTAT, Argomenti N° 2, 1996.
10. LA VECCHIA C, PAGANO R, NEGRI E. *Determinants of alcohol consumption in Italy*. *Int J Epidemiol*. 16, 295-6, 1987.
11. VESCHUREN PM (Ed). *Health Issues Related to Alcohol Consumption*, ILSI Europe, Brussels, 1993.
12. FARCHI G, FIDANZA F, MARIOTTI S, MENOTTI A. *Alcohol and mortality in the Italian Rural Cohorts of the Seven Countries Study*. *Int J Epidemiol*, 21, 74-81, 1992.
13. *Investing in health research and development*. WHO, Geneva, 1996.