

ALLEGATO 1.

DIPENDENZA DA ALCOL: STORIA, USO E ABUSO

Betti M., Erba A.M., Picchi M.P.C.

ALCOL ETILICO (*ETANOLO*)

Gli alcoli sono composti organici. Esempio comune di alcol è l'**etanolo**, o alcol etilico, una piccola molecola costituita da due atomi di carbonio, estremamente solubile sia nell'acqua che nei lipidi. Grazie alle sue dimensioni ridotte, penetra facilmente fra i tessuti, entrando nel flusso sanguigno piuttosto rapidamente e attraverso di esso si diffonde in tutto l'organismo in breve tempo.

L'etanolo è una sostanza liquida che si forma per fermentazione di alcuni zuccheri semplici o per distillazione del mosto fermentato.

L'alcol etilico, oltre all'acqua, è il principale componente delle bevande alcoliche. Altri principi nutritivi (vitamine, sali minerali, proteine, zuccheri) sono presenti solo in tracce; per questa ragione le bevande alcoliche non possono essere considerate un alimento.

Pur possedendo un elevato valore calorico (7 Kcal per grammo, inferiore solo ai grassi), non è utilizzabile dall'organismo per il lavoro muscolare, ma solo per il metabolismo di base, risparmiando sull'uso di altri principi nutritivi quali grassi e zuccheri (per questo fa ingrassare).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) classifica l'alcol fra le droghe.

È una droga giuridicamente legale, ma è una sostanza molto tossica per la cellula epatica e può essere causa di dipendenza. Come tutte le droghe, ha un potere psicoattivo (è in grado cioè di modificare il funzionamento del cervello). La sua assunzione protratta nel tempo induce assuefazione (per ottenere lo stesso effetto bisogna aumentare la dose).

L'alcol è il terzo fattore di rischio per i decessi e per le invalidità in Europa e il principale fattore di rischio per la salute dei giovani.

Bevande alcoliche

Le bevande alcoliche si distinguono in due categorie:

- **bevande fermentate**
- **bevande distillate**

Bevande fermentate

Le **bevande fermentate** sono prodotte dalla trasformazione in alcol degli zuccheri contenuti nell'uva, in altri frutti o nei cereali. Di solito le bevande fermentate non possono avere un grado alcolico superiore a 16°, poiché oltre tale gradazione l'alcol blocca l'azione dei lieviti responsabili del processo di fermentazione.

Le principali bevande fermentate sono:

- **il vino**, ottenuto dalla fermentazione dell'uva o del succo (mosto) d'uva (gradazione dai 9° ai 15°)
- **la birra**, ottenuta dalla fermentazione del mosto di luppolo, malto, orzo mescolato ad altri cereali (gradazione dai 2° ai 7°)
- **il sidro**, ottenuto dalla fermentazione del succo di mele o di pere (gradazione dai 4° ai 6,5°).

Bevande distillate

Le **bevande distillate** sono ottenute attraverso il processo della distillazione, che consiste nel portare ad ebollizione una bevanda alcolica, facendone successivamente raffreddare e condensare i vapori (l'alcol evapora ad una temperatura più bassa dell'acqua), in modo da aumentare la concentrazione dell'alcol.

Le bevande distillate si distinguono in:

- **acquaviti o superalcolici**, ottenute dalla distillazione di bevande fermentate (il brandy dal vino, il calvados dal sidro, ecc.), o di altri prodotti che hanno comunque già subito un processo di fermentazione (dalle vinacce la grappa, dai cereali il gin, il whisky e la vodka, dalla melassa il rum), con un'alta gradazione alcolica (dai 40° ai 50°)
- **liquori o digestivi**, ottenuti da miscugli di alcol, più o meno diluito, con essenze o estratti di piante aromatiche e aggiunta di dolcificanti (gradazione dai 15° ai 60°).

L'ALCOL E LA SUA STORIA

L'alcol rappresenta la più antica e la più diffusa sostanza psicotropa.

L'etimologia della parola alcool risale agli Arabi: significa "il meglio di una cosa".

Si ritiene che le prime bevande alcoliche siano comparse sulla Terra più di 20.000 anni fa e che i cacciatori e i coltivatori della preistoria conoscessero già l'effetto disinibente della fermentazione dell'uva e dei cereali.

Molto rapidamente tali bevande divennero protagoniste della vita sociale, culturale e religiosa dell'uomo.

Dal IV millennio a.C., sia i Sumeri che gli Egizi fabbricavano e bevevano vino e birra, usati anche come offerte sacrificali agli dei e medicinali per gli uomini. Anche gli schiavi bevevano birra, durante la costruzione delle piramidi.

Il Codice di Hammurabi, che risale circa al 1800 a. C., riporta alcune leggi che servivano a regolare il commercio del vino nel regno babilonese.

Presso i Celti veniva celebrato il culto del "dio della birra".

Altrettanto antiche sono le bevande alcoliche prodotte in Cina dalla fermentazione del riso.

