

Alcol, guida e incidenti stradali

Valentino Patussi*, Ilaria Londi*, Emanuele Scafato**, Roberto Pancheri***

*Centro Alcológico Regionale della Toscana

**Osservatorio Nazionale Alcol-Istituto Superiore di Sanità

***Agenzia Provinciale per i Servizi Sanitari-Provincia Autonoma di Trento

Aspetti generali

Gli incidenti stradali rappresentano la nona causa di morte nel mondo e in assenza di inversioni di tendenza, entro il 2020 saranno la terza causa globale di morte e disabilità. Le stime 2004 dell'impatto sanitario indicano per l'Italia circa 6.000 morti, circa 170.000 ricoveri, oltre 1 milione di accessi di pronto soccorso, cui fanno riscontro circa 20.000 invalidi permanenti. A fronte di questi dati il costo dello Stato per supportare le famiglie, le imprese e le persone incidentate è pari a 33-35 miliardi di euro¹. Dal punto di vista economico il fenomeno è rilevante considerando che a causa degli incidenti stradali viene perso circa il 2% del PIL. Una stima ISTAT² sui costi sociali degli incidenti stradali ha determinato 5.625 morti e 316.630 feriti, con un costo sociale di 31.145 milioni di euro³ e quantificato un importo pari a 33.706 milioni di euro.

Il fenomeno costituisce la prima causa di morte per i maschi sotto i 40 anni e la maggiore causa di invalidità. Gli incidenti stradali sono responsabili del maggior numero assoluto di morti traumatiche in Italia: le vittime della strada risultano circa 5,5 volte in più di quelle sul lavoro, 10 volte più del numero delle vittime di omicidi, oltre 100 volte più delle vittime di disastri aerei, ferroviari, marittimi.

La *proporzione di incidenti mortali*, che fornisce indicazioni sulla gravità degli eventi, risulta sostanzialmente stabile in Italia, in diminuzione dal 1993.

Il *rapporto di mortalità stradale* ($\text{Morti/Incidenti} \times 1.000$), che permette di confrontare la gravità media dei sinistri, in Italia registra un decremento dal 1993 con un minimo (28,3‰) nel 2004.

L'*indice di gravità* ($\text{Morti}/(\text{Morti}+\text{Feriti}) \times 1.000$), che esprime la pericolosità degli incidenti, in Italia evidenzia un trend decrescente dal 1992.

¹ ISTAT (2005), "Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-04", Collana Informazioni, Settore Giustizia, ISTAT, Roma

² Ibidem

³ IV conferenza europea dei Ministri dei Trasporti- Verona 3-4 Novembre 2006

Il tasso di mortalità (numero di morti per 100.000 abitanti) colloca l'Italia al nono posto nella graduatoria di sicurezza dei Paesi dell'Unione europea prima dell'ultimo allargamento. In particolare, l'Italia nel 2004 ha registrato un tasso di 9,7 morti per 100.000 abitanti mentre la media dell'UE dei 15 non supera il tasso di 8,5 morti per 100.000 abitanti.

Questa collocazione è spiegabile dal fatto che durante tutti gli anni Novanta la penisola ha registrato un pesante arretramento dei livelli di sicurezza rispetto all'evoluzione media europea e questo arretramento ha portato l'Italia dal quarto posto del 1990 (dopo Svezia, Olanda, Regno Unito e Danimarca) al nono posto nel 2002 che permane anche nel 2005. In tutti questi anni l'evoluzione italiana è stata in netta controtendenza rispetto a quella dell'UE.

Negli ultimi anni però l'incidentalità stradale, nonostante l'incremento dei veicoli circolanti, è rimasta a livello pressoché costante grazie alle innovazioni tecnologiche (sicurezza attiva) e alle normative specifiche, anche se il parco veicoli negli ultimi 40 anni è aumentato di 8 volte (da 6 a 48 milioni), mentre la rete stradale principale solo di 1.6 volte (da 104.400 a 169.000 chilometri di estensione)⁴.

Questo dà una misura di quanto alti possano essere i tassi di congestione delle nostre strade e le occasioni di pericolo per conducenti, passeggeri e pedoni.

Fra tutti i sistemi di trasporto, il trasporto su strada è di gran lunga il più pericoloso e che paga il prezzo più alto in termini di vite umane. Il programma d'azione europeo per la sicurezza stradale prevede l'obiettivo di ridurre del 50% il tasso dei decessi entro il 2010, obiettivo che per l'Italia significherebbe un calo di 3.350 vittime. Nell'arco di 5 anni gli incidenti nell'UE sono diminuiti del 27% ma in Italia i bambini (da 0 a 14 anni) feriti in incidenti sono circa 11 mila l'anno, e di questi circa 130-150 muoiono.

