

1.2 La mortalità e la morbilità alcolcorrelate

In Europa l'alcol è il terzo fattore di rischio di malattia e morte prematura, dopo il fumo e l'ipertensione. Nell'Unione europea l'alta percentuale di bevitori e gli alti livelli di consumo alcolico pro capite si accompagnano ad un alto livello di danni e problemi alcolcorrelati ed il consumo dannoso di alcol costituisce un grave problema sanitario e sociale, causando uno su 14 casi di malattia e morte prematura e la morte di circa 195.000 persone ogni anno. L'alcol è la principale causa di molte malattie considerate totalmente alcolcorrelate, fra cui in particolare la cirrosi epatica alcolica; ma anche causa concomitante di varie altre patologie tra cui patologie vascolari, gastroenterologiche, neuropsichiatriche, immunologiche e dell'apparato scheletrico, infertilità e problemi prenatali, cancro, ivi compreso il cancro della mammella; nonché di altri gravi eventi quali incidenti stradali, omicidi, suicidi, incidenti vari.

In particolare in Europa è attribuibile all'uso dannoso di alcol il 25% dei decessi tra i ragazzi di 15-29 ed il 10% dei decessi tra le ragazze di pari età, dovuti soprattutto agli incidenti stradali.

Come riconosciuto in vari documenti ufficiali della Commissione Europea, sia il consumo regolare e continuativo di alcol che quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) sono comportamenti che possono causare problemi di salute o aggravarli ed accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone.

L'uso continuativo di alcol in quantità eccessive produce effetti simili a quelli di altre sostanze psicotrope anche illegali, quali induzione della dipendenza fisica e psichica, assuefazione, *craving*, compulsività ed altri disturbi del comportamento, con danni particolarmente rilevanti anche a livello sociale.

Per l'anno 2008 l'Istituto Superiore di Sanità ha stimato la mortalità alcolcorrelata analizzando, nella popolazione al di sopra dei 16 anni, le cause di mortalità dovute alle malattie totalmente alcol attribuibili (per cui la causa di morte è totalmente dovuta al consumo di alcol), alle malattie parzialmente alcol attribuibili (per cui la causa di morte, valutata in base alle attuali conoscenze scientifiche, è solo parzialmente attribuibile ad un consumo dannoso di alcol) e ad altri eventi alcol attribuibili quali cadute, omicidi, suicidi e altri incidenti (cause di morte non legate a patologie ma che, in base alle attuali conoscenze scientifiche, sono parzialmente attribuibili ad un consumo dannoso di alcol).

Il numero dei decessi attribuibili all'alcol per tali cause è risultato complessivamente pari a 17.661 (20.102 nel 2007), di cui 11.254 relativi a maschi (12.761 nel 2007) e 6.407 a femmine (7.341 nel 2007). Secondo tale stima la mortalità alcol attribuibile nell'anno 2008 ha rappresentato pertanto il 3,8% del totale della mortalità maschile (4,39% nel 2007) ed il 2,1% di quella femminile (2,45% nel 2007) (tab.12).

Rispetto all'anno precedente si è registrata una riduzione dei decessi alcol attribuibili pari a 2.441, di cui 1.507 (13,4%) tra gli uomini e 934 (14,6%) tra le donne.

L'ISS-O.N.A. ha analizzato l'impatto del consumo alcolico anche separatamente per le diverse classi di età (graf.16).

Si può osservare che tra i giovani-adulti le patologie alcolcorrelate che hanno i maggiori effetti sulla salute, seppure con differenze di genere, appartengono alla categoria

Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti, responsabile negli uomini di 1.938 decessi fino all'età 54 anni e nelle donne di 163 decessi fino all'età di 44 anni.

Nella mortalità delle classi di età successive (anni 55+ negli uomini, 45+ nelle donne) intervengono maggiormente le patologie croniche appartenenti alla categoria *Malattie parzialmente alcol-attribuibili*, che determina 6.899 decessi negli uomini e 4.299 nelle donne, con i massimi valori dopo i 65 anni, e in particolar modo nella classe d'età 75+. La categoria *Malattie totalmente alcol-attribuibili* ha effetti minimi sulla mortalità con decessi alcol attribuibili, pari a 268 negli uomini e 55 nelle donne.