Birre di mais e di manioca erano molto diffuse tra gli Incas e il *pulque*, ottenuto dalla fermentazione dell'agave salmiana, era già conosciuto nelle civiltà precolombiane.

Altrettanto comune era l'uso delle birre di sorgo e miglio tra le popolazioni africane.

Le bevande alcoliche ebbero inoltre un importante ruolo nelle pratiche religiose di moltissimi popoli: le civiltà precolombiane utilizzavano il Mescal (distillato dall'agave); "vino di palma" o vino "fenicio", era ampiamente impiegato, già nel V secolo a.C., dai Greci, nelle feste religiose dedicate a Dionisio, il Dio del vino e dell'ebbrezza; nella tradizione ebraica, il vino è simbolo della festa e segno di alleanza fra Dio e il popolo eletto.

Il Cristianesimo fece del vino il simbolo del sangue di Gesù.

Nell'antichità, quando l'alimentazione era per lo più a base di cereali, ossia di carboidrati, l'alcol ottenuto dalla loro fermentazione veniva considerato un alimento, in grado di fornire sia liquidi, che calorie.

Prima che la patata si affermasse come alimento di base, nel 700, la birra era un alimento importante nell'alimentazione quotidiana e si produceva soprattutto nei monasteri.

Fino al XIX secolo, l'acqua veniva considerata una bevanda "inadatta" al consumo. Il rifiuto dell'acqua come bevanda è universale nelle civiltà antiche: per gli Egizi, i Babilonesi, gli Ebrei, gli Assiri, i Greci e i Romani, essa poteva provocare malattie o addirittura la morte.

Il motivo di questo rifiuto era semplice: “nel corso dei secoli, l’acqua si era mostrata nociva e capace di provocare malattie acute e croniche, se non addirittura mortali: di conseguenza si evitava di berla, specie se il suo sapore era sgradevole.” (B.L.Vallee, 1994).

I metodi di depurazione dell’acqua erano ignoti e, a differenza di quanto avveniva in Oriente, dove l’acqua era bollita per preparare il tè, i vantaggi derivanti dalla bollitura non erano conosciuti.

Erano quindi il vino e la birra le principali bevande usate da tutti, a prescindere dall’età, anche perché il loro grado alcolico era molto basso e quindi minori gli effetti nocivi.

Conseguentemente, fin dall’antichità, tali bevande furono regolamentate da leggi che ne disciplinavano il consumo e ne condannavano l’abuso.

Nel XVII secolo, il forte aumento del consumo di caffè e tè portò alla diffusione della pratica della bollitura dell’acqua, necessaria per la preparazione di queste bevande, che ebbe come conseguenza di rendere l’acqua meno pericolosa per la salute.

Nell’ottocento divenne evidente l’utilità della bollitura per la potabilizzazione e vennero introdotti i primi sistemi di depurazione dell’acqua corrente: tutto ciò portò ad eliminare le bevande alcoliche dall’uso quotidiano, destinandole ai momenti speciali.

“Per quasi 10.000 anni nell’occidente la birra e il vino, non l’acqua, sono state le principali bevande dissetanti, consumate da tutti quotidianamente e a tutte le età.” (B.L.Vallee, 1994).

La diffusione di bevande alternative e una migliore alimentazione fecero diminuire il consumo di alcol non più così necessario per l’apporto di liquidi e calorie.

In quasi 3000 anni di storia, nel mondo occidentale, non ci furono grandi cambiamenti circa il consumo dell’alcol e l’atteggiamento nei suoi confronti, finché nel 1400 apparve per la prima volta il termine acquavite grazie all’opera di un medico padovano che descrisse in termini dettagliati l’uso della serpentina per ricavarne il distillato.

La scoperta della distillazione provocò la prima importante trasformazione qualitativa e quantitativa nel consumo di alcol da parte dell’uomo.

La distillazione segnò il passaggio dalla birra e dal vino, come elementi nutritivi, al consumo di alcol in quantità tali da richiamare l’attenzione sull’uso dell’alcol stesso. La distillazione fornì il vero e proprio metro di valutazione dell’abuso di alcol e dei suoi effetti negativi.

Erano trascorsi 9000 anni dall’introduzione della fermentazione e della viticoltura.

Dal 1400 in poi, ebbe inizio un’epoca, in cui la crescita dell’economia e l’incremento della ricchezza indussero all’ostentazione dell’agiatezza attraverso grandi mangiate e bevute e favorirono la diffusione di un atteggiamento favorevole al consumo dell’alcol, nonostante gli effetti negativi dell’ubriachezza fossero già riconosciuti e i poteri pubblici cercassero con leggi e sanzioni di combatterla.

Nel 1647, un monaco greco di nome Agapios, documentò per primo l’associazione tra abuso cronico di alcol ed effetti tossici a livello del sistema nervoso e altri disturbi gravi, quali convulsioni, paralisi ed emorragie interne.

Nella Bibbia viene biasimato l’abuso di bevande alcoliche e riformatori come Lutero e Calvino, nella prima metà del 1500, vedevano nel vino più un dono di Dio che non una sostanza da cui astenersi, limitandosi a predicarne la moderazione.