Nonostante ciò la mortalità a causa di incidenti ha registrato un decremento: nel 2003 si è verificato la più alta riduzione dal 1953, grazie alla riforma di alcune norme del Codice della strada (in particolare dalla introduzione della patente a punti), dai primi due programmi di attuazione del Piano nazionale della sicurezza stradale. Dal 2002 questo ha reso disponibili incentivi a Comuni, Province e Regioni per interventi nel campo della sicurezza stradale.

Risulta ancora ad alto rischio la fascia di età dai 18 ai 34 anni, in gran parte a causa della persistenza di comportamenti a rischio e al mancato rispetto delle norme vigenti in materia di sicurezza stradale. Proprio nel 2003 la Commissione Europea, con il terzo Programma di azione per il miglioramento della sicurezza stradale in Europa, ha fissato l'obiettivo di dimezzare il numero delle vittime entro il 2010.

⁴ P. Maturano, 2007

Nel 2004 la riduzione non è andata oltre i 440 morti. Nel 2005, si è ridotto il numero dei morti di circa 100 unità, ma si tratta di dati parziali.

Gli incidenti stradali sono un fenomeno riconducibile a vari fattori: conduzioni strutturali inerenti alle strade e alla circolazione, condizioni inerenti i mezzi di trasporto e comportamenti del guidatore.⁵

L'assunzione di alcol è sicuramente una dei fattori più determinanti per la sicurezza sulle strade, in Europa 1 decesso su 4 tra i giovani tra i 19-25 anni è dovuto all'alcol.

Circa la metà degli incidenti stradali sono dovuti al consumo di alcol e il rischio aumenta in relazione alla quantità di sostanza assunta⁶ quindi in un'ottica di promozione della sicurezza e prevenzione delle morti sulla strada è auspicabile sensibilizzare e informare la popolazione generale sugli effetti di questa sostanza sull'organismo. Infatti tutto il nostro paese, sulla spinta di pressioni commerciali, falsi miti e ricerca dello sballo è fortemente condizionato dalla cultura del bere, che esalta gli effetti positivi dell'alcol, minimizzandone in modo acritico i rischi ad esso connessi.

Di notevole importanza è l'indicazione proveniente da un celebre studio (Borkenstein et al., 1964) che evidenziava già negli anni 60' che il rischio relativo agli incidenti stradali era maggiore per i conducenti che assumevano bevande alcoliche occasionalmente rispetto ai conducenti consumatori abituali.

Sulla spinta di nuove consapevolezze anche le Istituzioni a livello internazionale si stanno muovendo con nuovi provvedimenti; infatti il Bundesrat, la Camera Alta tedesca, ha approvato il provvedimento che a maggio 2007 aveva ottenuto il via libera del Bundestag, la Camera Bassa: da Luglio i giovani al di sotto dei 21 anni per guidare non dovranno aver assunto alcun quantitativo di alcol. Secondo il Ministro federale dei Trasporti, la legge mira ad eliminare una delle principali cause di incidenti stradali.

Dal Rapporto Eurobarometro *del* Working Group Alcohol and Health della DgSanco sulle opinioni degli europei nei confronti dell'alcol⁷, in Italia si registra uno tra i più bassi livelli di conoscenza riguardo il limite di alcolemia (0,5 grammi/litro) consentito alla guida: il 77% degli intervistati afferma esplicitamente di non conoscerlo. Solo il 18% degli intervistati conosce il limite corretto e il 4% è convinto che il limite sia superiore a più del doppio del livello consentito.

Tre quarti (73%) degli intervistati si dichiara d'accordo con l'abbassamento a 0,2 grammi/litro di alcolemia alla guida per i giovani e per i neopatentati. In Italia i favorevoli sono risultati pari al 64 % degli intervistati.

⁵ G. Marano, 2007

⁶ S. Anfilochi et al. 2001

⁷ E. Scafato. Eurobarometro: consumi, abusi, opinioni e tendenze degli italiani. www.epicentro.iss.it

L'80% degli europei è convinto che l'incremento dei controlli favorirebbe la riduzione del numero di coloro che beve prima di porsi alla guida. In Italia i favorevoli sono superiori alla media europea e pari all'82% degli intervistati.

La maggior parte degli intervistati in Europa gradirebbe l'adozione di misure rivolte alla protezione dei gruppi più vulnerabili della popolazione e a ridurre le morti causate dall'alcol alla guida.