Tab.12 - FRAZIONI DI MORTALITÀ ALCOL-CORRELATA (AAF%) SECONDO LE TRE CATEGORIE DI CAUSA DI MORTE ICD10- 2008*

	≥16 anni			
	Decessi alcol-attribuibili		Frazioni alcol-attribuibili (%) ^a	
	M	F	M	F
Malattie totalmente alcol-attribuibili*	268	55	100	100
Malattie parzialmente alcol-attribuibili**				
Condizioni materne e perinatali	0	0	0,0	0,0
Neoplasie maligne	4383	1913	4,7	2,7
Tumori benigni	375	169	8,8	4,7
Diabete mellito	-547	-588	-6,5	-5,0
Condizioni neuropsichiatriche	148	126	1,1	0,6
Malattie del sistema circolatorio	390	1163	0,4	0,9
Malattie dell'apparato digerente	2365	1547	20,6	13,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	3	2	1,2	0,4
Cadute, omicidi e suicidi e altri incidenti**				
Incidenti non intenzionali	3310	1882	31,8	21,9
Incidenti intenzionali	559	136	17,3	13,8
Morti alcol-correlate	11254	6407	3,8^b	2,1

* Comprendono: Sindromi psicotiche indotte da alcol, Polineuropatia alcolica, Cardiomiopatia alcolica, Gastrite alcolica, Steatosi epatica alcolica, Eccessivo livello ematico di alcol, Avvelenamento da etanolo, Avvelenamento da metanolo, Effetto tossici dell'alcol, Degenerazione del sistema nervoso dovuta all'alcol, Pancreatite cronica indotta da alcol, Sindrome fetoalcolica, Auto-avvelenamento intenzionale per esposizione all'alcol, Miopatia alcolica, Sindrome da pseudo Cushing indotta da alcol, Feto e neonato affetto dall'uso materno di alcol.

** Includono i seguenti gruppi di cause: *Condizioni materne e perinatali* (Aborto spontaneo, Basso peso alla nascita), *Neoplasie maligne* (Tumore dell'orofaringe, Tumore dell'esofago, Tumore al colon retto, Tumore alla laringe, Tumore al fegato, Tumore alla mammella), *Tumori benigni*, *Diabete mellito*, *Condizioni neuropsichiatriche* (Epilessia), *Malattie del sistema circolatorio* (Ipertensione arteriosa, Malattie ischemiche del cuore, Aritmia cardiaca, Varici esofagee, Emorragia cerebrale, Ictus ischemico), *Malattie dell'apparato digerente* (Cirrosi epatica, Colelitiasi, Pancreatite acuta e cronica), *Malattie della pelle e del sottocutaneo* (Psoriasi).

*** Comprendono i seguenti gruppi di cause: *Incidenti non intenzionali* (Incidenti stradali, Cadute, Annegamento e sommersione accidentali, Esposizione a fumo, fuoco e fiamme, Avvelenamento accidentale da ed esposizione a sostanze nocive, Altri incidenti non intenzionali), *Incidenti intenzionali* (Suicidio, Omicidio, Altri incidenti intenzionali).

^a la stima è stata effettuata rapportando i decessi alcol-attribuibili della categoria con i decessi complessivi della stessa categoria.