Un atteggiamento di condanna dell’alcol emerse successivamente solo in alcuni ambienti religiosi fondamentalisti come i quaccheri e gli anabattisti; tra il 1500 e il 1600 presero corpo movimenti anti-alcol, soprattutto in Inghilterra, che poi si diffusero nel Nord Europa e nel Nord America.

In Inghilterra, nel 1525, venne varata per la prima volta una legge che vietava l’ubriachezza per ragioni di ordine pubblico e la considerava un crimine.

Anche nel Corano ci sono accenni di condanna all'abuso dell'alcol e su questi accenni alcune società islamiche hanno costruito la proibizione e la condanna sia religiosa che legislativa.

Tra la fine dell'800 e l'inizio del 900, sotto la spinta dei movimenti contrari all'uso dell'alcol, alcuni Paesi sperimentarono la cosiddetta politica "proibizionistica", con l'emanazione di leggi che ne regolavano la vendita e ne proibivano la produzione domestica.

In Europa, la Finlandia promulgò nel 1884 leggi molto severe che regolavano la vendita dei liquori; qualche decennio dopo, gli alcolici vennero proibiti, con la conseguente nascita del mercato nero.

Negli Stati Uniti, la "guerra all'alcol" ebbe inizio nel 1871 nello stato del Maine, con il movimento del proibizionismo che vietava la produzione e lo spaccio di liquori. In seguito, anche in Iowa e in Kansas furono adottate rigide leggi proibizioniste.

Nel 1919 venne approvato il 18 emendamento alla Costituzione degli Stati Uniti, che estendeva a tutto il territorio il divieto di fabbricazione, vendita e consumo di alcol: il "Volstead Act" determinò l'inizio del "proibizionismo americano". Le conseguenze furono gravissime: nascita del mercato nero, gangsterismo, guerre tra i contrabbandieri e le diverse organizzazioni criminali, per conquistare l'ingente giro di affari.

Fu una esperienza fallimentare che aggravò invece di ridurre il problema dell'abuso di alcol: in quegli anni si consumò una quantità di vino tripla rispetto agli anni precedenti.

La legge fu abrogata da F.D. Roosevelt dopo 14 anni, nel 1933.

Piuttosto che la proibizione, la maggior parte delle nazioni ha preferito attuare un controllo sulla produzione e sulla vendita di bevande alcoliche, con leggi e tasse dalle quali si ottengono altissimi proventi.

USO E ABUSO

Metabolismo dell'alcol

Quando una persona assume una bevanda alcolica, l'alcol in essa contenuto viene subito assorbito, senza bisogno di digestione, in parte nello stomaco (20%) ma soprattutto (80%) nel primo tratto dell'intestino e passa direttamente nel circolo sanguigno.

La velocità di assorbimento dipende da vari fattori: aumenta se si è a stomaco vuoto, se si assumono bevande gassate, se le bevande sono ad alta gradazione e in caso di gastrite, mentre è più lento se si è a stomaco pieno, soprattutto se i cibi sono ad alto contenuto di grassi.

Trasportato dal sangue, l'alcol riesce a raggiungere tutti gli organi del nostro corpo, in tempi diversi: dopo 10-15 minuti arriva al fegato, al cervello, al cuore e ai reni, dopo circa un'ora ai muscoli e al tessuto adiposo, dove tende a concentrarsi (è infatti liposolubile).

La biotrasformazione dell'etanolo avviene prevalentemente a livello epatico. Circa il 90% della dose assorbita è metabolizzata dal fegato; una quantità trascurabile è soggetta a biotrasformazione intestinale o ad escrezione diretta nelle urine e nell'aria respirata.

La velocità con cui il fegato riesce a rimuovere l'alcol dal sangue varia da individuo a individuo; in media, per smaltire un bicchiere di una qualsiasi bevanda alcolica l'organismo impiega circa 2 ore.

Se si beve molto alcol in poco tempo, lo smaltimento è più lungo e difficile e gli effetti più gravi.

Finché il fegato non ha completato la sua opera, l'etanolo continua a circolare diffondendosi nei vari organi.

Consumo a basso rischio

Pur rappresentando una sostanza giuridicamente legale, l'alcol è una sostanza psicotropa che, se assunta a dosi elevate, può portare alla dipendenza.

Per questo motivo, le nuove indicazioni italiane definiscono a basso rischio un consumo di:

- 2 unità alcoliche per l'uomo adulto
- 1 unità alcolica per donne adulte e anziani di entrambi i sessi.

La legge 189 del 8 novembre 2012 vieta la vendita e la somministrazione ai minori di 18 anni.

Occorre, inoltre, considerare che alcune modalità di assunzione delle bevande alcoliche, oltre alle quantità assunte, contribuiscono ad aumentare i rischi per la salute:

- bere lontano dai pasti o bere quantità di alcol eccessive in una singola occasione;
- bere in occasioni o contesti che possono esporre a particolari rischi, quali la guida o il lavoro;
- non considerare che la capacità di metabolizzare l'alcol è collegata al genere e all'età della persona.