La valutazione campionaria dell'uso delle cinture di sicurezza nella popolazione generale

Il monitoraggio dell'uso dei dispositivi di sicurezza nella popolazione generale è stato avviato nell'anno 2000, quale parte del progetto "Casco-2000" e poi "Ulisse", coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità. Il rilevamento è effettuato da 2 operatori per punto (strada urbana-periferica) per 3 ore al mese, 6 mesi all'anno. I Servizi coinvolti nel rilevamento sono: Servizio educazione alla salute, U.O Igiene Pubblica, Centro riferimento attività alcoliche, U.O. Prevenzione/Sicurezza ambienti di lavoro, Osservatorio epidemiologico. A luglio 2003 si era osservato un rilevante aumento di cinturati rispetto al febbraio dello stesso anno ($p < 0,001$), dal 37,9% al 77,4%, a dimostrazione dell'efficacia dell'introduzione della patente a punti (30 giugno). Nel 2005 si osserva un consolidamento della percentuale di cinturati, con permanenza tuttavia di un 20% circa di non cinturati.

L'incremento d'uso delle cinture a seguito della patente a punti si registra in tutto il Paese ³

	Prima Pat. a punti	Dopo Pat. a punti
NORD	39,9%	84,2%
CENTRO	25,5%	67,3%
SUD E ISOLE	19,2%	53,6%

Tab.1

Giovani e/o neopatentati

I dati indicano chiaramente che il numero di sinistri diminuisce con l'anzianità di patente. Inoltre gli incidenti di cui sono responsabili i neopatentati sono mediamente più gravi (in particolare eccesso di velocità 30%) di quelli provocati dagli altri conducenti. Introdurre quindi un periodo triennale di particolare attenzione alla propria sobrietà alla guida favorirebbe probabilmente nei giovani conducenti una sana abitudine e un comportamento corretto anche negli anni successivi;

³ Taggi F. e coll. 2005

“I guidatori più giovani hanno un incremento di rischio per gli incidenti a partire da livelli di 20mg% e pertanto in questo gruppo di popolazione dovrebbe essere introdotto un limite legale pari o inferiore a 20mg%“ WHO,1996

Gli incidenti stradali in Europa (dati OMS e UNECE)

- a. Causano circa 120.000 morti all'anno (ca. 41.000 nella EU)
- b. Risultano in più di 2 milioni di infortuni
- c. Per la maggior parte (65 %) avvengono in aree urbane (solo il 5 % in autostrada)
- d. 1/3 delle vittime ha meno di 25 anni
- e. I ragazzi di età inferiore a 18 anni rappresentano il 10 % dei morti e il 15 % dei feriti
- f. Principale causa di morte per le persone < 40 anni

Tassi alcolemici consentiti alla guida nei paesi membri dell'Unione Europea

PAESE	LIMITE ml/l	PAESE	LIMITE ml/l
Austria	0,49	Lussemburgo	0,8
Belgio	0,5	Malta	0,8
Bulgaria	0	Paesi Bassi	0,5 0,2 neopatentati
Cipro	0,9	Polonia	0,2
Danimarca	0,5	Portogallo	0,5
Estonia	0,1	Regno Unito	0,8
Finlandia	0,5	Repubblica Ceca	0
Francia	0,5 0,2 autocarri	Romania	0
Germania	0,5 0 per i minori di 21 anni	Slovacchia	0
Grecia	0,5	Slovenia	0,5 conducente privato 0,2 cond.professionista
Italia	0,5	Spagna	0,5 0,3 servizi pubblici
Irlanda	0,8	Svezia	0,2
Lettonia	0	Ungheria	0
Lituania	0,4		

Tab. 2

Gli effetti dell'alcol alla guida

Allo stato attuale delle conoscenze, la guida sotto l'influsso dell'alcol etilico rappresenta il fattore di rischio più potente nella genesi dell'incidente stradale grave o mortale.

A questo proposito, negli ultimi anni l'OMS ha segnalato che il consumo di bevande alcoliche va considerato come uno tra i più importanti fattori di rischi per la salute. Il Piano di Azione Europeo sull'Alcol concordato tra il Comitato Regionale per l'Europa dell'OMS e i rappresentanti dei paesi europei, si poneva come obiettivo per l'anno 2000 la riduzione del 25% dei consumi generali di alcol. Nel Documento programmatico dell'OMS per la Salute negli anni 2000 Health 21 si pone di nuovo l'accento sulla necessità di ridurre il consumo di alcol a 6 l/pro capite/anno. Tale indicazione risulta maggiormente opportuna in riferimento alla relazione tra assunzione di alcolici e guida. Numerose ricerche epidemiologiche evidenziano infatti che una quota valutabile tra il 30-50% degli incidenti stradali gravi o mortali sono sicuramente da correlare al consumo di bevande alcoliche.

