

La Strategia Comunitaria e l'implementazione italiana : dalle evidenze epidemiologiche alle policy e alle buone pratiche

Emanuele Scafato

Direttore Centro Coll. OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcol correlati
Direttore Osservatorio Nazionale Alcol
Direttore Reparto Salute della Popolazione e suoi Determinanti
Centro Nazionale di Epidemiologia-CNESPS, Istituto Superiore di Sanità

Rappresentante governativo Working Group Alcohol and Health
Rappresentante governativo CNAPA , Committee on National Alcohol Policy and Action
DG Sanco, Commissione Europea, Lussemburgo

Rappresentante governativo Forum Alcohol and Health
DG Sanco, Commissione Europea, Bruxelles

Presidente SIA - Società Italiana di Alcologia
Vice Presidente EUFAS European Federation Addiction Societies





EU: Community Strategy on Alcohol

La “Strategia dell’ UE per sostenere gli Stati membri nel ridurre i danni alcol correlati” adottata dal Parlamento europeo nel 2007 identifica tra le priorità da perseguire **la riduzione degli infortuni e delle morti da incidenti stradali alcol correlati.**

Esempi di politiche nazionali efficienti si basano sul rafforzamento di misure di controllo (random breath tests) frequenti e sistematiche, sostenute da campagne educative e di consapevolezza che coinvolgano tutte le parti in causa.



Europa: le stime dell'efficacia della Strategia

È stato stimato dalla stessa Commissione Europea che l'applicazione efficace di misure contro la guida in stato di ebbrezza potrebbe ridurre sostanzialmente le morti per incidenti (fino al 25% nel caso di uomini, e fino al 10% nel caso di donne), le lesioni e l'invalidità.

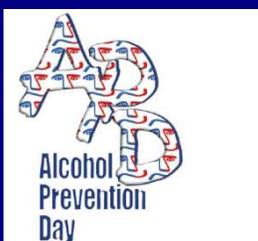


Alcol e guida: nessun limite di consumo è sicuro

L' alcol influisce sempre negativamente sulle prestazioni psicomotorie e sul giudizio alla guida.

Non esistono limiti di basso consumo da considerarsi più sicuri: le abilità alla guida risultano compromesse anche a livelli di consumo molto bassi.

La ricerca mondiale ha dimostrato una forte riduzione negli incidenti stradali anche mortali quando i livelli di alcolemia consentiti sono stati abbassati.



Le prime 10 cause di mortalità per le differenti generazioni tra 0 e 24 anni di età – WHO EURO



Table 1. Rank of the leading 10 causes of death and numbers of deaths among people aged 0–24 years in the WHO European Region, 2002

Rank	< 1 year	1–4 years	5–9 years	10–14 years	15–19 years	20–24 years	0–24 years
1	Perinatal conditions 65 635	Lower respiratory infections 6 467	Road traffic injuries 2 132	Road traffic injuries 2 560	Road traffic injuries 10 441	Road traffic injuries 15 001	Perinatal conditions 65 692
2	Congenital anomalies 26 085	Childhood-cluster diseases 3 142	Lower respiratory infections 2 111	Lower respiratory infections 1 682	Self-inflicted injuries 7 552	Self-inflicted injuries 12 056	Lower respiratory infections 38 459
3	Lower respiratory infections 25 504	Congenital anomalies 2 575	Drownings 1 382	Drownings 1 481	Violence 2 900	Violence 5 844	Road traffic injuries 31 830
4	Diarrhoeal diseases 10 560	Drownings 1 708	Leukaemia 855	Self-inflicted injuries 1 431	Drownings 2 174	Poisonings 4 283	Congenital anomalies 31 626
5	Meningitis 8 199	Road traffic injuries 1 387	Congenital anomalies 798	Leukaemia 910	Poisonings 1 643	War 3 474	Self-inflicted injuries 21 211
6	Upper respiratory infections 2 022	Diarrhoeal diseases 1 267	Cerebrovascular disease 400	Congenital anomalies 730	Lower respiratory infections 1 472	Drownings 3 037	Diarrhoeal diseases 12 242
7	Childhood-cluster diseases 1 770	Meningitis 1 114	Poisonings 367	Violence 505	Cerebrovascular disease 1 355	Tuberculosis 2 468	Meningitis 10 484
8	Endocrine disorders 795	Fires 764	Fires 327	Cerebrovascular disease 448	Leukaemia 1 314	Cerebrovascular disease 1 633	Violence 10 048
9	Inflammatory heart diseases 563	Poisonings 761	Epilepsy 306	Poisonings 443	War 852	Falls 1 446	Drownings 9 891
10	HIV/AIDS 397	Leukaemia 708	Lymphomas, multiple myeloma 267	Epilepsy 381	Falls 843	Drug use disorders 1 285	Poisonings 7 760

Source: WHO (2002).

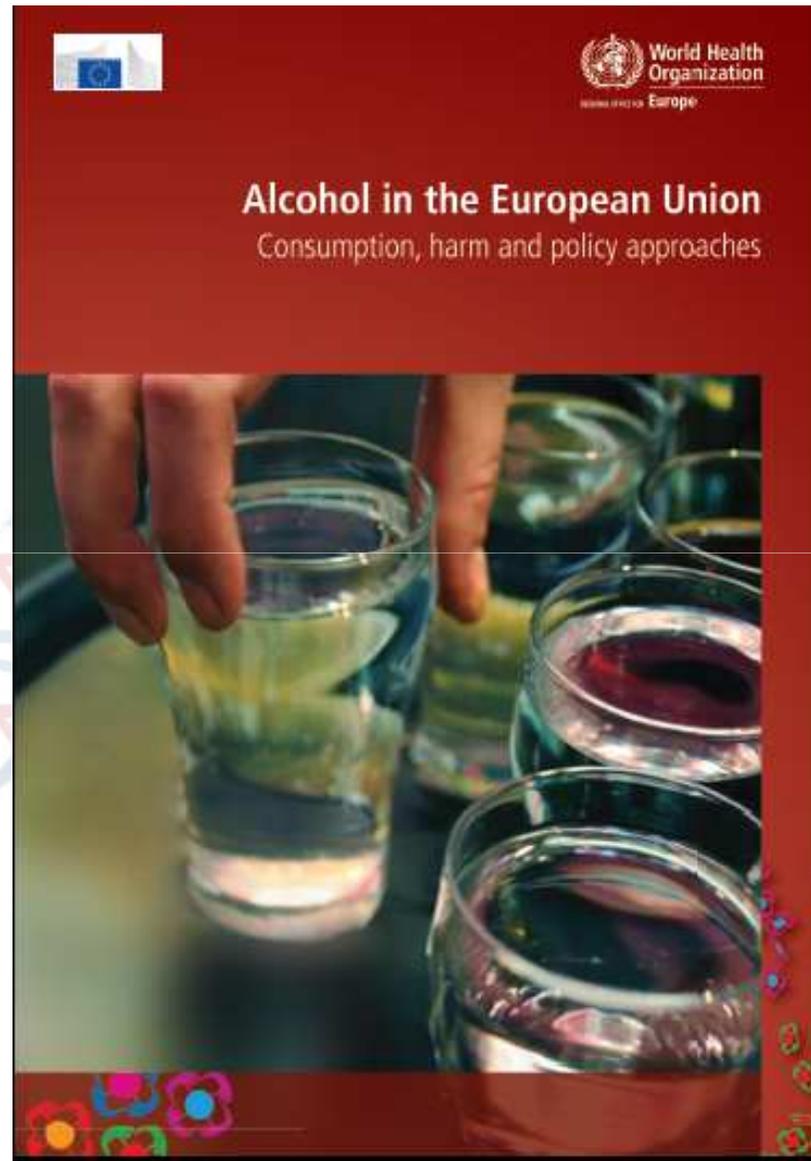


EAAP 2000 -2005

The European Alcohol Action Plan 2000–2005 made the following recommendations to reduce road traffic injuries related to drink-driving:

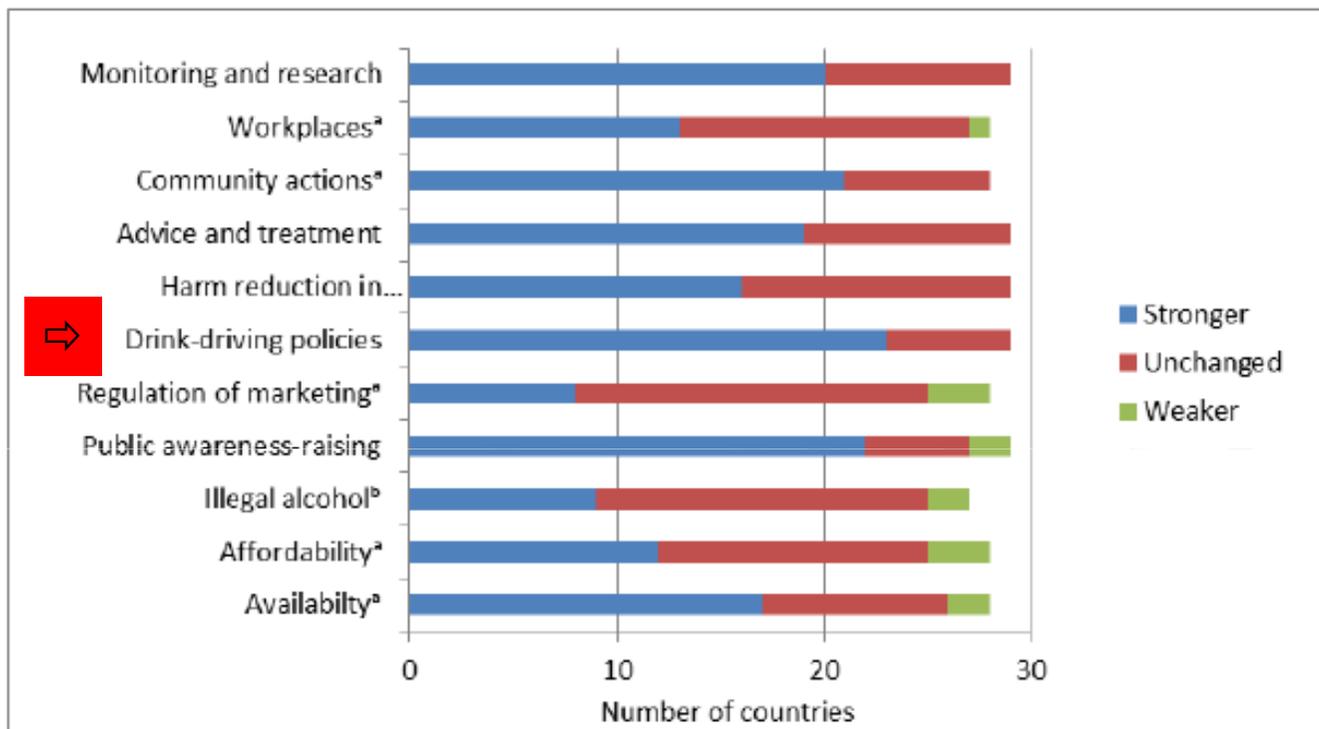
- ensuring high levels of enforcement of current drink-driving legislation;
- promoting high-visibility random breath testing;
- considering adopting blood alcohol concentration limits of 0.05 g/dl or lower and of zero for novice and professional drivers;
- encouraging the provision of alternative transport for drivers who have consumed alcohol; and
- implementing mandatory driver education and treatment programmes for habitual offenders (WHO Regional Office for Europe, 2000).

Valutazione delle alcohol policy in Europa



Principali modifiche nelle policy tra il 2006 e il 2011

Fig. 22. Changes in alcohol policy areas over the five years since 2006 (N=29)



^a Data missing from one country.

^b Data missing from two countries.