L'unità alcolica (12 grammi di alcol etilico) corrisponde alla quantità di alcol contenuta in:

- un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione
- una lattina (330 ml) di birra di media gradazione
- un bicchierino (40 ml) di superalcolico.

Ogni unità alcolica consumata apporta mediamente 70 kcal, prive di qualsiasi contenuto nutritivo se non il potere calorico, di cui bisogna, tuttavia, tenere conto, nell'ottica del crescente numero di persone con eccedenza ponderale.

Effetti diretti a breve termine sul Sistema Nervoso Centrale

L'alcol è una sostanza psicoattiva in grado di interferire con le funzioni neuropsichiche e di indurre fenomeni neuroadattivi.

Influisce sul sistema dopaminergico e sul sistema oppioide endogeno, determinando a livello del sistema nervoso centrale un effetto gratificante e rappresentando quindi un notevole stimolo motivazionale al consumo per ottenere gratificazione.

L'alcol, come i barbiturici, fa parte dei depressori non selettivi del Sistema Nervoso Centrale, un gruppo di sostanze capaci di indurre (a dosi crescenti) alterazioni comportamentali progressive, che vanno da un effetto ansiolitico e disinibente, ad uno sedativo-ipnotico, fino al coma e alla morte per depressione dei centri respiratori e cardiocircolatori cerebrali.

L'alcol esplica dapprima un'azione eccitante che, con l'aumento della quantità assunta, si trasforma in depressiva, in particolare sulle funzioni cerebrali che regolano il meccanismo dei controlli inibitori corticali.

Incide poi, in maniera più o meno evidente sugli organi di senso, restringendo il campo visivo, disturbando la visione binoculare e diminuendo la capacità di valutare correttamente i suoni, ma soprattutto compromette la capacità di giudizio.

Ad una condizione reale di minor attenzione, precisione e prontezza nei processi percettivi, corrisponde un'erronea sensazione di maggior affinamento dei sensi, condizione pertanto predisponente agli incidenti.

La stessa euforia determina effetti psicosomatici tali da inibire l'equilibrio psicomotorio e l'autocontrollo; si associano anche disturbi motori causati dall'iniziale accentuazione e dal successivo indebolimento dei riflessi spinali, comportanti l'incertezza nei movimenti, barcollamento e scoordinamento motorio.

Gli stadi dell'intossicazione

Gli effetti indotti dall'assunzione di alcol dipendono in larga misura dalla quantità di alcol assunta. La tabella che segue riassume gli effetti principali prodotti da questa sostanza in relazione alla quantità.

Quantità di alcol puro assunto (ml)	Alcolemia mg/100ml	Stadio	Quadro clinico
< 30	10-50	Sobrietà	Comportamento quasi normale o con variazioni apprezzabili solo con test particolari.
30-40	30-120	Euforia	Stato di ebbrezza, più notevole in caso di ipoglicemia; loquacità.
40-60	90-250	Eccitazione	Instabilità emozionale, diminuzione delle inibizioni. Discorsi incoerenti. Perdita di giudizio critico. Diminuzione della memoria e della capacità di comprensione. Diminuzione delle risposte sensorie e aumento dei tempi di reazione. Incoordinazione motoria apprezzabile (deambulazione incerta).
60-150	180-300	Confusione	Disorientamento, stato confusionale, vertigini. Stati emozionali esagerati (paura, irascibilità, angoscia, ecc.). Salivazione e sudorazione profuse. Disturbi sensoriali (diplopia, midriasi) e percettivi di colore, forma, moto, dimensioni. Ipoalgesia. Ipotermia. Disturbi dell'equilibrio. Incoordinazione motoria. Andatura barcollante. Difficoltà di eloquio.
80-160	270-400	Torpore "stupore alcolico"	Apatia, ipotonia pre-paralitica. Notevole iporeflessia. Notevole incoordinazione motoria, incapacità di stare in piedi e di camminare. Vomito. Incontinenza di feci e urine. Compromissione della coscienza, torpore e sonno.
150-250	350-500	Coma	Perdita della coscienza, complicata da acidosi metabolica. Ipotermia. Incontinenza di feci e urine. Insufficienza circolatoria e respiratoria. Danni epatici, acidosi, dispnea, collasso circolatorio.
>500		Morte	Paralisi respiratoria terminale.

Cima e Rodighiero, 2001. In: Cibir M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. (a cura di). L'Alcoologia. Nell'ambulatorio del medico di medicina generale. Grafiche Leardini Editore, 2001.

Effetti diretti a lungo termine

L'utilizzo prolungato di alcol nel tempo può aumentare il rischio di sviluppare patologie più o meno gravi. Inoltre, all'aumentare delle quantità di alcol, aumenta anche la percentuale di rischio.