Il rischio alcol rispetto alla guida si esprime in tre modalità:

- 1) Il rischio aumenta esponenzialmente con l'aumentare dell'alcolemia, ovvero della concentrazione di alcol nel sangue del conducente a partire da 50 mg di etanolo/100 ml di sangue;
- 2) a parità di alcolemia, il rischio aumenta molto rapidamente quanto minore è l'età del conducente;
- 3) a parità di alcolemia, il rischio aumenta molto rapidamente quanto minore è la frequenza con cui si consumano usualmente bevande alcoliche.

Rispetto al primo fattore si può affermare, che con alcolemia intorno ad 1ml/l si ha un Rischio Relativo pari a 10 di provocare un incidente grave o mortale. Ciò significa che se un uomo adulto del peso di 70 Kg assumere circa 4 bicchieri di vino a stomaco vuoto ha un rischi di effettuare un incidente grave o mortale 10 volte superiore ad uno stesso soggetto sobrio. Con alcolemia di 1,30 ml/l il rischio relativo aumenta di circa 25-30 volte. Con alcolemia di 1,50ml/l il rischio relativo aumenta di circa 380 volte. E' dimostrato, con l'utilizzo di simulatori che anche per alcolemie intorno a 0,2ml/l il rischio relativo aumenta 2-3 volte.⁸

Numerosi studi (in particolare Introna, 1982) hanno evidenziato gli effetti dell'alcol sull'organismo rispetto alla guida di veicoli.

Livelli alcolemici e capacità di guida (Introna, 1982)

Alcolemia	Effetti
0,2 ‰	Il 20% dei soggetti non sono sicuri nella guida e manifestano iniziale allungamento del tempo di reazione allo stimolo visivo. Riduzione della capacità di suddividere l'attenzione tra due o più fonti di informazioni (es. tra stimoli visivi ed uditivi)
0,3 ‰	Inizia il deficit del senso di profondità (stereoptometrico).
0,4 ‰	Compare un ottundimento del riflesso corneale; peggiora pericolosamente il rendimento di guida ad una velocità che non sia modesta
0,5 ‰.	Il 25-30% dei soggetti è incapace di guidare correttamente. Riduzione della visione stereoscopica, riduzione della resistenza visiva

⁸ Redazione Ministero della Salute, aprile 2002

	all'abbagliamento
0,65 ‰	Cominciano i disturbi dell'equilibrio
0,90 ‰	Diminuisce la capacità di adattamento all'oscurità. Compomissione della capacità di valutare la distanza. Diminuzione della capacità attentava, diminuzione della sensibilità alla luce rossa.
1,00 ‰	Ulteriore peggioramento dei tempi di reazione e del rendimento nella guida. Lo stato del soggetto è diagnosticabile anche dal profano. Ulteriore riduzione della visione stereoscopica, riduzione della percezione delle distanze e della velocità di movimento degli oggetti
1,70 ‰	Ubriachezza evidente, incapacità di valutare le distanze, gravi disturbi dell'equilibrio, eccitazione e comportamento rumoroso.

- ✓ Studi internazionali hanno evidenziato che il solo consumo di bevande alcoliche rappresenta un fattore di rischio elevato per incidenti stradali. Il Rischio Relativo (RR) nella popolazione di consumatori è 1.59 rispetto alla popolazione di non consumatori (Walzer Pf, 2003)
- ✓ Bedard M (Bedard 2002) nel suo studio evidenzia che le donne con alcolemia di 0,30 ml/l presentano un RR di 3.19 rispetto agli incidenti stradali delle donne che hanno un alcolemia inferiore o a coloro che non consumano bevande alcoliche.
- ✓ Reynaud M (Reynaud M, 2002) in uno studio sulla relazione tra assunzione di bevande alcoliche e incidenti stradali evidenzia che il RR di effettuare incidenti per chi assume moderate quantità di alcol (alcolemia = 0,5 ml/l) è di 4.19 volte maggiore rispetto a chi non assume alcolici .Inoltre lo studio dimostra che il consumo di alcolici è il più importante fattore di rischio per incidenti rispetto ad altri fattori (età, condizioni meteorologiche, orario nella giornata).
- ✓ Anche uno studio italiano effettuato sulle persone afferiti al Dipartimento Emergenza Urgenza dell'Ospedale di Forlì (Fabbri, A 2001) dimostra che livelli di alcolemia compresi tra 0,5 e 1 ml/l determinano un RR = 1.89 in relazione alla mortalità e a traumi con invalidità permanenti.
- ✓ La relazione tra assunzione di bevande alcoliche età e genere è stata analizzata in molti studi. In particolare Zador (Zador PL, 2000) evidenzia che le donne di età compresa tra i 16 e i 20 anni che assumono modeste quantità di alcolici (alcolemia di 0,2 ml/l) presentano un RR pari a 2 in relazione ad incidenti che coinvolgono un singolo veicolo.