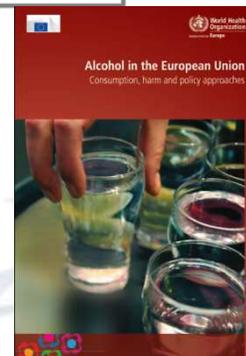




Table 33. National maximum BAC levels (g/litre), end 2010

Countries	General population	Novice drivers	Commercial drivers
Austria	0.05	0.10	0.10
Belgium	0.05	0.05	0.05
Bulgaria	0.05	0.05	0.05
Cyprus	0.05	0.05	0.05
Czech Republic	0.00	0.00	0.00
Denmark	0.05	0.05	0.05
Estonia	0.02	0.02	0.02
Finland	0.05	0.05	0.05
France	0.05	0.05	0.02
Greece	0.05	0.02	0.02
Germany	0.05	0.00	0.00
Hungary	0.00	0.00	0.00
Ireland ^a	0.08	0.08	0.08
Italy	0.05	0.00	0.00
Latvia	0.05	0.02	0.05
Lithuania	0.04	0.02	0.02
Luxembourg	0.05	0.02	0.02
Malta	0.08	0.08	0.08
Netherlands	0.05	0.02	0.05
Norway	0.02	0.02	0.00
Poland	0.02	0.02	0.02
Portugal	0.05	0.05	0.05
Romania	0.00	0.00	0.00
Slovakia	0.00	0.00	0.00
Slovenia	0.05	0.00	0.00
Spain	0.05	0.03	0.03
Sweden	0.02	0.02	0.02
Switzerland	0.05	0.05	0.05
United Kingdom	0.08	0.08	0.08

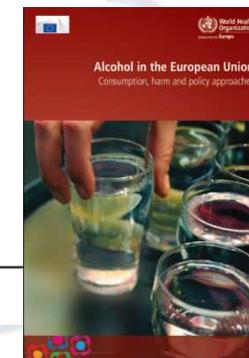




Fig 27. Maximum legal BAC level for novice drivers, by number of countries (N=29), end 2010

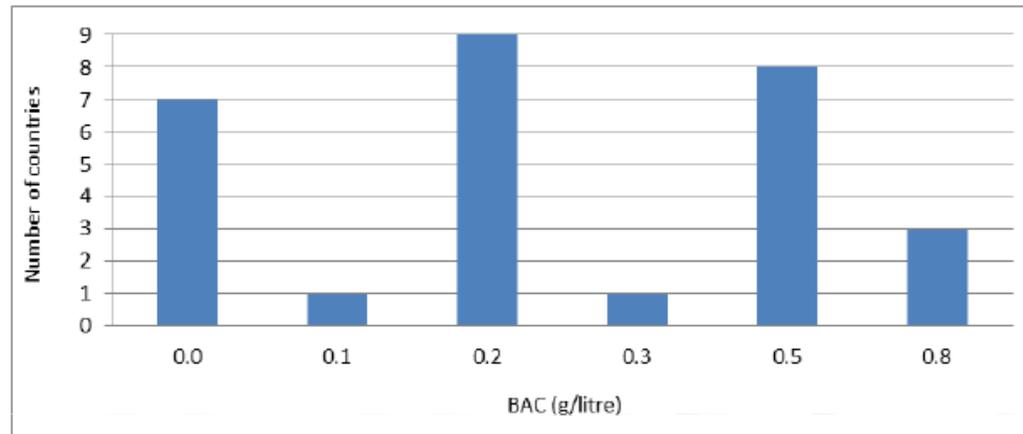
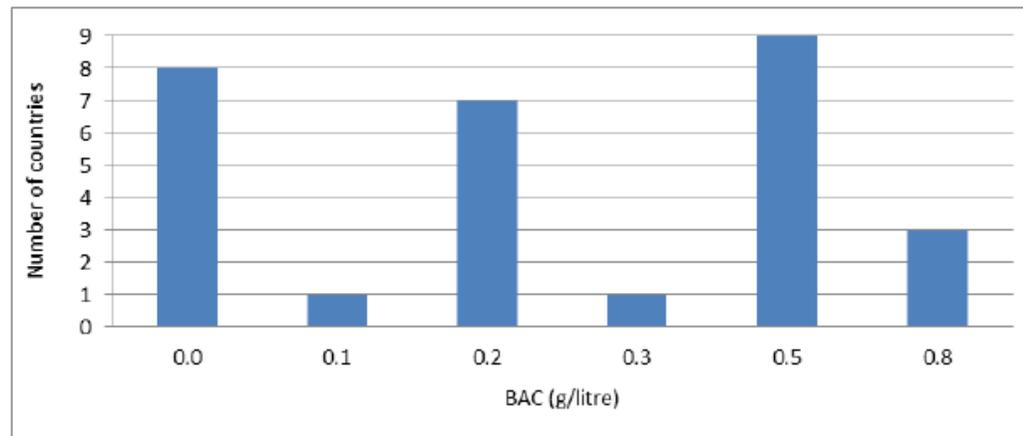


Fig. 28. Maximum legal BAC level for commercial drivers, by number of countries, (N=29), end 2010





Mercoledì 5 settembre 2007

P6_TA(2007)0377

Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol

Risoluzione del Parlamento europeo del 5 settembre 2007 su una strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol (2007/2005(INI))

- J. considerando che i provvedimenti politici a livello nazionale o dell'UE non possono mai sostituire la responsabilità di un consumo moderato e limitato di alcol che, in ultima istanza, incombe al singolo e alla famiglia,
- K. considerando che possono essere indicati orientamenti per un consumo a basso rischio attraverso campagne europee destinate al pubblico e adatte alle specifiche circostanze degli Stati membri; che occorre adottare energiche misure mirate volte a prevenire il consumo nocivo e pericoloso di alcol tra i guidatori e i lavoratori; che è necessario altresì adottare misure per prevenire il consumo di alcol da parte dei minori e delle donne in stato di gravidanza,

L.

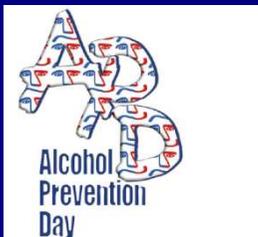




Risoluzione Parlamento Europeo 2007

11. Il Parlamento Europeo chiede alla Commissione e agli Stati membri di sollecitare uno scambio delle migliori pratiche, al fine soprattutto di contrastare il consumo nocivo e pericoloso di alcol da parte di **bambini e giovani**, e di adottare le misure seguenti:

- promuovere a livello europeo un **tasso massimo di alcolemia per quanto possibile pari allo zero per mille per i nuovi conducenti**, come già proposto dal Parlamento nella sua risoluzione del 18 gennaio 2007 sul programma d'azione per la sicurezza stradale, tenendo presente che alcuni cibi preparati possono contenere tracce di alcol,
- prevedere maggiori possibilità per **conoscere e verificare il tasso di alcolemia** anche mediante un calcolo effettuato in proprio su Internet nonché **l'ampia disponibilità di etilometri, specialmente presso discoteche, pub e stadi, e lungo le autostrade e le strade in generale**, in particolare durante le ore notturne e garantire che il **messaggio trasmesso ai consumatori sottolinei che il consumo di alcol e la guida non sono compatibili**;



Risoluzione Parlamento Europeo 2007

- *prendere ogni misura necessaria per aumentare al massimo i controlli sulla guida in stato di ebbrezza, inasprire le sanzioni imposte dagli Stati membri per la guida in stato di ebbrezza, quali la sospensione prolungata della patente di guida,*
- *incoraggiare gli Stati membri a garantire la disponibilità di mezzi di trasporto pubblici alternativi per i conducenti che hanno consumato alcolici,*
- *incoraggiare l'estensione dei "programmi sul conducente designato" ("chi guida non beve") attraverso canali educativi, viste le loro conseguenze positive sulla sicurezza stradale, ricordando al contempo ai passeggeri gli effetti nefasti del consumo nocivo e pericoloso di alcol.*



Risoluzione Parlamento Europeo 2007

- 27. Il Parlamento Europeo ritiene che, per affrontare meglio i rischi connessi al consumo nocivo e pericoloso di alcol sulle strade, sia necessario adottare le seguenti misure:
 - i) promuovere un **sostanziale aumento dei controlli** del tasso di alcolemia ed affrontare la notevole disparità delle normative tra Stati membri, **mirando ad una convergenza della frequenza dei controlli** nonché allo scambio delle migliori pratiche per quanto riguarda i luoghi in cui tali controlli devono essere effettuati,
 - ii) promuovere sanzioni più severe per la guida in stato di ebbrezza, quali la sospensione prolungata della patente di guida,
 - iii) **promuovere la fissazione di un livello massimo di alcolemia pari allo zero per mille per i conducenti di un mezzo di trasporto che richieda una patente di guida di categoria A o B** e per i conducenti di un mezzo di trasporto che richieda una patente di guida di categoria superiore, e per tutti gli autisti professionisti, tenendo presente che alcuni cibi preparati potrebbero contenere tracce di alcol;



Le politiche Europee

La comunicazione della Commissione Europea COM(2001)370, “ Politiche europee di trasporto per il 2010: tempo di decidere”, si proponeva come obiettivo prioritario il **dimezzamento del numero di persone uccise sulle strade europee, da 50.000 del 2000 a 25.000 entro il 2010.** Nel documento si sottolinea che gli sforzi per diminuire gli episodi di guida in stato di ebbrezza possono dare un contributo sostanziale alla realizzazione di questo obiettivo.



Alcol e guida in Europa: morti evitabili

Le stime prodotte dalla Commissione Europea, molto conservative in funzione della difficoltà anche legale di rilevazione dello stato di ebbrezza, rilevano tuttavia come ogni anno almeno 15.000 persone nell'Unione Europea muoiono in incidenti stradali provocati dall'alcol.

Sono morti assolutamente evitabili

con un comportamento corretto: astenersi dal bere prima di porsi alla guida.



Europa: il 25 % degli incidenti è causato dall'alcol

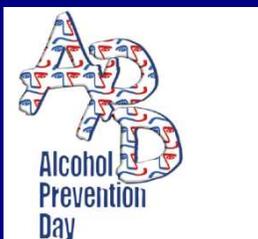
L'analisi delle cause che determinano gli incidenti stradali mostra che, a livello europeo, **un incidente su quattro (25%)** è attribuibile all'alcol, e che negli incidenti causati da guida in stato di ubriachezza la stragrande maggioranza delle persone coinvolte (96%) è rappresentata da individui di sesso maschile, di cui il 33% giovani o giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni.



Europa: l'alcol alla guida è la prima causa (evitabile) di morte tra i giovani

I decessi da incidente stradale rappresentano la causa più frequente di morte per i giovani in Europa; le statistiche rilevano come i giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni siano quelli per i quali è più elevato il rischio di determinare o subire un incidente.

L'alcol alla guida rappresenta la prima causa di decesso tra i giovani in Italia ed in Europa.



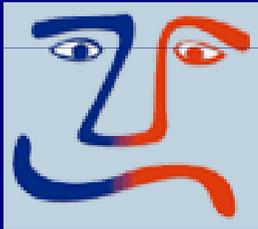
Italia: il 30 % degli incidenti è causato dall'alcol

In Italia si stima che il **30 %** circa dei 211.000 incidenti stradali, dei 4.100 morti e dei 303.000 feriti è causato dall'alcol.

Nel 2010, ogni giorno :

- 4 dei 12 morti
- 249 degli 829 feriti
- 173 dei 579 incidenti

sarebbero stati completamente evitabili a fronte di una corretta valutazione del rischio connesso a alcol e guida con una significativa riduzione del costo economico, sanitario e sociale che nel 2004 era stimato in oltre **33 miliardi di euro, il 2,5% del Pil** (Aci - direzione studi e ricerche - area statistica novembre 2006).



Ma il 30 % può essere anche di un numero maggiore di individui

“Secondo l’Istat nel 2008 si sono contate sulle strade 315.470 vittime di incidenti ed esattamente 4.725 morti e 310.745 feriti (311.495 nel 2009 di cui 4.237 morti e 307.258 feriti). Secondo i più recenti dati disponibili dell’Ania, anno 2008, le vittime totali tra morti e feriti ammontano a 1.057.621”



Fondazione ANIA

I numeri dell'incidentalità



ISTAT (2008)		ANIA (2008)	
Morti	4.731 (-7,8%)*	Morti	4.731
Feriti	310.739 (-4,6%)*	Feriti	967.431
Incidenti	218.963 (-5,2%)*	Incidenti	3.697.975

*variazione percentuale rispetto al dato del 2006



30 miliardi: 2 punti di PIL

E' un'emergenza nazionale e va affrontata con strumenti normativi, prevenzione, controlli ed investimenti.



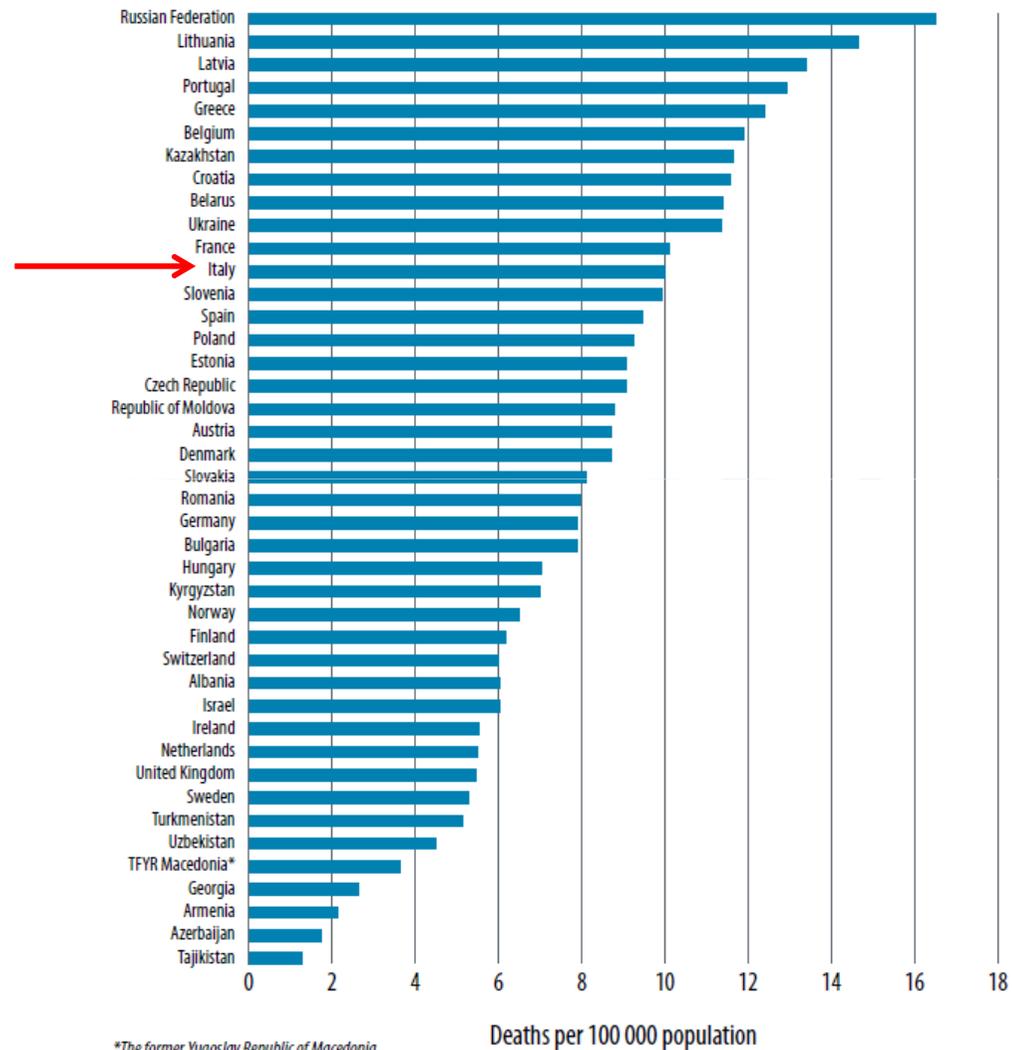
Obiettivo sicurezza stradale

Le criticita' italiane

- Nonostante il calo del numero di vittime della strada **non è stato ancora raggiunto** l'obiettivo di riduzione della mortalità del 50% stabilito dall'Unione Europea.
- I dati dell'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'ISS riportati in Realzione al Parlamento dal Ministro della Salute indicano che di tutti i decessi annuali per incidente stradali il
 - **37,1 %** di tutti i decessi annuali maschili
 - **18,1 %** di tutti i decessi annuali femminili**sono causati dall'alcol.**

TASSI MORTALITA' IN EUROPA

Fig. 3. Standardized mortality rates for transport injuries among people 0–24 years old in the WHO European Region, averages for 2003–2005 or the most recent three years



*The former Yugoslav Republic of Macedonia.
Source: WHO Regional Office for Europe (2007a).