Secondo dati forniti dall'OMS, il consumo di 20 grammi di alcol al giorno (pari a circa 2 bicchieri di vino) determina un aumento percentuale di rischio rispetto a chi non assume bevande alcoliche:

- del 100% per la cirrosi epatica
- del 20-30% per i tumori del cavo orale, faringe e laringe
- del 10% per i tumori dell'esofago
- del 14% per i tumori del fegato
- del 10-20% per i tumori della mammella
- del 20% per l'ictus cerebrale.

Degna di nota è, infine, la ridotta capacità di fronteggiare gli stress da parte dei forti consumatori di alcol.

Effetti cronici dell'alcol sul Sistema Nervoso Centrale

Atassia, epilessia, sindrome di Korsakoff (amnesia, disorientamento, disturbi della memoria e dell'ideazione), atrofia cerebrale, demenza (riduzione della memoria, dell'ideazione, dell'affettività e della creatività) (*"Brunetto G.P., Candio D., Filippini D., Zermiani M. "ALCOL -Informazioni dalla ricerca." Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona, 2008.*).

Alcol e farmaci

L'alcol interferisce con l'azione di molti farmaci, alterandone l'effetto in maniera spesso imprevedibile, dando origine a reazioni indesiderate e/o a riduzione o potenziamento dell'effetto; inoltre, alcuni farmaci vengono metabolizzati nel fegato attraverso i medesimi enzimi che trasformano la molecola dell'alcol.

Assumere alcolici insieme ai farmaci, sovraccarica il fegato, provocando un rallentamento dello smaltimento sia dell'alcol che del principio attivo del farmaco, con conseguenti fenomeni di sovradosaggio che possono risultare pericolosi.

L'alcol

- **potenzia** l'effetto di ansiolitici, antidepressivi, sedativi, barbiturici
- **riduce** l'effetto di antiipertensivi, farmaci per il diabete e per il cuore
- produce una **reazione tossica** con gli antibiotici, i sulfamidici, gli antimicotici e gli antiparassitari.

Effetti dell'alcol sulla guida

Le sostanze psicoattive in generale influenzano la capacità di attenzione, di concentrazione e i tempi di reazione agli stimoli. La stretta e progressiva correlazione fra concentrazioni ematiche di alcol (Blood Alcohol Concentration - BAC) e gli effetti tossici e comportamentali sull'individuo, la disabilità e i sinistri stradali è ormai confermata da numerosi studi epidemiologici e di interazione uomo-macchina. Per questo motivo mettersi alla guida di un veicolo dopo aver assunto bevande alcoliche è estremamente rischioso.

A seguito di assunzione di sostanze alcoliche insorgono disturbi alla vista, a causa della riduzione della visione laterale (visione a tunnel) e di una ridotta capacità di adattamento alla visione notturna. L'alcol rende difficoltosa la coordinazione dei movimenti e aumenta i tempi di reazione; i movimenti e gli ostacoli sono percepiti con notevole ritardo.

L'alcol crea un senso di benessere, di sicurezza ed euforia, che porta a sopravvalutare le proprie capacità e ad affrontare rischi che in situazioni normali non verrebbero mai corsi; riduce, inoltre la

capacità di fronteggiare nuovi problemi ed emergenze, compromette le capacità di vigilanza e induce sonnolenza.

Il rischio di incidente stradale aumenta in modo esponenziale all'aumentare della concentrazione di alcol etilico nel sangue (alcolemia). Posto pari a uno il rischio di incidente stradale in condizioni di sobrietà diventa 11 volte superiore con un'alcolemia compresa tra 0,5 g/l e 0,9 g/l.

Un altro fattore che aumenta il rischio di incidente stradale è determinato dall'età: il rischio di incidenti gravi o mortali dovuti all'alcol è più alto nei giovani, probabilmente anche a causa dell'inesperienza. Con un tasso alcolemico elevato, ad esempio 1 g/l, automobilisti di 35-54 anni incorrono in un rischio di incidente 3-4 volte più elevato di un conducente sobrio; per gli automobilisti di 25-34 anni, il rischio sale a 6-7 volte, per quelli di 18-24 anni, arriva a 15 volte. Infine, la probabilità di incidente nelle ore notturne dei fine settimana è 380 volte maggiore per i soggetti con alcolemia superiore a 1,5 g/l, rispetto a quelli in condizioni di sobrietà.

Classificazione	Alcolemia g/l	Effetti
Stato infraclinico	<ul style="list-style-type: none"> • 0,2 • 0,4 	<ul style="list-style-type: none"> • Tendenza a guidare l'automobile in modo più rischioso. • Rallentamento delle capacità di elaborazione mentale delle percezioni.
Euforia	<ul style="list-style-type: none"> • 0,5 • 0,7 	<ul style="list-style-type: none"> • Riduzione della facoltà visiva laterale e difficoltà a vedere i segnali stradali, le luci di frenata e dei semafori. • Forte prolungamento dei tempi di reazione, da 0,75 sec. a 1,5 sec.
Stato di ebbrezza	<ul style="list-style-type: none"> • 0,8 • 0,9 • 1-1,5 	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacità di adattamento all'oscurità. • Compromissione della valutazione di percezioni visive simultanee. • Chiari segni clinici: iniziali disturbi psicomotori nella maggior parte delle persone.
Stato di ubriachezza	<ul style="list-style-type: none"> • 1,5-2 	<ul style="list-style-type: none"> • Incoerenza, mancanza di autocritica e di coordinazione motoria, evidenti nell'80% delle persone.
Ubriachezza profonda	<ul style="list-style-type: none"> • 2-3 	<ul style="list-style-type: none"> • Insensibilità al dolore, visione doppia, rallentamento grave dei riflessi, disturbi dell'equilibrio, confusione mentale, vomito, incontinenza sfinterica.
Alcolemia mortale	<ul style="list-style-type: none"> • 3-5 	<ul style="list-style-type: none"> • Soglia variabile da individuo a individuo: mancanza di sensibilità e dei riflessi, stato di incoscienza, pericolo di morte per paralisi respiratoria.