Incidenti stradali alcolcorrelati in Italia	
Morti	4000
Feriti	circa 125.000
Invalidi	circa 10.000
Ricoverati (compresi gli invalidi)	circa 70.000
Accessi al Pronto Soccorso (senza ricovero)	circa 500.000

Costo sociale e sanitario annuo :	circa 15 miliardi di Euro
-----------------------------------	---------------------------

Allo stato attuale delle conoscenze⁹, possiamo dire che la guida sotto l'effetto dell'alcol rappresenta il fattore di rischio più potente nella genesi dell'incidente stradale grave o mortale. Ciò riveste particolare importanza data l'alta prevalenza del consumo di bevande alcoliche in Italia.

Il 46% degli incidenti stradali è correlato all'uso di alcol e la mortalità per incidente stradale è la prima causa di morte tra i giovani (18-26 anni).

Nel 2001, 2050 giovani hanno perso la vita in incidenti stradali.

Il 70-80% dei bevitori si mette alla guida dopo aver bevuto e dal 10 al 20% afferma di aver guidato dopo "aver bevuto molto".¹⁰

Ricoveri* ad eziologia alcolica specifica in Italia dal 1999 al 2003¹¹

Le patologie per le quali con maggiore frequenza vengono effettuati dei ricoveri sono le malattie epatiche da alcol (571.0-571.3) e la dipendenza da alcol (303.9).

Le patologie per le quali il numero dei ricoveri tende a diminuire sono la dipendenza da alcol (303.9) e l'abuso di alcol (305.0).

La patologia per la quale il numero dei ricoveri sembra tendere ad aumentare è l'intossicazione acuta da alcol (303.0), la quale è quella più facilmente riscontrabile come causa di incidente stradale.

Dati SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), incidenti stradali e alcol¹²

Dai dati dell'ACI-ISTAT:

- 1) risulta che nel 2003 ci sono stati 225.141 incidenti provocando 6.015 morti e 318.961 feriti.
- 2) tra le cause imputabili allo stato psico-fisico del conducente il primo posto è occupato dall'ebbrezza da alcol.

Anche in Italia, come in altri paesi europei si stanno consolidando esperienze locali di intervento rispetto a coloro a cui è stata ritirata la patente per la violazione dell'articolo 186 del Nuovo Codice della strada (guida in stato di ebbrezza).

Queste esperienze prevedono almeno due livelli:

- 1°-accertamento e consulenza diagnostica
- 2°-consulenza alcologica con finalità informativo educative

⁹ ISS/Gruppo TIV (Traumi, Incidenti & Violenza)

¹⁰ Gruppo SIA "Alcol e guida"

¹¹ Elaborazione Centro Alcologico Regionale della Toscana su dati del Ministero della Salute

¹² Gruppo SIA "Alcol e Guida"

Esistono però alcune difficoltà nella raccolta dei dati riferiti alle SDO, le schede che sono compilate in relazione ad ogni ricovero, per fini amministrativi. Le schede di dimissione ospedaliera dovrebbero essere debitamente compilate del personale sanitario e di conseguenza dovrebbero contenere informazioni sanitarie molto importanti, tra cui la “causa esterna del ricovero” dove rientra anche l’incidente stradale. Da queste informazioni raccolte riusciremmo ad avere il numero dei ricoveri per incidenti stradali in un anno e anche la gravità del traumatismo riportato, risparmiando risorse ed energie importanti. In realtà gran parte delle SDO non riportano la “causa esterna di ricovero” e quindi non possiamo ricavarne alcun dato in questo senso (F. Taggi, 2007)

Secondo la Legge 125/01 art. 6 le Regioni stanno lavorando alla standardizzazione delle procedure Servizi di Alcolologia/ le Commissioni Medico Legali (CML)

Regioni che stanno attuando un protocollo:

- Regione Emilia Romagna
- Regione Veneto
- Regione Toscana
- Regione autonoma Trento e Bolzano

Epidemiologia della violazione dell’articolo 186 del Codice della Strada (guida in stato di ebbrezza)¹³

L’articolo 186 del nuovo codice della strada stabilisce che:

“È vietato guidare in stato di ebbrezza in conseguenza dell'uso di bevande alcoliche.