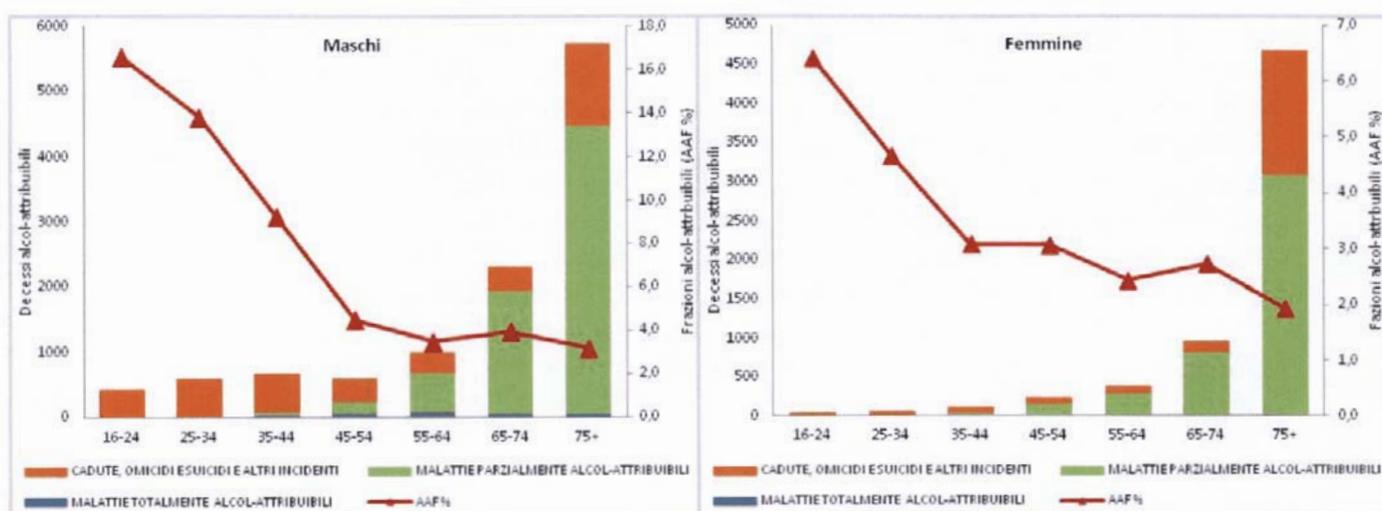
^b la stima è stata effettuata rapportando i decessi alcol-attribuibili totali con i decessi totali nella popolazione.

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT-Multiscopo 2008 e Cause di morte ISTAT 2008

Dall'analisi delle frazioni di mortalità alcol attribuibile per classi di età è possibile rilevare che i valori della mortalità decrescono all'aumentare dell'età (negli uomini, da 16,6% nella classe d'età 16-24 anni a 3,2% a partire dai 75 anni; nelle donne, rispettivamente, da 6,4% a 1,9%), a dimostrazione del fatto che l'alcol ha un impatto

negativo massimo tra i più giovani, i cui decessi sono dovuti prevalentemente alle cause accidentali e in particolare agli incidenti stradali.

Graf. 16 - DECESSI E FRAZIONI DI MORTALITÀ ALCOL-ATTRIBUIBILE (ALCOHOL ATTRIBUTABLE FRACTION, AAF%) SECONDO LE TRE CATEGORIE DI CAUSA DI MORTE ICD10 (2008) E LE CLASSI DI ETÀ



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine ISTAT-Multiscopo 2008 e Cause di morte ISTAT 2008

Dalle stime della mortalità alcolcorrelata, accanto all'impatto delle patologie totalmente alcol attribuibili, emerge la rilevanza di numerose cause parzialmente alcol attribuibili, responsabili di un rilevante carico di mortalità specifica. Tra esse sono risultate maggiormente determinanti per l'anno 2008 la cirrosi epatica, le varici esofagee, il tumore della laringe, l'epilessia, il tumore del fegato, gli incidenti stradali, l'omicidio. Le analisi sui dati della mortalità alcolcorrelata confermano che l'alcol ha un impatto significativo, attenuato dall'effetto di una modesta riduzione del rischio di mortalità per poche e selezionate patologie quali il diabete mellito di tipo 2 e le malattie cardiocoronariche, in particolare per le donne e per i soggetti anziani. Tali effetti positivi si correlano, peraltro, esclusivamente ad un consumo molto limitato, non superiore ai 10 grammi/die, e l'impatto dell'alcol sulla mortalità, anche al netto dei citati effetti positivi, resta sempre molto importante e va tenuto in debito conto nella elaborazione delle strategie di prevenzione e comunicazione per il contrasto dei danni alcolcorrelati.