ANALISI DELLE CRITICITA' E DEI BISOGNI

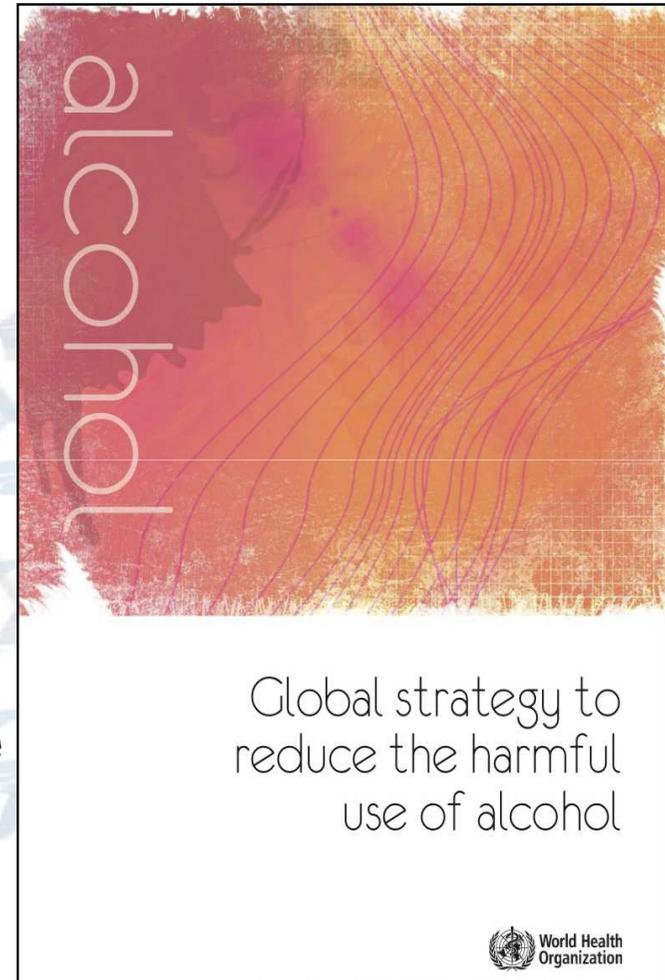
Se, nonostante l'attivazione di tutte le strategie in corso d'opera in ITALIA, non si è conseguito un risultato significativo allora è verosimile che l'approccio meramente “educativo” non è sufficiente e che si debba andare oltre **integrando le alternative coerenti con l'analisi del fenomeno.**

Valutare accuratamente la dinamica del fenomeno gioverà a individuarne i correttivi coerenti ampliando le prospettive di intervento a ciò che influenza l'ebbrezza alla guida.



Global strategy to reduce the harmful use of alcohol (WHO, 2010)

- Developed through a long and intense collaboration between the WHO Secretariat and Member States.
- Represents a unique consensus among WHO 194 Member States on ways to tackle harmful use of alcohol at all levels.





What is the "harmful use of alcohol"?

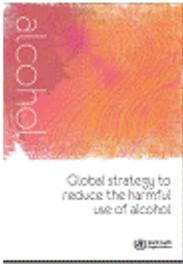
In the context of the WHO global strategy to reduce the harmful use of alcohol:

- Drinking that causes detrimental health and social consequences for
 - the drinker
 - people around the drinker and
 - society at large.
- Patterns of drinking that are associated with increased risk of adverse health outcomes ("hazardous use").



Recommended ten target areas for policy measures and interventions

1. Leadership, awareness and commitment
2. Health services' response
3. Community action
4. **Drink-driving policies and countermeasures**
5. Availability of alcohol
6. Marketing of alcoholic beverages
7. Pricing policies
8. Reducing the negative consequences of drinking and alcohol intoxication
9. Reducing the public health impact of illicit alcohol and informally produced alcohol
10. Monitoring and surveillance



"Best buys" for tackling alcohol use as a risk factor for NCDs (WHO, 2011)

Risk factor (DALYs, in millions; % global burden) ^a	Interventions / actions (* core set of 'best buys', others are 'good buys')	Avoidable burden (DALYs averted, millions)	Cost-effectiveness ^b (US\$ per DALY prevented) [Very = < GDP per person; Quite = < 3* GDP per person Less = >3* GDP per person]	Implementation cost (US\$ per capita) [Very low = < US\$0.50; Quite low = < US\$ 1 Higher = > US\$ 1]	Feasibility (health system constraints)
Alcohol use (> 50m DALYs; 4.5% global burden)	Restrict access to retailed alcohol *	Combined effect: 5-10 m DALYs averted	Very cost-effective	Very low cost	Highly feasible
	Enforce bans on alcohol advertising *				
	Raise taxes on alcohol *	(10-20% alcohol burden)	Quite cost-effective	Quite low cost	Intersectoral action
	Enforce drink driving laws (breath-testing)				Feasible in primary care
Offer counselling to drinkers					



Regional Committee for Europe
Sixty-first session

EUR/RC61/13
+ EUR/RC61/Conf.Doc.16

Baku, Azerbaijan, 12-15 September 2011

15 June 2011

Provisional agenda item 6(d)

111372

ORIGINAL: ENGLISH

European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020

This document contains the action plan for implementation of the European and global alcohol strategies. It has been developed through a consultative process with a core editorial board and a larger editorial group; a first consultation with Member States took place in Geneva, Switzerland on 9–10 February 2010 and a second consultation took place during a meeting with Member States in Zurich, Switzerland on 4–5 May 2011.

The action plan is submitted to the Regional Committee for discussion and potential endorsement. To that end, a draft resolution is attached for the Committee's consideration.





What does it mean "to reduce the harmful use of alcohol" ?

Global, regional and national actions on:

- levels of alcohol consumption
- patterns of alcohol consumption
- contexts of alcohol consumption
- wider social determinants of health
- *other factors influencing alcohol-related harm (road safety, tobacco and drug use, healthy lifestyles...)*
- *health services responding to the needs of people with alcohol use disorders and their families*

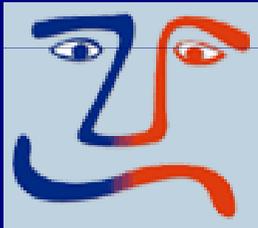
➤ Special attention needs to be given to reducing harm to people other than the drinker and to populations that are at particular risk from harmful use of alcohol.



Alcol e guida: in ITALIA un problema non solo giovanile

L'alcol alla guida continua a rappresentare la prima causa di morte tra i giovani in Italia ma è da rilevare la **sostanziale parità del contributo al numero dei morti dei giovani sino a 29 anni e degli ultra65enni** che non hanno, come i giovani, **limite zero di alcolemia alla guida.**

I contesti e le occasioni in cui si genera lo stato di ebbrezza è prevalentemente legato a modificate modalità di promozione, acquisto, consumo delle bevande alcoliche in particolare nei fine settimana e nei luoghi di aggregazione **ma anche nei tempi intercorrenti e nei percorsi tra lavoro e casa** (25 % incidenti in itinere)



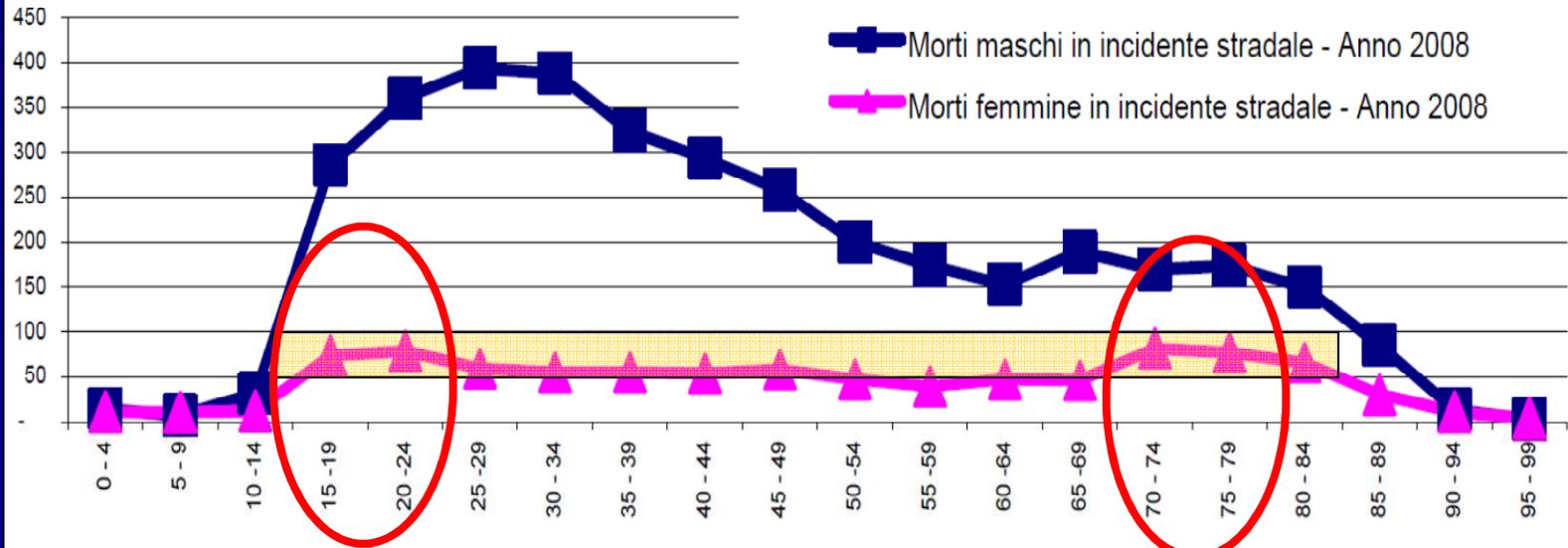
DATI ACI-ISTAT. Incidenti stradali MORTI 2008

Prospetto 19 - Morti e feriti per sesso e classe di età – Anno 2008 (valori assoluti)

CLASSI DI ETA	Morti			Feriti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
0 - 4	14	11	25	1.342	1.227	2.569
5 - 9	7	11	18	2.098	1.661	3.759
10 -14	31	12	43	3.622	2.473	6.095
15 -19	286	74	360	21.138	10.446	31.584
20 -24	361	79	440	23.993	13.589	37.582
25 -29	394	59	453	21.958	12.632	34.590
30 -34	388	55	443	21.813	12.269	34.082
35 -39	324	55	379	19.306	11.103	30.409
40 -44	293	54	347	16.863	9.888	26.751
45 -49	258	58	316	13.280	8.116	21.396
50 -54	200	47	247	10.396	6.274	16.670
55 -59	174	39	213	7.584	5.146	12.730
60 -64	153	47	200	6.133	4.121	10.254
65 -69	189	46	235	5.202	3.475	8.677
70 -74	170	82	252	4.553	3.114	7.667
75 -79	174	77	251	3.620	2.306	5.926
80 -84	150	66	216	2.283	1.488	3.771
85 -89	85	30	115	898	590	1.488
90 -94	13	11	24	108	78	186
95 -99	3	4	7	23	27	50
Imprecisata	99	48	147	7.666	6.837	14.503
Totale	3.766	965	4.731	193.879	116.860	310.739

1253

1100





BAC ridotto: il razionale applicativo basato sull'evidenza

Società Italiana di Alcolologia



Società Italiana di Alcolologia (SIA)

Consiglio Direttivo Nazionale Società Italiana di Alcolologia

Presidente

E. Scafato

Vice Presidente

G. Greco

C. Loguercio

Segretario

G. Addolorato

Consiglieri

P. Allosio

L. Bondi

V. Campanile

P. Cimarosti

D. Mioni

G. Testino

Consiglieri aggiunti

M. F. Amendola

V. Cerrato

G. Bardazzi

A. Noventa

V. Patuzzi

R. Rossin

Web: <http://sia.dfc.unifi.it/>

e-mail: sia@dfc.unifi.it

Segreteria e Uffici Amministrativi

Via Santo Stefano 57
40125 Bologna
tel. 051.263703
fax 051.238564
info@mcstudio.org

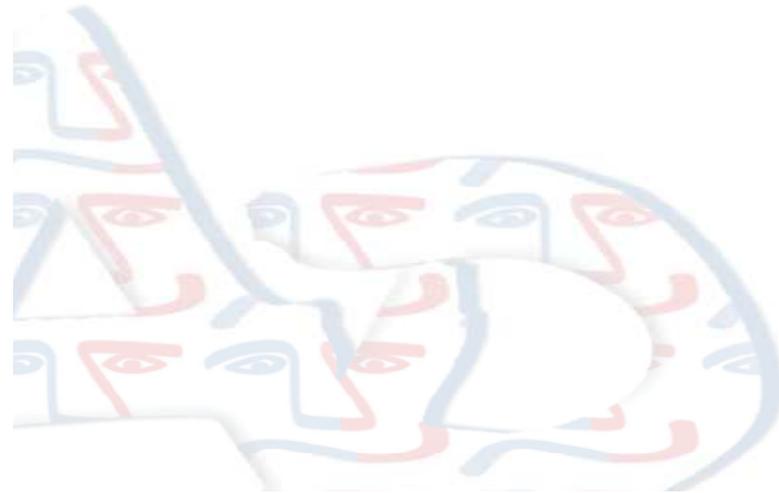
OGGETTO: Audizione SIA relativa all'esame dei disegni di legge nn. 1720 e connessi sulla sicurezza stradale, Roma 6 ottobre 2009, Commissione Lavori Pubblici, Senato della Repubblica, ROMA

L'alcol alla guida è, in Italia e in Europa, la prima causa di morte dei giovani di età compresa tra i 16 e i 25 anni. Come dimostrato dai recenti dati (pubblicati dall'Osservatorio nazionale alcol del CNESPS e del Centro OMS per la Ricerca Sull'Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità, sono 1 milione e mezzo i giovani che consumano alcol secondo modalità rischiose o dannose e il fenomeno del bere giovanile e, in particolare, del bere alla guida è un'emergenza nazionale da affrontare con estrema urgenza.