Qualora dall’accertamento di cui ai commi 4 o 5 risulti un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 0,5 grammi per litro (g/l), l’interessato è considerato in stato di ebbrezza ai fini dell’applicazione delle sanzioni di cui al comma 2.

Le sanzioni prevedono: l’arresto fino ad un mese e con l’ammenda da euro 258 a euro 1.032. Per l’irrogazione della pena è competente il tribunale. All’accertamento del reato consegue la sanzione amministrativa accessoria della sospensione della patente da quindici giorni a tre mesi, ovvero da un mese a sei mesi quando lo stesso soggetto compie più violazioni nel corso di un anno, ai sensi del capo II, sezione II, del titolo VI. Quando la violazione è commessa dal conducente di un autobus o di un veicolo di massa complessiva a pieno carico superiore a 3,5 t, ovvero di complessi di veicoli, con la sentenza di condanna è disposta la revoca della patente di guida ai sensi del capo II, sezione II del titolo VI; in tale caso, ai fini del ritiro della patente, si applicano le disposizioni dell’articolo 223. Il veicolo, qualora non possa essere guidato da altra persona idonea, può essere

¹³ Art. 186 Codice della strada- Guida sotto l’influenza dell’alcol.

fatto trainare fino al luogo indicato dall'interessato o fino alla più vicina autorimessa e lasciato in consegna al proprietario o gestore di essa con le normali garanzie per la custodia.

Inoltre è prevista la sottrazione di 10 punti per la violazione dell' art 186 del codice della strada”

Le statistiche sul fenomeno non appaiono ancora una volta organiche. Infatti le fonti dei dati sono numerose , le forze dell'ordine (Polizia stradale e di stato, carabinieri, polizie municipali, guardia di finanza) prefetture pubblico registro automobilistico e ACI.

Attualmente il flusso di dati non è coordinato, infatti è in corso di attivazione una banca dati informatizzata tra le forze dell'ordine, ma a cui non accedono i dati delle prefetture. A queste giungono tutti i verbali delle violazioni, ma in genere possiedono solo registri cartacei e quindi non utilizzabili a fini statistici. Tuttavia alcuni dati possono essere presi in considerazione per descrivere anche se parzialmente il fenomeno.

Sarebbe auspicabile la creazione di una banca dati comune delle forze dell'ordine preposte ai controlli dell'alcolemia relativi all'articolo 186 del Codice della Strada.

La polizia stradale ha elevato 18.603 contravvenzioni all'articolo 186 nell'anno 2000 e 21.076 nell'anno 2001¹⁴.

Come già detto queste non rappresentano tutte le contravvenzioni per la guida in stato di ebbrezza, ma solo quelle effettuate dalla polizia della strada.

Da una indagine effettuata dal Centro di Alcolologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Firenze in collaborazione con 30 prefetture italiane è emerso che nell'anno 1999 sono state effettuate 35.352 contravvenzioni per la violazione del art 186 e nel 2000 le contravvenzioni sono state 40.625. Come è evidente prendendo in considerazione solo il 30% delle prefetture italiane il dato per l'anno 2000 risulta doppio rispetto a quello indicato dalla polizia stradale.

Dall' indagine telefonica sulle Commissioni Medico Legali Patenti/CMLP in Italia

(Gruppo Società Italiana di Alcolologia)

Su 105 CMLP sono state contattate 84 CMLP; 61 hanno fornito informazioni:

46% prevedono l'alcolologo

52% hanno un protocollo Alcolologia/SerT

6% prevedono la partecipazione a corsi educativi

2 prevedono la partecipazione ad iniziative informative

Il periodo di idoneità temporanea è in prevalenza di 1 anno e poi di 2 anni; solo in alcuni casi la prima volta viene data per 6 mesi e poi per 2 anni.