Diffusione dell'alcolismo

Nel mondo occidentale tra il 10% ed il 15% della popolazione adulta ha problemi di alcolismo, con ampie oscillazioni dei valori dovute alla scarsità delle ricerche epidemiologiche e alla difficoltà di individuare gli alcolisti.

A livello internazionale si è assistito ad un continuo aumento della produzione di bevande alcoliche nel periodo 1960-1980 e ad un successivo periodo di stabilità.

Negli anni '90 la produzione di birra, in continua espansione, ha superato quella di vino, in costante diminuzione.

A metà degli anni '90, Italia, Francia e Spagna erano i maggiori produttori di vino; Usa, Cina e Germania erano i maggiori produttori di birra.

Come per il tabagismo, la tendenza mondiale vede uno spostamento del consumo di alcolici verso i Paesi del Terzo mondo.

In **Italia**, il calo del consumo di vino è stato significativo: dagli oltre 115 litri annui degli anni '60, ai 60 litri degli anni 2000; senza campagne nazionali di prevenzione, la vendita di vini si è dimezzata, pur restando la bevanda prevalente (circa l'80% contro il 20% di birra e liquori).

USO SOCIO-CULTURALE DELL'ALCOL

La cultura italiana, insieme ad altre culture indoeuropee, è stata da sempre favorevole al consumo di bevande alcoliche, giudicate un elemento conviviale e aggregativo nelle occasioni di festa, nonché un modo per sottolineare gli eventi significativi della vita di un individuo, di una famiglia, di un gruppo.

Tale associazione "festa-alcol" ha, tuttavia, contribuito, nel tempo, a determinare nelle persone una scarsa percezione della sottile linea di confine che distingue il bere sociale dal bere a rischio.

Il consumo di un bicchiere di vino a tavola può essere considerato in Italia, come in molti Paesi occidentali, parte integrante dell'alimentazione e in generale della vita sociale.

Nel corso degli anni, tuttavia, a fianco del consumo tradizionale, sono comparsi nuovi modelli di assunzione dell'alcol, come, ad esempio, l'ingestione episodica di grandi quantità di alcolici soprattutto lontano dai pasti.

Questa nuova modalità, caratterizzata da poli-consumo indiscriminato di vecchie e nuove bevande alcoliche e superalcoliche, ha modificato radicalmente le tradizioni mediterranee del bere sociale, creando notevoli problemi sociali e sanitari.

Dal punto di vista culturale, l'Italia sta acquisendo modelli di assunzione anglosassoni: il cosiddetto "bevitore urbano", che consuma bevande alcoliche, allo scopo di alleviare tensione e stress della vita quotidiana.

Ogni generazione ha la sua bevanda prevalente: il vino per gli anziani e gli adulti, la birra e gli aperitivi alcolici per i giovani e i giovanissimi. Tra le abitudini emergenti, risalta il consumo fuori pasto, diffuso nei luoghi di aggregazione, soprattutto tra le giovani generazioni.

In quest'ambito, particolarmente allarmante risulta il fenomeno del *binge drinking*, ossia l'assunzione di numerose unità alcoliche al di fuori dei pasti e in un breve arco di tempo. Tale modello, derivato dalla cultura anglosassone, sta avendo sempre maggiore diffusione come modalità del bere giovanile. A partire dal 2003, questo fenomeno si è diffuso stabilmente tra i giovani e i giovanissimi, registrando un costante aumento in entrambe i sessi e raggiungendo, nel 2015, una percentuale pari a 10,8% tra i maschi e 3,1% tra le femmine di età superiore a 11 anni (oltre 3.700.000 *binge drinker* di età superiore a 11 anni, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione).

Le percentuali di *binge drinker* sia di sesso maschile che femminile aumentano nell'adolescenza e raggiungono i valori massimi tra i 18-24enni (M=22,2%; F=8,6%); oltre questa fascia di età le percentuali diminuiscono nuovamente. La percentuale di *binge drinker* di sesso maschile è statisticamente superiore a quella di sesso femminile, in ogni classe di età, ad eccezione degli adolescenti: proprio quella fascia di popolazione, per la quale la percentuale dovrebbe essere zero, a causa del divieto per legge della vendita e somministrazione di bevande alcoliche al di sotto della maggiore età.