Alcune tendenze registrate nel corso degli ultimi mesi relative ad iniziative e dichiarazioni, anche istituzionali, volte a contrastare l'evidenza scientifica disponibile e a tentare di normalizzare il rischio alcol correlato alla guida non sono da sottovalutare in funzione dell'esigenza di cautela e della possibilità di danni e rischi che possono comunque derivare dalla diffusione di informazioni non valide e non oggettive alla popolazione e che comunque non forniscono gli indispensabili elementi utili a mantenere elevati livelli di salute e sicurezza. Il riferimento allo stato di ubriachezza o ebbrezza che è oggi al centro del dibattito appare un fattore di reale confondimento e di sviamento rispetto alla valutazione delle conseguenze, dell'impatto reale che l'alcol può determinare sull'individuo, ciascun individuo, in funzione di quantità crescenti di alcol ingerito; condizione, che, a parità di quantità consumate, pur minime, può determinare effetti differenti, mai generalizzabili e che possono manifestarsi in episodi o comunque con effetti intossicanti condizionanti la piena integrità o idoneità fisica e psichica alla guida.

La Società Italiana di Alcolologia, in funzione della valutazione di tutte le evidenze disponibili e delle esperienze internazionali di cui sia stata verificata efficacia ed efficienza, sottolinea che **non esistono livelli ritenuti ragionevoli o sicuri di alcolemia alla guida. Il riferimento esclusivo all'alcolemia alla guida in funzione di esaustive esigenze di prevenzione e sicurezza non appare soddisfare la necessità di dover assicurare fornire alla popolazione sistemi e politiche di controllo basati sull'impiego integrato e contestuale di tutti gli elementi che possono giovare al raggiungimento degli obiettivi proposti dalle misure in discussione.** Sistemi che comprendono:

- a) le norme (tassi alcolemici differenziati),
- b) i target di riferimento (giovani e/o popolazione generale),
- c) i controlli (numero di test etilometrici, numero di addetti delle forze dell'ordine impiegati, numero di etilometri ecc.),
- d) le modalità di attuazione dei controlli (random o prefissati), deterrenza (certezza del controllo, di ammende e sanzioni),
- e) gli investimenti finanziari in sistemi di sicurezza, prevenzione e educazione stradale dei guidatori e, soprattutto dei trasgressori (corsi di riammissione alla guida, impiego in lavori socialmente utili) che possano consentire il raggiungimento di un più elevato livello di sicurezza sulle strade non gravato da tutto ciò che è evitabile a fronte di un comportamento responsabile e consapevole.



E' da ribadire, peraltro, che se si accetta il criterio di una maggiore vulnerabilità giovanile agli effetti di quantità pur moderate di alcol e di conseguenza si scelga di adottare il limite zero sino ai 21 anni è allora indispensabile adottare tale livello anche al di sopra dei 65 anni di età, età in cui si riduce drasticamente la capacità di metabolizzare l'alcol, limitata ad una capacità di metabolismo che sconsigliano il consumo di più di un bicchiere al giorno, età in cui sussistono il più elevato carico di patologie che sconsigliano il consumo e caratterizzato da una fascia popolazione che assume oltre il 60 % dei farmaci consumati in un anno in Italia, farmaci molto comuni e per i quali è proscritto l'uso di alcol. Caratteristicamente la fascia degli ultra65enni è quella in cui si verificano una significativa parte degli incidenti stradali e delle fatalità riportate dalle statistiche correnti.

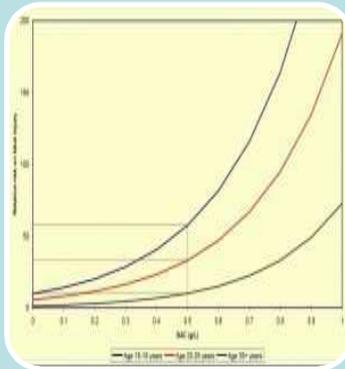
Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for

RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



Incidenti stradali in età avanzata

La prossima priorità?



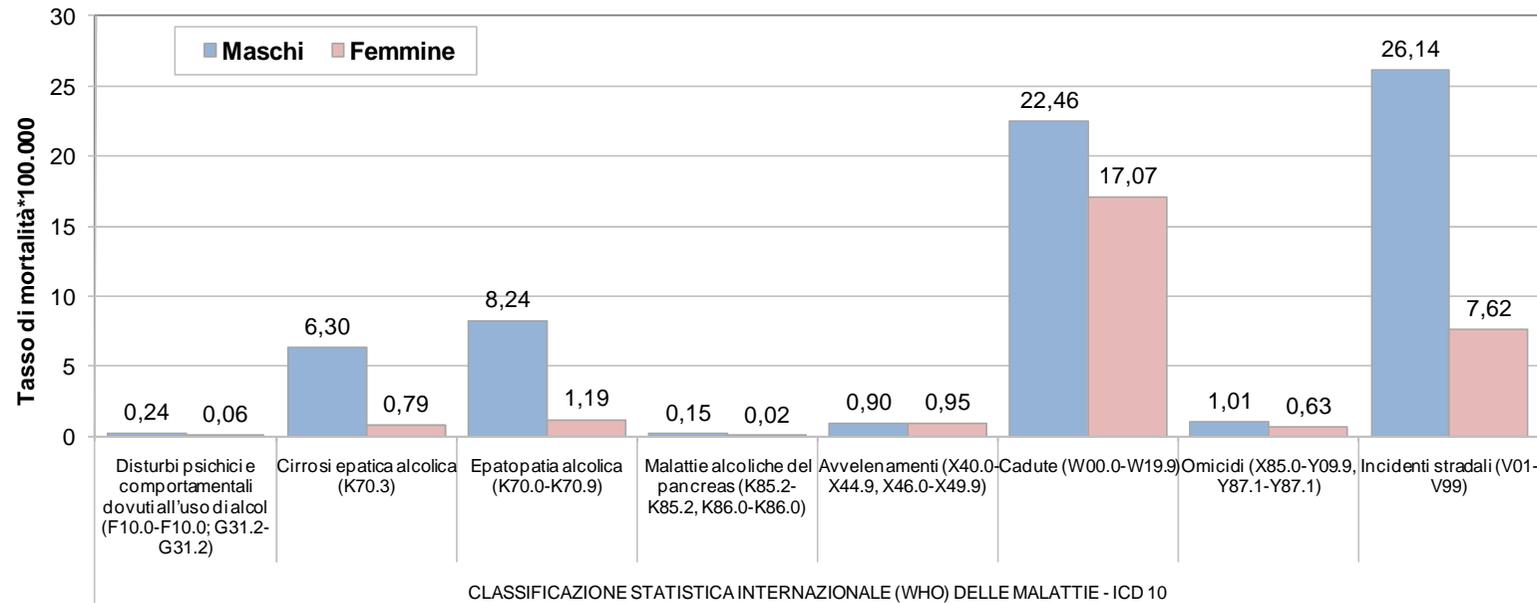
*Stesse quantità di alcol possono determinare **tra gli anziani livelli più elevati** di concentrazione di alcol nel sangue (BAC) rispetto alle persone più giovani*



*Il rischio tra gli automobilisti anziani di rimanere coinvolti in incidenti stradali è 3 volte più elevato tra chi ha consumato anche **piccole quantità** di alcol rispetto a chi non ne ha consumato*



Tassi di mortalità (*100.000) - Popolazione 65+ Italia



Dati del registro della cause di morte Anno 2003, elaborati dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS ed il WHO CC Research on Alcohol

Analizzando i tassi di mortalità **una relazione** è stata individuata tra consumo di alcol e rischio di rimanere coinvolto in **cadute accidentali** (Tasso di mortalità in Italia (2003): M=22,46; F=17,07), rischio di **omicidio** (Tasso di mortalità in Italia (2003): M=1,01; F=0,63), and **incidente stradale** (Tasso di mortalità in Italia (2003): M=26,14; F=7,62).



VINTAGE

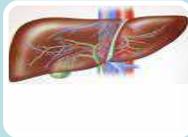
Good Health into Older Age



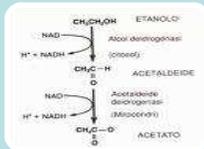
Gli anziani sono più sensibili all'alcol a causa delle modificazioni fisiologiche



**Calo rapporto liquidi/grassi corporei
Meno acqua, minore diluizione dell'alcol**



**Calo flusso sanguigno epatico
Incremento di rischio di danni al fegato**



**Calo efficienza enzimi epatici <6gr ETOH/hr
Alterazione del metabolismo dell'alcol**



**Calo reattività cerebrale
Più rapido effetto su cervello, alteraz. Cognitiva**



UN CONSIGLIO ...VINTAGE ... D' ANNATA NON PER GLI ANZIANI.....

I prepare three cups of wine for my guest.

**The first is for friendship,
the 2nd for the pleasure,
the 3rd for love.**

After these three cups the wise guest departs.

EUBULUS, Athen, many years BC



ANZIANI come priorità oggi **NEGLETTA** in **TUTTA Europa** (Conclusione del Consilium EU 2/12/2009)

Expert Conference on Alcohol and Health
21-22 September 2009
Stockholm, Sweden



Alcohol consumption among elderly European Union citizens

Health effects, consumption trends and related issues

Mats Hallgrímsson
Pia Höglberg
Sven Andréasson



Swedish National Institute
of Public Health

- Hana Sovinova, National Institute of Public Health, Coordination, monitoring and research unit for alcohol and tobacco, Prague, Czech Republic;
- Emanuele Scafato and Silvia Ghirini, National Observatory on Alcohol, Population's Health and Health Determinant Unit, National Centre for Surveillance, Prevention and Health Promotion - National Institute of Health, Rome, Italy.
- Matej Kosir, Ministry of Health, Slovenia;
- Salme Ahlström, The National Institute for Health and Welfare, Department of Alcohol, Drugs and Addiction, Helsinki, Finland;
- Jean Nicol and Matthew Carden, Team Leader Alcohol Policy, Health Improvement and Protection, Department of Health, London, England;
- Marcis Trapencieris, Researcher, Public Health Agency, Riga, Latvia;
- Gabriele Bartsch and Peter Raiser, German Hospital for Addiction Issues, Hamm, Germany;
- Karin Nilsson-Kelly and Nina Rehn-Mendoza, Division for Public Health, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, Sweden;
- Mats Ramstedt, Centre for Social Research on Alcohol and Drugs (SoRAD), Stockholm, Sweden;
- Jacek Moskalewicz, Institution for Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland;
- Vicenta Lizarbe, Health Promotion and Epidemiology Unit, Ministry of Health and Consumer Affairs, Barcelona, Spain.



Conclusione del Consilium EU 2/12/2009

Il Consiglio richiama gli Stati Membri a “*trattare la questione del benessere della popolazione anziana dell'UE, inclusi gli effetti di un consumo nocivo di alcol su un invecchiamento sano e dignitoso a livello dell'UE, e contribuire a sensibilizzare i professionisti della salute, coloro che forniscono un'assistenza informale e i cittadini anziani sulle potenziali interazioni tra medicinali e alcol*” sollecitando la Commissione Europea e gli Stati Membri a : “*inserire negli attuali sistemi di informazione i dati sul consumo di alcol e sui danni causati dal consumo nocivo di alcol nella fascia di età dai 60 anni in poi*” e “*elaborare e applicare procedure di identificazione precoce di intervento breve in materia di assistenza sanitaria primaria e per gli anziani nonché negli ambiti sanitari scolastici*” .

L' Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS ha riferito rispetto al Progetto VINTAGE in Commissione, nel Committee of National Alcohol Policy and Action on Alcohol i risultati e le proposte da incorporare nelle direttive europee future

<http://register.consilium.europa.eu/pdf/it/09/st16/st16010.it09.pdf>



L' evidenza scientifica

Il rischio connesso alla guida in stato di ebbrezza **aumenta sia con la quantità di alcol assunta sia con la frequenza delle occasioni di consumo eccessivo** (Midanik et al. 1996). Il confronto tra i tassi alcolemici (BAC) dei guidatori coinvolti in incidenti stradali e di quelli non coinvolti mostra **alla concentrazione di 0,5 g/litro un rischio di incidente maggiore del 38%**.