¹⁴ Dati Polizia di Stato

Il Gruppo Informativo Educazionale¹⁵

Le persone che vengono fermate con tassi alcolemici superiori allo 0,5 dovrebbero prendere parte ad un percorso educativo specifico sull'alcol organizzato secondo le seguenti modalità:

- minimo di due incontri massimo di quattro incontri
- durata incontro di due ore ciascuno per un massimo di 20 partecipanti
- conduzione da parte di personale adeguatamente formato
- rilascio di un attestato di partecipazione valevole ai fini della idoneità

Gli obiettivi del Gruppo educazionale sono:

- Fornire informazioni scientificamente corrette sulle conseguenze dell'uso di alcol alla guida
- Aumentare i livelli di conoscenza dei rischi personali connessi all'uso di alcolici
- Fornire informazioni sulle implicazioni legali ed assicurative derivanti dalla guida in stato di ebbrezza
- Fornire alternative di comportamento e strategie per una guida sicura e fornire scelte e alternative;
- Fornire informazioni sulle possibilità di trattamento e avviare al trattamento

Valutazione rispetto alla ricadute degli interventi di prevenzione nella riduzione degli incidenti e dei danni correlati.

In uno studio effettuato dall'ISS rispetto agli interventi di prevenzione che ne stima la ricaduta in termini di riduzione degli incidenti stradali emerge che gli interventi sull'alcol hanno tempi di attivazione medi, hanno una stima di ricaduta media e un'efficacia calcolabile circa nel 10%, con una stima dei costi media.¹⁶

Area di intervento	Tempo di attivazione	Stima di ricaduta	Efficacia nella riduzione del evento	Stima di costo
Casco	Rapido	immediata	50%	nullo

¹⁵ Protocollo patenti SIA

¹⁶ Rapporti ISTAN- 2004

Cinture	Rapido	immediata	50%	nullo
Alcol	Medio	Medio	> 10%	medio
Sostanze	Medio	Medio	> 5%	medio

Cosa è necessario fare:

Emergono le seguenti necessità:

- A) rafforzare le misure legislative in tema di alcol e guida;
- B) realizzare un protocollo nazionale per le commissioni patenti, in modo da avere un approccio unico su tutto il territorio nazionale;
- C) promuovere la formazione specifica del personale delle FF.OO.
- D) verificare e sollecitare l'applicazione della legge quadro 125/2001 in materia di alcol e di problemi alcolcorrelate;
- E) realizzare un protocollo d'intesa tra CMLP e Servizi di Alcologia/SERT (azioni di informazione e trattamento);
- F) inserire obbligatoriamente la presenza di un medico Alcolologo nelle commissioni patenti (legge 125/2001);
- G) creare una raccolta dati omogenea e continua delle CMLP e dei Servizi di Alcologia/Ser.T ;
- H) inserire azioni attuate dalla CMLP e dai servizi di Alcologia/Ser.T all'interno di una complessa strategia di prevenzione;
- I) definire di esami clinici strumentali e costi omogenei in tutta Italia;
- L) articolare corsi specifici in accordo con le scuole guida per le persone con alcolemia >1.5;
- M) integrare con nozioni sull'alcol i programmi di esami per l'accertamento dell'idoneità tecnica degli insegnanti e degli istruttori delle autoscuole per conducenti nonché dei programmi di esame per il conseguimento della patente di guida al fine di assicurare un'adeguata informazione sui rischi derivanti dall'assunzione di bevande alcoliche e super alcoliche prima della guida;
- N) considerare l'introduzione di programmi obbligatori di educazione stradale e di trattamento per chi viola le norme in modo abituale;
- O) predisporre il recupero di una parte dei punti persi con la frequenza ai gruppi educativi che già si tengono in molte regioni presso i Servizi di Alcologia;
- P) promuovere una forte visibilità del test dell'alcolemia su base casuale;
- Q) rivedere gli attuali limiti di alcolemia consentiti per la guida, e considerare la possibilità di abbassare ulteriormente il limite attuale dell'alcolemia di 0,50 mg%, adottando il limite zero per i neo patentati e per gli autisti con patenti superiori;

- R) aumentare il rischio reale e percepito di essere colti alla guida dopo aver bevuto anche attraverso controlli più diffusi su tutto il territorio nazionale (> maggior numero di controlli e di numero di etilometro disponibili presso le forze dell'ordine);
- S) maggior controllo da parte dei comuni sull'accesso alle bevande alcoliche, sulla densità delle rivendite e sulle modalità di vendita e di commercializzazione delle bevande alcoliche (vedi licenza stagionali per le Happy Hour, etc.);
- T) maggior controllo e riduzione dell'accesso all'alcol dei minori, attraverso corsi di sensibilizzazione rivolti ai gestori ed agli addetti di bar, pub, wine bar, discoteche etc...;
- U) fare in modo che l'educazione sull'alcol relativa alla scuola, a partire dalla scuola materna in avanti, sia integrata nel concetto di scuola che promuove la salute e anche nelle forme aggregative della comunità locale che lavorano nella prevenzione;
- V) Predisposizione di kit educativi;
- W) incoraggiare la possibilità di avere un trasporto alternativo ai loro mezzi per quei guidatori che hanno consumato alcol;
- Y) riportare sulle etichette delle bevande alcoliche che "...non si devono bere bevande alcoliche quando si è alla guida di una macchina o macchinari";
- Z) mettere a disposizione di fondi per la realizzazione delle iniziative di informazione e trattamenti.