La prevalenza dei consumatori a rischio, elaborata attraverso l'indicatore di sintesi (consumo abituale eccedentario e *binge drinking*) dall'Istituto Superiore di Sanità, è stata nel 2015 del 23% per

uomini e dell'9% per donne di età superiore a 11 anni, per un totale di quasi 8.500.000 individui (M=6.000.000, F=2.500.000), rendendo l'alcol la prima causa di morte e il primo fattore di invalidità, e malattia cronica per i giovani tra i 15 e i 29.

I comportamenti dei giovani vanno monitorati con particolare attenzione, proprio in quanto possono causare conseguenze sia a livello sanitario, come condizioni patologiche estreme quali intossicazione acuta alcolica e alcolodipendenza, sia a livello psicosociale come peggioramento del rendimento scolastico, diminuzione o cessazione della frequenza scolastica, manifestazioni di aggressività, violenza, deterioramento delle relazioni sociali e difficoltà a livello di gestione delle emozioni.

Tra le persone di mezza età e gli anziani, il tipo prevalente di consumo è costituito dall'assunzione abituale di vino, soprattutto durante il pasto, che supera però le quantità raccomandate (59,6% degli uomini e 83,1% delle donne).

La presenza molto elevata di anziani tra i consumatori non moderati va anche messa in relazione con la possibile non conoscenza da parte di questo segmento di popolazione della quantità di alcol da consumare senza incorrere in rischi per la salute (per la popolazione dai 65 anni in su, una quantità di 2 o più unità è considerata a rischio).

Aumentano i consumi, soprattutto fuori pasto

Come si evince dalla Relazione sugli interventi realizzati nel 2016 in materia di alcol e problemi correlati, l'alcolodipendenza è un fenomeno che continua a necessitare di grande attenzione per le implicazioni sanitarie e sociali che ne derivano.

Secondo i dati ISTAT (Istituto nazionale di statistica), nel corso del 2015, il 64,5% degli italiani dagli 11 anni in su (pari a 35 milioni e 64 mila persone) ha consumato almeno una bevanda alcolica, con prevalenza notevolmente maggiore tra i maschi (77,9%), rispetto alle femmine (52,0%) e un incremento dei consumi rispetto al 2014 (63% degli italiani dagli 11 anni in su, pari a 34 milioni e 319 mila persone).

Un nuovo incremento, in controtendenza rispetto agli anni precedenti, risulta, inoltre, dalla rilevazione dei litri di alcol puro medio pro capite consumati nella popolazione ultra quindicenne in Italia, nel corso degli ultimi quattro anni.

Si osserva una sostanziale stabilità dei consumatori giornalieri, mentre continuano a crescere i consumatori fuori pasto (il 25,8% nel 2013, il 26,9% nel 2014, il 27,9% nel 2015).

Nell'ambito dell'arco di tempo 2005-2015 l'ISTAT ha rilevato:

- una diminuzione della quota di consumatori (dal 69,7% al 64,5%)
- una diminuzione della quota di consumatori giornalieri (dal 31% al 22,2%)
- un aumento dei consumatori occasionali (dal 38,6% al 42,3%)
- un aumento dei consumatori fuori pasto (dal 25,7% al 27,9%).

I cambiamenti nelle abitudini, a distanza di 10 anni, sono diffusi in tutte le fasce d'età, ma in maniera differenziata:

- i consumatori giornalieri diminuiscono principalmente tra i giovani (18-24) e gli adulti nella fascia di età 25-44 anni;
- il numero di consumatori occasionali e di consumatori fuori pasto aumenta soprattutto tra gli adulti di 45-64 anni e gli anziani over 65 e specialmente tra le donne.

Aumenta il consumo di aperitivi, amari e superalcolici

Dall'analisi del tipo di bevande consumate, si conferma la tendenza, già registrata negli ultimi dieci anni, verso una progressiva riduzione della quota di consumatori che bevono solo vino e birra;

aumenta, fra i più giovani e le donne chi consuma anche aperitivi, amari e superalcolici, ma l'incremento maggiore, in misura percentuale, si ha negli adulti oltre i 44 anni e negli anziani.

DATI EPIDEMIOLOGICI

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

Nell'**Unione europea** l'alta percentuale di bevitori e gli alti livelli di consumo alcolico pro capite si accompagnano ad un alto livello di danni e problemi alcol-correlati e il consumo eccedente di alcol costituisce un grave problema sanitario e sociale.

In **Italia**, i dati confermano il passaggio dal tradizionale modello di consumo mediterraneo, con consumi quotidiani e moderati, incentrati prevalentemente sul vino, a un modello più articolato, che risente sempre più dell'influsso culturale nordeuropeo.

Aumentano i bevitori fuori pasto, il consumo giovanile alcolico, chiamato binge drinking e le bevitrice al femminile.

Lo studio sui consumi alcolici nelle Regioni Italiane dimostra che il consumo di alcol è decisamente aumentato, rispetto all'anno precedente, sia al Nord che al Centro Italia, mentre non si rilevano variazioni statisticamente significative al Sud e nelle Isole.