Il consumo di alcol, a qualunque livello, aumenta sia la probabilità di essere ricoverati in ospedale per lesioni da guida in stato di ebbrezza, sia la gravità delle lesioni subite in conseguenza dell' incidente alcol correlato (Borges et al. 1998).



Il razionale per la riduzione del BAC

Una rassegna internazionale di 112 studi ha fornito una forte evidenza scientifica del fatto che la diminuzione delle abilità di guida comincia con un avvio da un livello di concentrazione di alcol nel sangue di zero (Moskowitz e Fiorentino 2000). Uno studio che ha confrontato le concentrazioni di alcol nel sangue (BAC) di conducenti coinvolti in incidenti con quelle di conducenti non coinvolti in incidenti ha riscontrato che **i maschi e le femmine di tutte le età con**

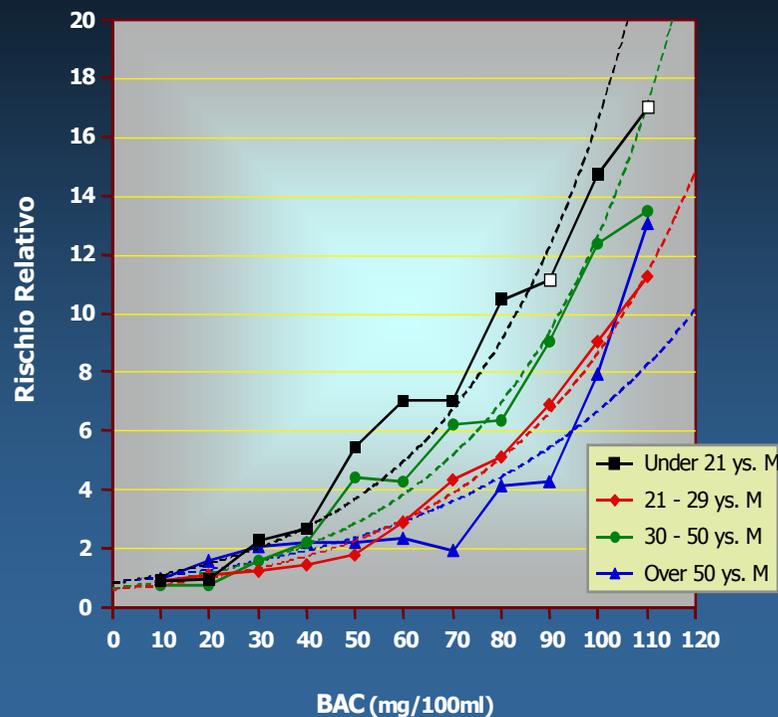
- **BAC tra 0,2 g/l e 0,49 g/l (1-2 drinks) presentano un rischio di morire in un singolo incidente d'auto. almeno 3 volte maggiore**
- **BAC tra 0,5 g/l e 0,79 g/l (2-4 drinks) , Il rischio è 6 volte maggiore con un**
- **BAC tra 0,8 g/l e 0,99 g/l il rischio è 11 volte maggiore (Zador et al 2000).**



A parità di alcolemia, il rischio è molto più elevato per i conducenti più giovani.

ONAT – Osservatorio Nazionale “Ambiente e Traumi”

RISCHIO RELATIVO DI PROVOCARE UN INCIDENTE GRAVE O MORTALE IN FUNZIONE DELL'ALCOLEMIA E DELL'ETA' DEL CONDUCENTE



ONAT (Osservatorio Nazionale "Ambiente e Traumi")

Alcohol and disability with special consideration of traffic injury – Analysis, evaluation and consequences

Jürgen Rehm ^{1,2,3}, Robert Mann ^{1,2} & Jayadeep Patra ¹
¹ Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Canada
² Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto, Canada
³ TU Dresden, Germany

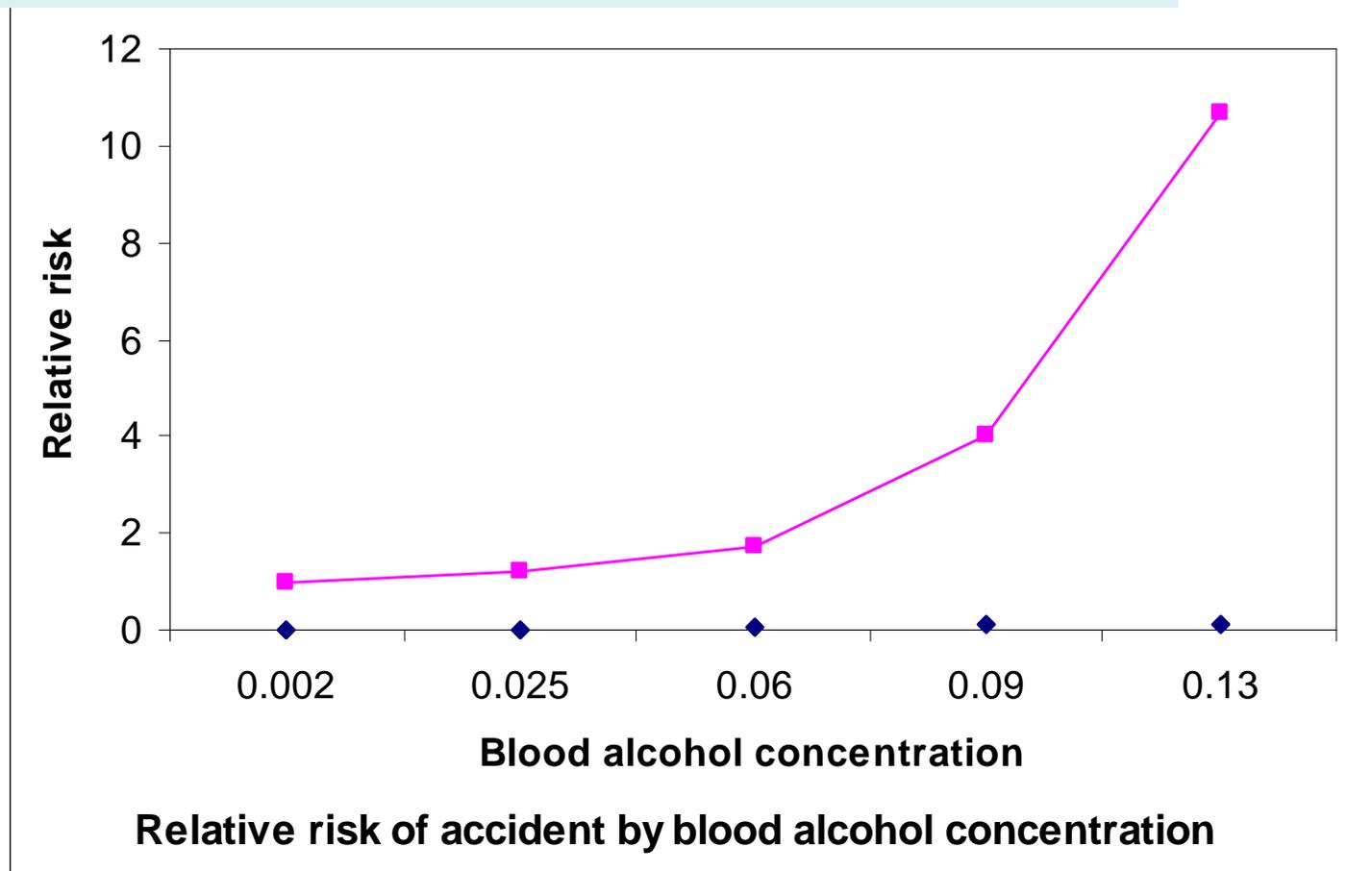
Based on data on prevalence provided by
Emanuele Scafato
Istituto Superiore di Sanità
Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della SaluteEman

Thanks!

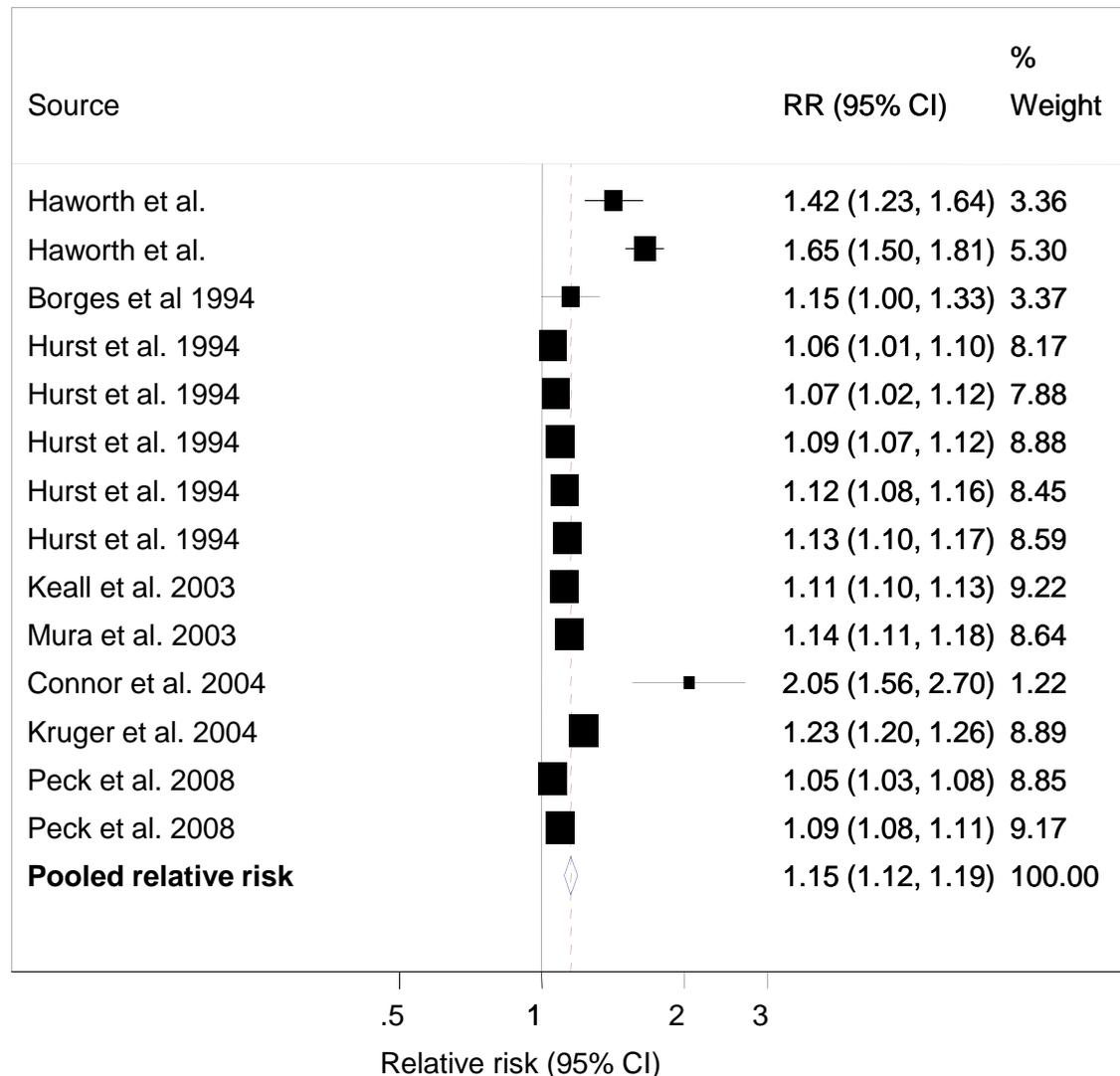
- To E. Scafato and the ISS for providing the exposure data
- To WHO and IHME, Seattle, for initiating the Comparative Risk Assessment (CRA) where the methods described here were introduced.
- To more than 500 scientists and collaborators in the CRAs for alcohol.
- To Benjamin Taylor for undertaking the the injury calculations

Alcohol and injury – traffic accidents: results of most famous roadside survey

Source: Hurst et al. (1994) Accident Analysis and prevention, 26(5): 647-654



More systematic: meta-analysis



Forest plot for studies of motor vehicle accidents only and estimated relative risks associated with a **10 g/day increase in alcohol consumption**: Estimates were derived from a random effects linear model.

Alcohol-attributable deaths and burden of disease in Italy 2004

Same methodology as in Lancet for the country estimates!