Bibliografia

1. Anfilochi S., Noventa A., Riglietta M.. **Alcol e Guida: altri dati sulle abitudini e le conoscenze degli studenti delle Scuole Medie Superiori. Analisi Qualitativa.** Boll. Farmacodip. e Alcolism. XXIV (1), 2001, pp 27-40
2. Barzdo M, Jankowska B, Berent J, Szram S. **Sobriety testing in case of lack of cooperation of the examined person—the legal basis of the physician's activities.** Arch Med Sadowej Kryminol. 2003 Apr-Jun;53(2):167-72.
3. Bedard M, Guyatt GH, Stones MJ, Hirdes JP. **The independent contribution of driver, crash, and vehicle characteristics to driver fatalities.** Accid Anal Prev. 2002 Nov;34(6):717-27
4. Clin Psychol Rev. 2006 Mar;26(2):179-95. Epub 2005 Dec 20
5. Corte CM, Sommers MS. **Alcohol and risky behaviors.** Annu Rev Nurs Res. 2005;23:327-60
6. Dill PL, Wells-Parker E, Soderstrom CA. **The emergency care setting for screening and intervention for alcohol use**
7. Fabbri A, Marchesini G, Morselli-Labate AM, Rossi F, Cicognani A, Dente M, Iervese T, Ruggeri S, Mengozzi U, Vandelli A. **Blood alcohol concentration and management of road trauma patients in the emergency department.** J Trauma. 2001 Mar;50(3):521-8.
8. ISTAT (2005), "Statistica degli incidenti stradali. Anni 2003-04", Collana Informazioni, Settore Giustizia, ISTAT, Roma, p.89-91
9. Maturano P, Stato ed evoluzione dell'incidentalità stradale in Italia. Linee guida per il miglioramento della sicurezza stradale. Osservatori per gli incidenti stradali:dai dati alle azioni. Strumenti per le politiche di Sicurezza. Atti Workshop 12-13 Ottobre 2006, pp31-44
10. Marano G., Prevenzione: un investimento obbligato. Conoscere per prevenire. Osservatori per gli incidenti stradali:dai dati alle azioni. Strumenti per le politiche di Sicurezza. Atti Workshop 12-13 Ottobre 2006, pp 71-73
11. Nochajski TH, Stasiewicz PR. **Relapse to driving under the influence (DUI): a review. problems among injured and high-risk drivers: a review.** Traffic Inj Prev. 2004 Sep;5(3):278-91
12. Pasquini J., Lorini C., Voller F., Berti A., Orsini C. Silvestri, F. Cipriani, E. Bulatti. **Gli incidenti stradali in Toscana: conoscenze e punti deboli.** XXX Convegno Annuale Associazione Italiana di Epidemiologia. Palermo 4-6 Ottobre 2006

13. Reynaud M, Le Breton P, Gilot B, Vervialle F, Falissard B. **Alcohol is the main factor in excess traffic accident fatalities in France.** Alcohol Clin Exp Res. 2002 Dec;26(12):1833-
14. Scafato E., Ghirini S., Russo R. **I consumi alcolici in Italia: analisi e proposte.** Centro Collaboratore per la ricerca e la promozione della Salute su alcol e problematiche. www.epicentro.iss.it
15. Simpson HM, Beirness DJ, Robertson RD, Mayhew DR, Hedlund JH. **Hard core drinking drivers.** Traffic Inj Prev. 2004 Sep;5(3):261-9.
16. Taggi F. e coll. Il Sistema Ulisse per il monitoraggio dell'uso delle cinture di sicurezza e del casco in Italia. 2000-05, Roma, Aprile 2005
17. Taggi F, Sicurezza Stradale 2010: -4, Osservatori per gli incidenti stradali:dai dati alle azioni. Strumenti per le politiche di Sicurezza. Atti Workshop 12-13 Ottobre 2006, pag.11-22, Arezzo
18. Zador PL, Krawchuk SA, Voas RB. **Alcohol-related relative risk of driver fatalities and driver involvement in fatal crashes in relation to driver age and gender: an update using 1996 data.** J Stud Alcohol. 2000 May;61(3):387-95