Secondo il rapporto dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) del 2015, in Italia i livelli di consumo di alcol sono **tra i più bassi dell'area OCSE** e sono diminuiti costantemente negli ultimi 30 anni: nel 2010, ogni italiano ha consumato, in media, 6,1 litri di alcol (media OCSE pari a circa 9 litri pro capite). A fronte di questo dato, però, si è abbassata notevolmente l'età in cui si inizia a bere alcolici.

In sintesi i dati rilevati nell'area OCSE:

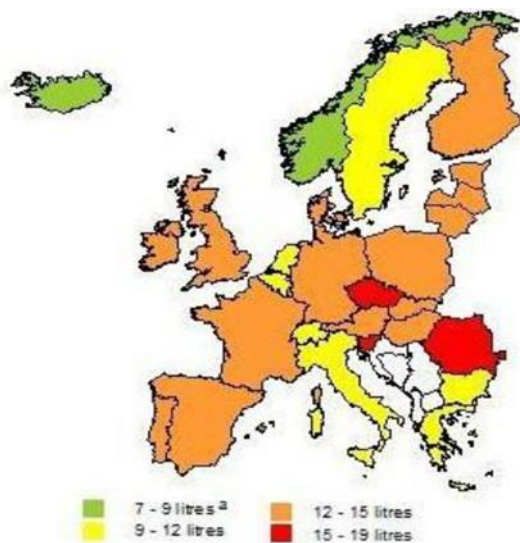
- Un adulto consuma in media 9,1 litri di alcol all'anno
- Austria, Estonia e Francia sono in cima alla classifica dei Paesi Ocse per il più alto consumo di alcol pro capite all'anno: intorno ai 10,12 litri
- **L'Italia è agli ultimi posti della classifica** con un consumo di alcol pro capite di 6,1 litri all'anno
- Il consumo di alcol nei Paesi Ocse è diminuito del 2,5% negli ultimi vent'anni, grazie ad un netto calo nei Paesi dell'Europa meridionale, accompagnato però da un aumento in alcuni Paesi dell'Europa settentrionale e centro-orientale
- Il consumo di alcol è concentrato nel 20% della popolazione. Nella maggior parte dei Paesi Ocse, i forti bevitori concorrono tra il 50% e il 75% al consumo di alcol nazionale. In Ungheria, il dato arriva al 90%
- Dal 2001 al 2010, è aumentata la percentuale dei minori che si sono ubriacati almeno una volta all'età di 15 anni: dal 30% al 43% per i ragazzi e dal 26% al 41% per le ragazze
- Le persone con uno status socio-economico più elevato e con un più alto livello di istruzione sono più inclini al consumo di alcol. Tuttavia, le persone con un basso status sociale e un basso livello di istruzione sono più propense a consumare alcol in modo "rischioso", vale a dire più di 210 grammi alla settimana
- Gli uomini corrono un rischio maggiore delle donne di morire per cause legate al consumo di alcol

- Nel 2013, la dipendenza da alcol ha avuto un costo nell'Unione europea stimato allo 0,65% del Pil.

L'alcol è anche la causa di numerosi incidenti stradali. Secondo una stima basata sulla revisione degli articoli scientifici presenti in letteratura, il 33% degli incidenti stradali per gli uomini e l'11% per le donne sono causati dall'alcol.

Il rischio di morte per incidente stradale attribuibile all'alcol varia con l'età. Nei paesi dell'Europa occidentale è stato stimato per i maschi pari al 50% nella fascia 30-44 anni e pari al 46% per la fascia 15-29 anni, mentre per le femmine rispettivamente al 25% e al 18%. Nel Baltico e nei paesi dell'Europa centrale queste proporzioni risultano molto più elevate.

(WHO Regional Office for Europe, Alcohol in the European Union, 2012)



Consumo di alcol pro capite nella popolazione adulta (15 anni e più) dell'Unione Europea (2009) - Fonte: Alcohol in the European Union 2012

CONCLUSIONI

La forte rilevanza dei fenomeni collegati all'uso di alcol e la gravità delle conseguenze acute e nel lungo termine che ne derivano, spingono alla necessità di disporre di nuovi ed efficaci modelli di prevenzione e intervento.

Bibliografia

Brunetto G.P., Candio D., Filippini D., Zermiani M. "ALCOL -Informazioni dalla ricerca." Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona, 2008.

Cima, Rodighiero. In: Cibir M., Mazzi M., Rampazzo L., Serpelloni G. (a cura di). L'Alcoologia. Nell'ambulatorio del medico di medicina generale. Grafiche Leardini Editore, 2001.

<http://alcol.dronet.org>

<http://associazionealiseo.org>

<http://www.danielesegnini.it>

<http://www.istat.it>

<https://www.oecd.org>

<http://www.salute.gov.it/portale/salute>

<http://www.salute.gov.it/portale/news>

WHO Regional Office for Europe. Alcohol in the European Union, 2012.