Deaths attributable to alcohol consumption in Italy in 2004 (in 1,000)

Disease Category	ITALY			EUR		
	M	W	T	M	W	T
Maternal and perinatal conditions (low birth weight)	0.0	0.0	0.0	0.3	0.2	0.5
Cancer	7.1	4.3	11.5	64.5	40.1	104.6
Diabetes mellitus	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1
Neuropsychiatric disorders	0.3	0.1	0.4	27.6	7.7	35.3
Cardiovascular diseases	5.0	2.6	7.6	156.9	47.3	204.2
Cirrhosis of the liver	5.0	3.3	8.3	89.6	44.4	134.0
Unintentional injuries	3.6	1.0	4.5	190.0	34.9	224.9
Intentional injuries	0.6	0.2	0.8	62.9	11.4	74.2
Total 'detrimental effects' attributable to alcohol	21.6	11.5	33.1	591.8	186.2	777.9
Diabetes mellitus	-0.8	-0.4	-1.2	-3.6	-3.3	-6.9
Cardiovascular diseases	-5.9	-4.8	-10.7	-53.8	-98.0	-151.9
Total 'beneficial effects' attributable to alcohol	-6.7	-5.3	-11.9	-57.4	-101.3	-158.8
All alcohol-attributable net deaths	14.9	6.2	21.2	534.3	84.8	619.2
All deaths	280.2	273.2	553.4	4846.7	4646.3	9493.0
Percentage of all net deaths attributable to alcohol	5.3%	2.3%	3.8%	11.0%	1.8%	6.5%

Alcohol-attributable burden of disease in 1,000 DALYS for Italy 2004

Disease Category	ITALY			EUR		
	M	W	T	M	W	T
Maternal and perinatal conditions (low birth weight)	0	0	0	11	9	20
Cancer	67	45	113	782	516	1298
Diabetes mellitus	0	0	0	0	7	7
Neuropsychiatric disorders	40	28	68	4573	1018	5591
Cardiovascular diseases	44	22	66	1927	489	2416
Cirrhosis of the liver	62	37	99	1680	839	2519
Unintentional injuries	84	17	101	4725	738	5463
Intentional injuries	13	3	17	1549	256	1806
Total 'detrimental effects' attributable to alcohol	311	154	465	15246	3872	19118
Diabetes mellitus	-17	-7	-24	-116	-56	-172
Cardiovascular diseases	-54	-42	-96	-488	-832	-1320
Total 'beneficial effects' attributable to alcohol	-71	-49	-120	-604	-889	-1493
All alcohol-attributable net deaths	240	104	345	14642	2983	17625
All deaths	3367	3214	6581	84476	67271	151747
Percentage of all net deaths attributable to alcohol	7.1%	3.2%	5.2%	17.3%	4.4%	11.6%

MALES : Injuries > Cancer > Cirrhosis

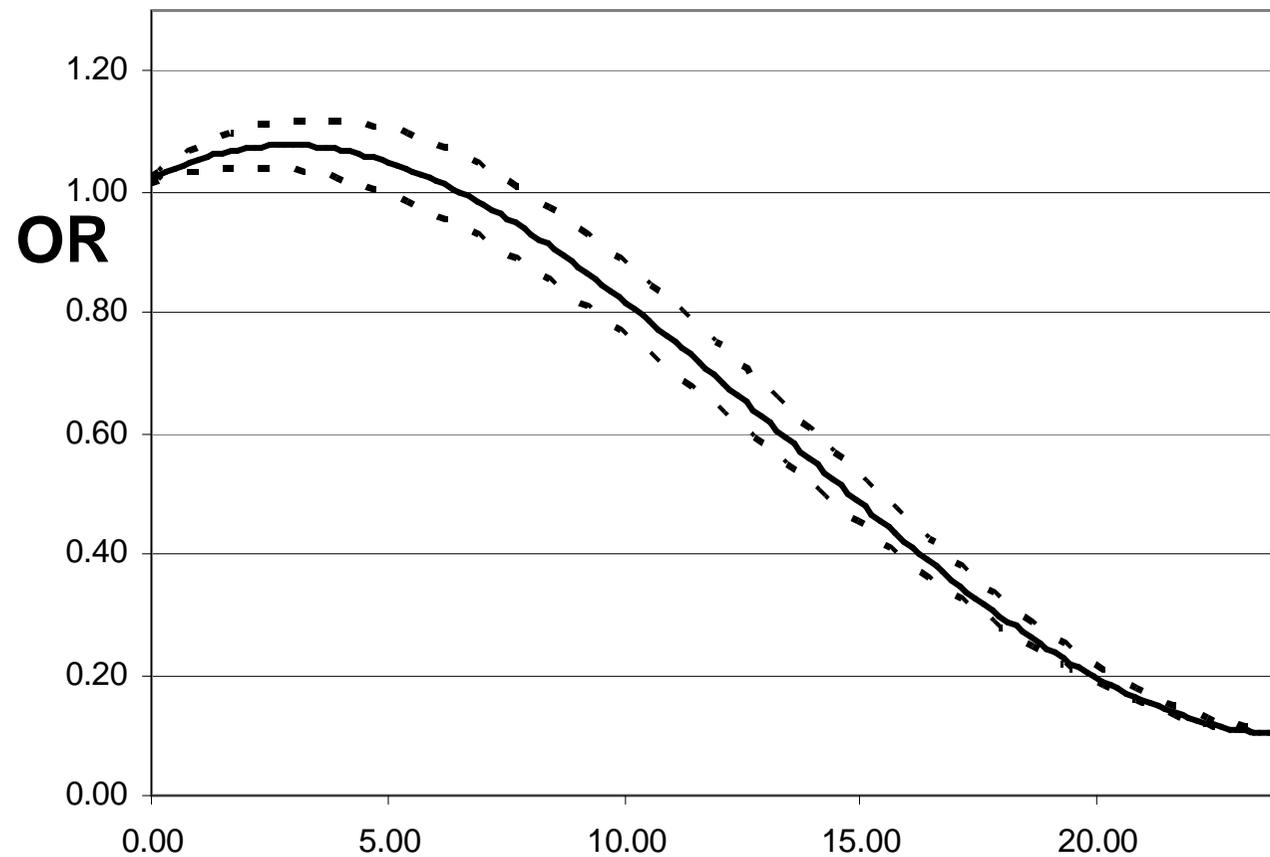
In terms of DALYs , in terms of

- Premature deaths
- Disabilities
- Morbidity (Chronic disease)

In Italy alcohol related injuries (road accidents) will affect males health more than cirrhosis and cancer

Why is cancer mortality and morbidity still so high in Italy given the evidence of a decrease in the per-capita consumption ?

Effect of drinking cessation on oesophageal cancer risk by duration



It takes about 20 years before the risks of abstainers are reached (Rehm et al., 2007, IJC)

But cancer is an exception!

Immediate effects of cessation can be seen on:

- Intentional injury
- Unintentional injury

Which are traditionally low in Italy.

However, with the increase of binge drinking in Europe and in ITALY among youth and young adults, this picture may change.

But there are ways and countermeasures to reduce alcohol-attributable traffic injury

Thus:

- Alcohol prevention and alcohol policy can have immediate effects
- Burden in Italy can be reduced further with proven effective and cost-effective measures
- Italy should continue its efforts to reduce alcohol-attributable disease burden keep its low alcohol-attributable injury rates



Le modifiche in Italia in recepimento delle raccomandazioni europee

L'Italia ha già modificato alcune importanti norme relative ai livelli di alcolemia consentiti alla guida in base alla Racc.ne Comm. 2004/345/EC del 6 aprile 2004 sul rafforzamento nel campo della sicurezza su strada (OJ L 111, 17/04/2004), la Racc.ne Comm. 2001/116/EC del 17 gennaio 2001 sul livello massimo consentito di alcol nel sangue (BAC) per i conducenti di veicoli a motore, (OJ L 43, 14/02/2001) e la più recente Comunicazione Comm. OJ C 48, 14/02/2004.

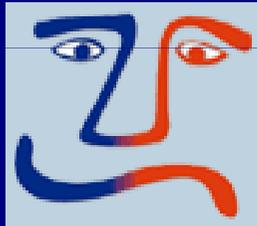
Alla luce delle tendenze registrate, però, sembrano inevitabili ulteriori misure allo scopo di garantire maggiori livelli di sicurezza e salute pubblica.



Le proposte della Consulta Nazionale Alcol

Una priorità costante e riemergente è quella relativa ad alcol e guida. Tra le proposte che è realistico avanzare ci sono quelle relative alle esperienze già in atto in altre nazioni europee e relative alla **dotazione di checkpoints per misurazione tramite etilometro dell'alcol consumato nei locali frequentati in particolare dai giovani, e l'abbassamento dell'alcolemia consentita alla guida con misure differenziali per i guidatori principianti, più giovani e quindi più inesperti.**

Sempre in tale prospettiva è stata proposta la modifica della norma relativa al **divieto di vendita di superalcolici sulle autostrade nelle ore notturne estendendola al divieto di vendita di tutte le bevande alcoliche nelle 24 ore.**



Le misure adottate

TUTTI IN AUTO LE MISURE **PRIMO PIANO 3**

Un motore contro l'alcol
La Nibata ha deciso a tutti i costi che non vuole essere "alcolica". Il risultato, per ora sperimentale, è un sistema di dosaggio che regola la quantità di alcol erogata. E, nel futuro, potrebbe essere applicato, tutti non lo giurano.

«Ma a spiarci potremmo»
«Come pubblico ministero di tale campagna sulla produzione delle automobili, in termini di privacy, non è quello che mi hanno stuporato, soprattutto nei riguardi del suo governo. In realtà il signor Berlusconi è stato a un momento della sicurezza»

Le quantità di alcol e gli effetti

1 LITRO	0,5 LITRI	100 G	200 G
1 litro di vino (12%) 1 litro di birra (5%) 1 litro di superalcolici (40%)	500 ml di vino (12%) 250 ml di birra (5%) 50 ml di superalcolici (40%)	100 ml di vino (12%) 50 ml di birra (5%) 10 ml di superalcolici (40%)	200 ml di vino (12%) 100 ml di birra (5%) 20 ml di superalcolici (40%)
1 LITRO Aumenta il rischio di incidenti stradali del 50%	0,5 LITRI Aumenta il rischio di incidenti stradali del 30%	100 G Aumenta il rischio di incidenti stradali del 10%	200 G Aumenta il rischio di incidenti stradali del 5%

Il giro di vite: bastano due calici di vino prima della guida e si rischia il carcere

Sicurezza, le mega-multe scattano da oggi

Approvato il decreto legge, il ministro Bianchi: «Segnale forte nel momento più critico dell'anno»

IL MINISTRO
Il decreto legge che il ministro della Difesa e della Sicurezza, il signor Bianchi, ha approvato il 29 settembre, è un segnale forte e un messaggio chiaro. Il decreto, che entrerà in vigore il 1° ottobre, prevede che il limite di alcol nel sangue per chi si accinge a guidare un veicolo è ridotto da 0,5 a 0,25 grammi per litro. Il limite è ridotto a 0,15 grammi per litro per chi si accinge a guidare un veicolo a motore. Il decreto prevede anche che il limite di alcol nel sangue per chi si accinge a guidare un veicolo è ridotto da 0,5 a 0,25 grammi per litro. Il limite è ridotto a 0,15 grammi per litro per chi si accinge a guidare un veicolo a motore.

OSSEQUII GRIDO AL COLO

«Occhio alla birra: dopo due lattine non potete mettervi al volante»

SCALFARI
Dopo le due lattine di birra non potete mettervi al volante. Il ministro della Difesa e della Sicurezza, il signor Bianchi, ha approvato il 29 settembre, è un segnale forte e un messaggio chiaro. Il decreto, che entrerà in vigore il 1° ottobre, prevede che il limite di alcol nel sangue per chi si accinge a guidare un veicolo è ridotto da 0,5 a 0,25 grammi per litro. Il limite è ridotto a 0,15 grammi per litro per chi si accinge a guidare un veicolo a motore.

La quantità di alcol nel sangue è un fattore determinante per la sicurezza stradale. Il decreto legge, che entrerà in vigore il 1° ottobre, prevede che il limite di alcol nel sangue per chi si accinge a guidare un veicolo è ridotto da 0,5 a 0,25 grammi per litro. Il limite è ridotto a 0,15 grammi per litro per chi si accinge a guidare un veicolo a motore.



Le misure:il decreto Bianchi

- **A)** guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico **>0,5 e <a 0,8 grammi** per litro (g/l): sanzione 500 -2000 euro. Arresto fino a un mese, sospensione della patente da tre a sei mesi;
- **B)** guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico **>0,8 e <1,5 (g/l)**: sanzione 800-3200 euro. Arresto fino a tre mesi, sospensione della patente da sei mesi ad un anno.
- **C)** guida in stato di ebbrezza con tasso alcolemico **>1,5 (g/l)**: sanzione 1500 - 6000 euro. Arresto fino a sei mesi, sospensione della patente da uno a due anni.

La pena detentiva può essere commutata nello svolgimento di un'attività a titolo gratuito e continuativo presso strutture sanitarie traumatologiche pubbliche. Tutte le pene sono raddoppiate quando il conducente in stato di ebbrezza (di qualunque entità) provochi un incidente stradale.

- Salvo che il fatto costituisca reato, **in caso di rifiuto dell'accertamento, il conducente è soggetto al pagamento di una somma da 2500 a 10.000 euro.**
- Se la violazione è commessa in occasione di un incidente stradale in cui il conducente è rimasto coinvolto, si applica la sanzione da 3000 a 12.000 euro con sospensione della patente da sei mesi a due anni e fermo amministrativo del veicolo per centottanta giorni (sempre salvo che il veicolo appartenga a persona estranea alla violazione). In caso di recidiva nel biennio, è prevista la revoca della patente.

Le misure:il decreto Bianchi



Nei locali dove si svolgono spettacoli e altre forme d'intrattenimento unitamente all'attività di somministrazione di alcolici **devono interrompere** la somministrazione di bevande alcoliche **dopo le ore 2.00 della notte** ed assicurarsi che all'uscita del locale sia possibile effettuare, in maniera volontaria un alcol-test.

Inoltre **è fatto obbligo di esporre** all'entrata e all'uscita del locale, **tabelle** con la descrizione dei sintomi legati all'assunzione di alcol, le quantità delle bevande alcoliche trattate che determinano il superamento del tasso alcolemico per la guida in stato di ebbrezza (0,5 grammi per litro). **L'inosservanza di tali disposizioni comporta la chiusura del locale da 7 a 30 giorni.**



Nuovo Codice della Strada. Luglio 2011

- Alcolemia ZERO al di sotto dei 21 anni
- Alcolemia ZERO per le patenti superiori
- Alcolemia ZERO per i primi tre anni di patente
- Invariato 0,5 per il resto dei conducenti ma con sanzioni modificate ; depenalizzazione delle alcolemie più basse e aumento progressivo delle sanzioni



Il contributo delle misure legislative sulla sicurezza stradale

L'efficacia della legislazione sui livelli di alcolemia dipende in larga parte dall'attività di controllo e, in particolare, dai **controlli randomizzati**.

Tutti gli studi disponibili confermano che l'effetto positivo di una nuova legislazione per abbassare i limiti di BAC è maggiore **se è accompagnato da dibattiti pubblici, da campagne dei media e dall'applicazione delle nuove leggi**.

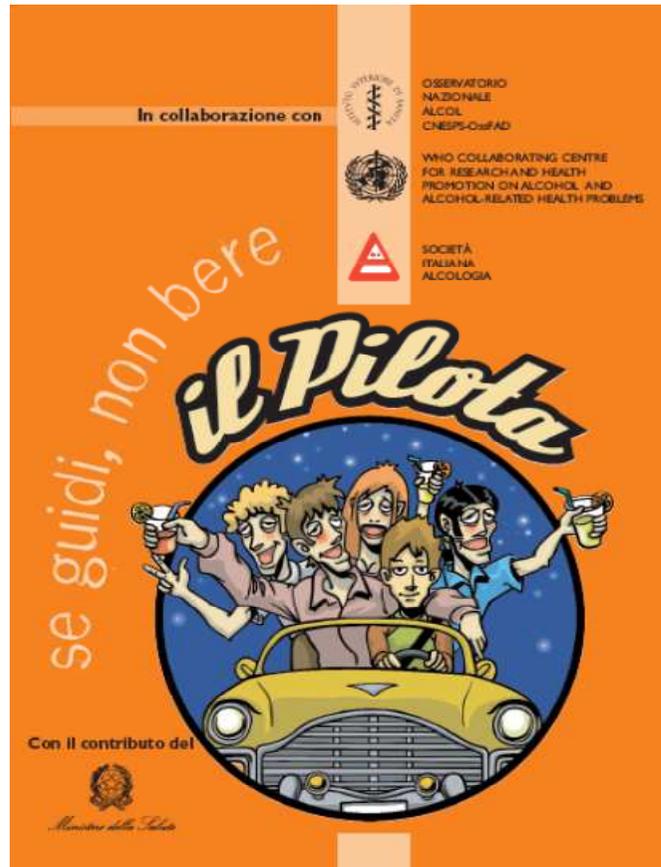


Guida e sicurezza stradale. Se guidi, non bere

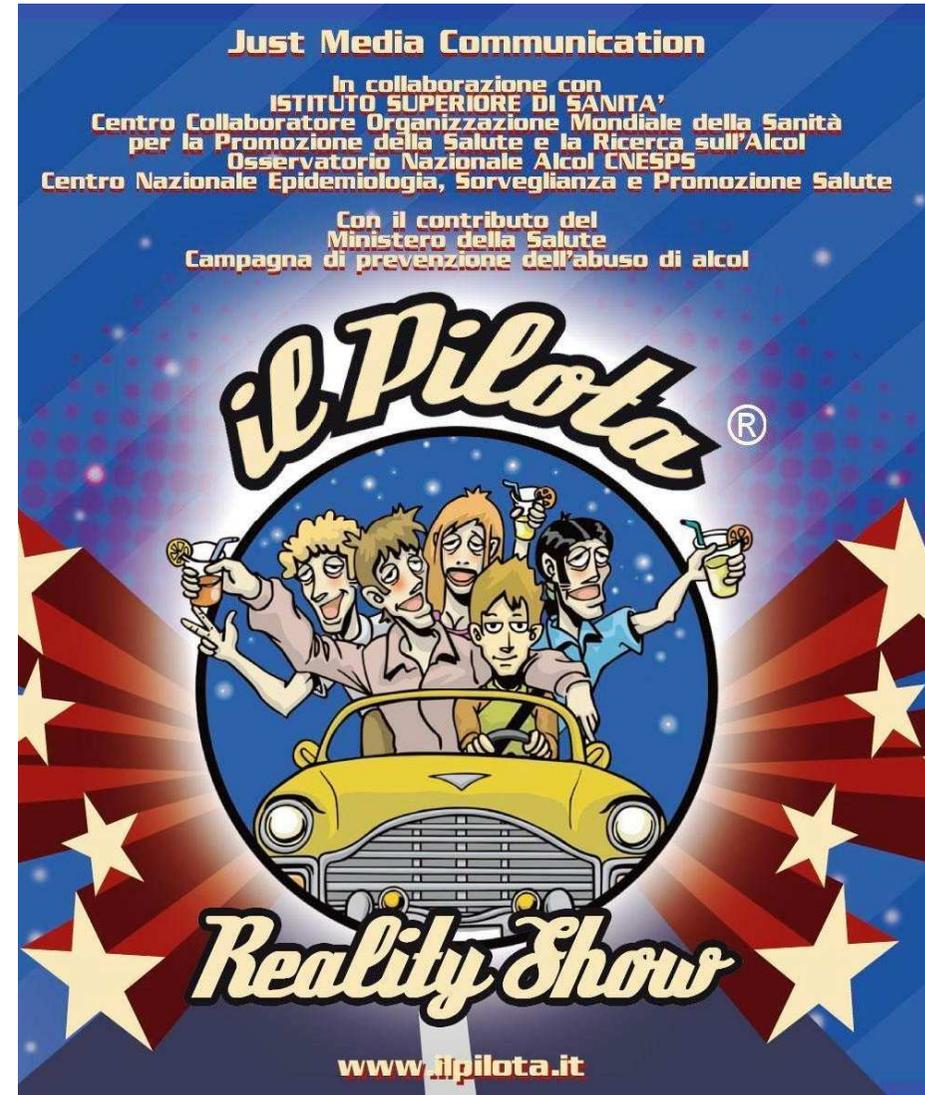
Per questo l'Istituto Superiore di Sanità su mandato e finanziamento del Ministero della Salute ha promosso lanciato nel 2005 la Campagna "Se guidi, non bere", che si è integrata strategicamente nel 2006 con un'attenzione particolare ai luoghi dedicati al divertimento, per rendere più sicure le serate dei giovani e più serene quelle dei genitori.

IL PILOTA

www.ilpilota.it



CAMPAGNA 2006-7
CONTRO L' ABUSO
DI ALCOL





NON C' E' VITA DA BUTTARE



CAMPAGNA
2006
CONTRO
L' ABUSO DI
ALCOL

SPOT VIDEO
GIGI
D' ALESSIO
“LA BOTTIGLIA
NON E' UN
GIOCO”





ALCOL E GUIDA

E' indispensabile **INFORMARE CORRETTAMENTE** e **DISSUADERE** dal **CONSUMO** DI **ALCOL ALLA GUIDA** EVITANDO **MESSAGGI CONTRADDITTORI** e fornendo gli elementi e gli strumenti di **AUTOVALUTAZIONE** del **RISCHIO** per il contesto



Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Centro Coll. Organizzazione Mondiale della Sanità per la Ricerca sull'Alcol e le Problematiche Alcolcorrelate

TABELLA PER LA STIMA DELLE QUANTITÀ DI BEVANDE ALCOLICHE CHE DETERMINANO IL SUPERAMENTO DEL TASSO ALCOLEMICO LEGALE PER LA GUIDA IN STATO DI EBBREZZA, PARI A 0,5 GRAMMI PER LITRO

(Art.6 del decreto legge 3 agosto 2007 n. 117 convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1 della legge 2 ottobre 2007 n. 160)

La Tabella contiene i LIVELLI TEORICI DI ALCOLEMIA RAGGIUNGIBILI DOPO L'ASSUNZIONE DI UNA UNITÀ ALCOLICA

UNITÀ ALCOLICA DI RIFERIMENTO (in cc) (Bicchiere, lattina o bottiglia serviti usualmente nei locali)

Birra	330 cc	Superalcolici	40 cc
Vino	125 cc	Champagne/spumante	100 cc
Vini liquorosi-aperitivi	80 cc	Ready to drink	150 cc
Digestivi	40 cc	MIX	sommare i componenti

I valori di ALCOLEMIA, calcolati in base al sesso, al peso corporeo e all'essere a stomaco vuoto o pieno, sono solo indicativi e si riferiscono ad una assunzione entro i 60-100 minuti precedenti

Se si assumono più unità alcoliche, per conoscere il valore di alcolemia raggiunto è necessario sommare i valori indicati per ciascuna unità alcolica consumata**

		DONNE													
		STOMACO VUOTO						STOMACO PIENO							
BEVANDA	Gradazione (Vol. %)	Peso corporeo (Kg)						BEVANDA	Gradazione (Vol. %)	Peso corporeo (Kg)					
		45	55	60	65	75	80			45	55	60	65	75	80
		Livelli teorici di alcolemia								Livelli teorici di alcolemia					
birra analcolica	0,5	0,06	0,05	0,04	0,04	0,03	0,03	birra analcolica	0,5	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02
birra leggera	3,5	0,39	0,32	0,29	0,27	0,24	0,22	birra leggera	3,5	0,23	0,19	0,17	0,16	0,14	0,13
birra normale	5	0,56	0,46	0,42	0,39	0,34	0,32	birra normale	5	0,32	0,26	0,24	0,22	0,19	0,18
birra speciale	8	0,90	0,73	0,67	0,62	0,54	0,50	birra speciale	8	0,52	0,42	0,39	0,36	0,31	0,29
birra doppio malto	10	1,12	0,92	0,84	0,78	0,67	0,63	birra doppio malto	10	0,65	0,53	0,48	0,45	0,39	0,36
vino	12	0,51	0,42	0,38	0,35	0,31	0,29	vino	12	0,29	0,24	0,22	0,20	0,18	0,17
vini liquorosi-aperitivi	18	0,49	0,40	0,37	0,34	0,29	0,28	vini liquorosi-aperitivi	18	0,28	0,23	0,21	0,20	0,17	0,16
digestivi	25	0,32	0,26	0,24	0,22	0,19	0,18	digestivi	25	0,20	0,16	0,15	0,14	0,12	0,11
digestivi	30	0,39	0,32	0,29	0,27	0,23	0,22	digestivi	30	0,24	0,19	0,18	0,16	0,14	0,13
superalcolici	35	0,45	0,37	0,34	0,31	0,27	0,25	superalcolici	35	0,27	0,22	0,21	0,19	0,16	0,15
superalcolici	45	0,58	0,47	0,43	0,40	0,35	0,33	superalcolici	45	0,35	0,29	0,26	0,24	0,21	0,20
superalcolici	60	0,77	0,63	0,58	0,53	0,46	0,43	superalcolici	60	0,47	0,38	0,35	0,33	0,28	0,26
champagne/spumante	11	0,37	0,31	0,28	0,26	0,22	0,21	champagne/spumante	11	0,22	0,18	0,16	0,15	0,13	0,12
ready to drink	2,8	0,12	0,10	0,09	0,08	0,07	0,07	ready to drink	2,8	0,07	0,06	0,06	0,05	0,04	0,04
ready to drink	5	0,24	0,20	0,18	0,17	0,17	0,14	ready to drink	5	0,15	0,12	0,11	0,10	0,09	0,08

** Esempi: donna, peso 45 Kg, ha assunto a stomaco vuoto 1 birra leggera ed 1 aperitivo alcolico. Alcolemia attesa: 0,39+0,49 = 0,88 grammi/litro; donna, peso 60 Kg, ha assunto a stomaco pieno 2 superalcolici (60°). Alcolemia attesa: 0,35+0,35 = 0,70.

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for

RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS

Se guidi, non bere



VEDIAMOCI CHIARO



Ragazzi vediamoci chiaro



L'alcol altera la capacità di percezione e di reazione.
Non beviamo mai prima di guidare, potremmo mettere
in pericolo la nostra vita e quella degli altri.
Con l'alcol non si scherza.



Ministero della Sanità - Dipartimento di Politiche Sociali

Non giocare con la vita



NON GIOCARE CON LA VITA

A CHIUDI IL RUBINETTO DELLA VITA NEL COMPLESSO
NELLE SOSTANZE CHE TI PERICOLANO
SE GUIDI NON BERE

CON I LARI 8.000 EURO E 25.000 EURO A CARSA SEI UNO DEI COMBATTENTI PER UNO STATO DI EMERGENZA
FERMARE QUESTA STRAGE COPRENDI ANCHE DA TU

Numero Verde 800.632.000

Ministero della Salute



Priorità: integrazione ottimale delle risorse e valorizzazione delle competenze specifiche

E' indispensabile attivare iniziative e misure legislative atte a preservare i GIOVANI e gli ANZIANI dal rischio

ALCOL & GUIDA

con intense campagne di sensibilizzazione da centrare sul messaggio

SE GUIDI NON BERE





09-SET-2007

CORRIERE DELLA SERA

da pag. 57

Quotidiano Milano

Direttore: Paolo Mieli

Lettori Audipress 2615000

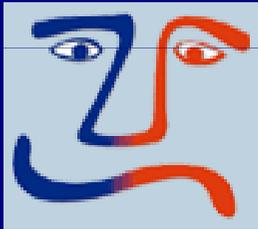
Dipendenze *L'Oms chiede interventi più incisivi*

Alcol, epidemia da bloccare

Gli italiani restii a cambiare

Dall'emergenza delle stragi sulle strade, alla costruzione di una nuova consapevolezza-identità-cultura nazionale sul consumo di alcol: sembra un salto impossibile. Eppure, per dare un senso ai 45 morti di questa estate causati da ubriachi al volante, bisogna trovare il coraggio. Emanuele Scafato, direttore dell'Osservatorio nazionale alcol dell'Istituto superiore della sanità, studia il fenomeno da più di vent'anni: «L'impressione, però, è che si continui a fare una politica che segue gli effetti e non si affrontino finalmente le cause».





Guida e sicurezza stradale. Considerazioni

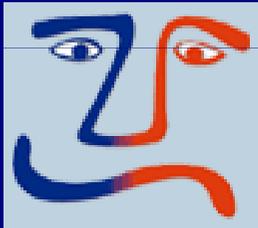
Tenuto conto di tutto ciò appare quindi opportuno che vengano adottate rinnovate strategie per la riduzione dell'incidentalità stradale (mortalità, morbidità, invalidità), rivolte in particolare agli eventi fatali che riconoscono nell'alcol e nello stato di ebbrezza uno dei principali fattori causali completamente evitabili.

Dalla revisione della letteratura e dalle esperienze in atto a livello europeo e internazionale è possibile estrapolare dieci iniziative e misure che possono contribuire a innalzare efficacemente i livelli di sicurezza stradale.



Alcuni motivi del “contendere” ma con interventi a COSTO ZERO

- 1. Riconsiderare i livelli attuali di alcolemia consentiti alla guida (Bac) e valutare l'opportunità di **introdurre livelli più bassi** (introduzione di livelli progressivamente decrescenti in maniera progressiva nel tempo)**
- 2. Valutare l'opportunità di introdurre livelli di alcolemia consentiti alla guida pari a **ZERO** per gli **ultra65enni****



Alcuni motivi del “contendere” ma con interventi a COSTO ZERO

3. Consolidare la tutela della salute e della sicurezza dei giovani fino a 18 anni, in particolare quelli che comunque si pongono alla guida di veicoli, **incrementando da 16 a 18 anni l'età minima legale e/o di divieto alla vendita e non solo di somministrazione attualmente vigente** (come da proposta di legge già avanzata in questo senso)
4. Promuovere il **divieto di vendita di tutte le bevande alcoliche sulle autostrade per 24 ore al giorno**, modificando in via permanente il Decreto legge (scaduto) che prevedeva il divieto di vendita di soli superalcolici tra le 20 e le 6 del mattino



Azioni indirette

- 5. Esplicitare e rafforzare il divieto di vendita accanto a quello di somministrazione ai minori di anni 18**
- 6. Regolamentare ulteriormente la pubblicità sui media (sull' esempio della Loi Evin in Francia)**
- 7. Favorire l'attuazione di campagne di sensibilizzazione che incrementino la consapevolezza coinvolgendo l'ambito scolastico in stretta connessione con quello familiare**



AZIONI ONEROSE

- 9. Aumentare il numero di controlli**
- 10. Finanziare la ricerca sui fattori che possono contribuire a diminuire l'impatto sulla salute e sulla sicurezza di comportamenti di abuso alcolico.**

Allo stato attuale l'Italia non spende praticamente nulla nella ricerca sull'alcol e nulla nel

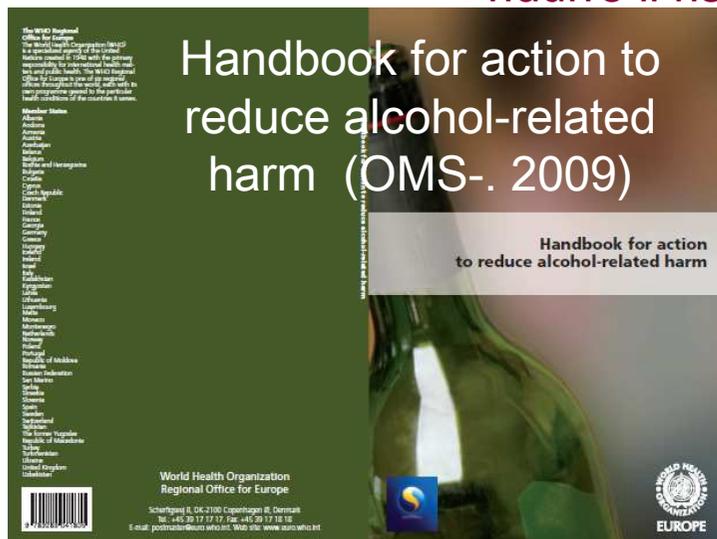
MARKETING SOCIALE



ADOTTARE le AZIONI dotate di efficacia

Manuale OMS per le azioni dirette a ridurre il rischio alcolcorrelato

Handbook for action to reduce alcohol-related harm (OMS-. 2009)



The Regional Office for Europe would like to thank Dr Peter Anderson, Consultant in Public Health and Honorary Senior Lecturer in Public Health, Maastricht University, Netherlands, for writing this report and the following experts for their valuable contributions to this publication.

Dr Joan Colom Farran, Director, Department of Health, Substance Abuse Programme, Government of Catalonia, Barcelona, Spain

Mrs Sandra B. van Ginneken, Senior Policy Officer Alcohol, Nutrition, Health Protection and Protection Department, Ministry of Health, Welfare and Sport, The Netherlands

Dr Antoni Gual, Alcohol Unit, Government of Catalonia, Barcelona, Spain

Ms Karin Nilsson Kelly, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, Sweden

Dr Jacek Moskalewicz, Department of Studies on Alcoholism and Drug Dependence, Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland

Mr Esa Österberg, National Research and Development Centre for Welfare and Health, Alcohol and Drug Research Group, Helsinki, Finland

Professor Valentino Patussi, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi, Centro Alcolologico Regionale (CAR), Florence, Italy

Ms Maria Renström, Director, Ministry of Health and Social Affairs, Public Health Division, Stockholm Sweden

Ms Lidia Segura, Directorate General of Substance Abuse and Aids, Department of Health and Social Security, Government of Catalonia, Barcelona, Spain

Professor Emanuele Scafato, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Rome, Italy

Dr Hana Sovinova, National Institute of Public Health, Prague, Czech Republic.

The Regional Office is grateful to the European Commission and to the Swedish Ministry of Health and Social Affairs for their financial assistance with the production of this report. The launch of this publication was timed to coincide with the Swedish Presidency of the European Union Expert Meeting on Alcohol and Health 21 September 2009. A special thank to Istituto Superiore di Sanità, Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, Rome, Italy for hosting an editorial meeting.



 **World Health Organization
Collaborating Centre
for
Research and Health Promotion on
Alcohol and Alcohol Related Health Problems**

 **WORLD HEALTH
ORGANIZATION**

Centro Collaboratore OMS
per
la Ricerca e la Promozione
della Salute su Alcol e Problemi Alcol-correlati

Osservatorio Nazionale ALCOL

☎ 06 4990 4028 - 06 4990 4029
fax 06 4990 4193
E-mail: alcol@iss.it

www.epicentro.iss.it

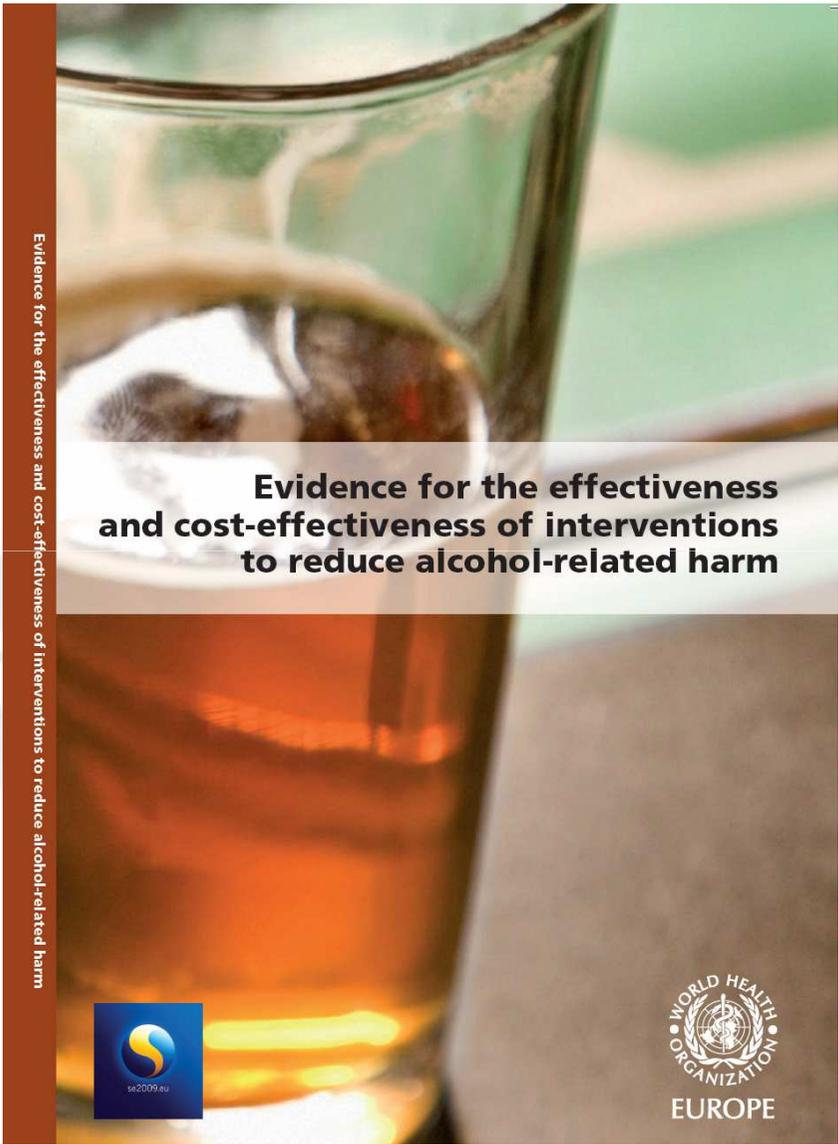
www.ossfad.iss.it



Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute

Telefono Verde Alcol
800-632000

Foto: Fotostudio Europa, Bettina del Lupo e Mario Vercillo, Spazio, Bettina del Lupo





Mercoledì 5 settembre 2007

P6_TA(2007)0377

Strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol

Risoluzione del Parlamento europeo del 5 settembre 2007 su una strategia comunitaria volta ad affiancare gli Stati membri nei loro sforzi per ridurre i danni derivanti dal consumo di alcol (2007/2005(INI))

28. sottolinea che occorre promuovere tutte le misure efficaci per evitare la guida in stato di ebbrezza; sollecita vivamente l'ulteriore sviluppo di sistemi alcolock e di altri strumenti che impediscano meccanicamente alle persone in stato di ebbrezza di guidare, in particolare agli autisti professionisti;
29. invita la Commissione a lanciare campagne di informazione imparziali e indipendenti o a sostenere le campagne di questo tipo effettuate dagli Stati membri, in collaborazione con le associazioni di interesse, per promuovere un consumo responsabile e moderato ed evidenziare le conseguenze negative del consumo nocivo e pericoloso di alcol sulla salute fisica e mentale come pure sul benessere sociale;

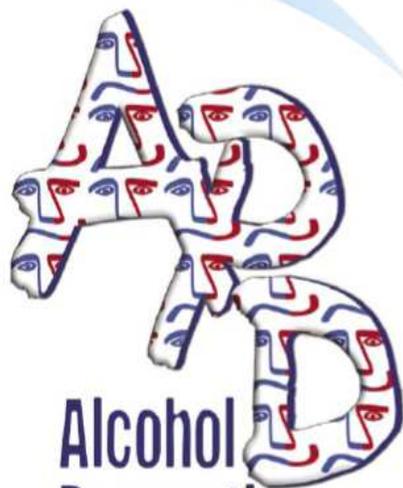
INFORMAZIONI IMPARZIALI E INDIPENDENTI



INFORMAZIONI IMPARZIALI E INDIPENDENTI PER SALUTE E SICUREZZA

GRAZIE A TUTTI !

LIBRETTI



Alcohol Prevention Day

ALCOL E LAVORO
RISTAMPA
2005



ALCOL
LE STRATEGIE
DI PREVENZIONE
DELL'OMS
2006



ALCOL
LE STRATEGIE
DI PREVENZIONE
DELLA COMUNITÀ
EUROPEA
ED 2007



ALCOL
SAI COSA BEVI
PIÙ SAI MENO
RISCHI 2004
RISTAMPA 2006



ALCOL
SAI COSA BEVI
PIÙ SAI MENO
RISCHI DECIDI DI
CAMBIARE 2004
RISTAMPA 2006



DONNA
E ALCOL
PRIMA
ED 2007



IL PILOTA
SE GUIDI, NON
BERE PRIMA
ED 2006



WWW.EPICENTRO.ISS.IT/ALCOL

OPUSCOLI

ALCOL
SAI COSA BEVI
PIÙ SAI
MENO RISCHI
GUIDA UTILE
RISTAMPA 2005



LE RAGAZZE
E L'ALCOL
PRIMA ED 2007



UN DECALOGO
PER I GENITORI
2006



PIEGHEVOLI

ALCOL
QUALCHE
DRITTA
PER I PIÙ
GIOVANI
ED 2007



TELEFONO
VERDE ALCOL



POSTER

CAMPAGNA
SE GUIDI NON
BERE COPPIA
MINISTERO
DELLA SALUTE
E ISS



CAMPAGNA
SE GUIDI NON
BERE RAGAZZA
MINISTERO
DELLA SALUTE
E ISS



WHO COLLABORATING CENTRE
FOR RESEARCH AND HEALTH PROMOTION ON ALCOHOL
AND ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ
OSSERVATORIO NAZIONALE
ALCOL - CNESPS



LAYOUT BY WWW.GEWEB.IT

Osservatorio Nazionale Alcol - World Health Organization Collaborating Centre for

RESEARCH and HEALTH PROMOTION on ALCOHOL and ALCOHOL-RELATED HEALTH PROBLEMS