La mortalità per cirrosi epatica

La mortalità per cirrosi epatica è uno dei più importanti indicatori di danno alcolcorrelato. In generale i Paesi con più alti livelli di consumo alcolico in un determinato periodo hanno tendenzialmente, dopo 10-15 anni, tassi di mortalità per

cirrosi più alti rispetto ai Paesi con più bassi livelli di consumo. I decessi per cirrosi epatica raggiungono il valore massimo nelle classi di età 45-64 anni di entrambi i sessi.

In Italia il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica è pari a 9,05 per 100.000 abitanti nel 2008, 12,64 tra i maschi e 5,89 tra le femmine.

Secondo le stime dell'ISS nel 2008 il 59,3% dei decessi maschili e il 48,7% dei decessi femminili per cirrosi epatica sono stati causati dall'uso dannoso di alcol.

In molti Paesi i tassi di mortalità per cirrosi epatica sono diminuiti nei due ultimi decenni, seguendo abbastanza strettamente la complessiva riduzione del consumo di alcol. Anche in Italia in concomitanza con la diminuzione dei consumi medi pro capite si è verificata una progressiva diminuzione della mortalità per cirrosi epatica, i cui valori sono passati progressivamente da 22,60 per 100.000 nel 1990 a 11,41 per 100.000 nel 2003, fino al più recente valore di 9,05 nel 2008.

Il tasso di mortalità italiano è notevolmente inferiore a quello della media dei 27 Paesi dell'Unione europea per lo stesso anno, pari a 13,96 per 100.000 (20,5 tra i maschi e 8,12 tra le femmine). Esso è comunque più alto di quello di alcuni Paesi dell'Unione europea quali Olanda (4,18), Grecia (5,18), Irlanda (6,95), Spagna (8,39), ma inferiore a quello di Francia (10,36), Lussemburgo (11,06), Regno Unito (11,51), Austria (13,77), Ungheria (43,22).

Gli incidenti stradali

La mortalità per incidente stradale è uno dei più importanti indicatori di danno indirettamente causato dall'alcol. Secondo le stime dell'ISS-O.N.A. nell'anno 2008 il 37,1% della mortalità maschile e il 18,1% di quella femminile causate da incidente stradale è attribuibile a un uso dannoso di alcol.

Secondo il Rapporto ACI-ISTAT 2010 nell'anno 2009 sono stati rilevati in Italia 215.405 incidenti stradali (-1,6 % rispetto al 2008), che hanno provocato 4.237 morti (-10,3% rispetto al 2008) e 307.258 feriti (-1,1 % rispetto al 2008). Il dato del 2009 conferma la tendenza alla riduzione nel tempo di tutti i valori in questione, in atto da alcuni anni nonostante la contestuale crescita del parco veicolare (+ 18% tra il 2001 e il 2009) (tab.13).

Tab. 13 - INCIDENTI STRADALI, MORTI E FERITI

ANNI 2003-2009

ANNI	Incidenti	Morti	Feriti
2003	252.271	6.563	356.475
2004	243.490	6.122	343.179
2005	240.011	5.818	334.858
2006	238.124	5.669	332.955
2007	230.871	5.131	325.850
2008	218.963	4.725	310.745
2009	215.405	4.237	307.258

Fonte: ACI-ISTAT - Incidenti stradali anno 2009

Nonostante la riduzione del numero dei morti verificatasi a partire dal 2001, pari al 40,3%, che ha portato l'Italia ad allinearsi ai valori medi europei, tuttavia il nostro Paese non ha raggiunto l'obiettivo di riduzione della mortalità del 50% auspicato dall'Unione Europea per il periodo 2001-2010, obiettivo che invece è stato centrato da altri Paesi quali Spagna e Portogallo e quasi raggiunto dalla Francia.

Nel 2009 il più alto numero di morti si è registrato tra i conducenti della fascia di età 20-24 anni (432), sia per i maschi che per le femmine. Per i maschi il numero dei morti risulta molto alto anche tra i conducenti delle classi di età 25-29 (371) e 30-34 (345), mentre per le femmine i valori immediatamente inferiori a quello più elevato si riscontrano nelle classi di età fra i 75 e gli 84 anni, dove un'alta percentuale di donne è coinvolta in incidenti come pedone.

Nella fascia di età 20-24 anni si registra anche il più alto numero di feriti (37.651), sia tra i maschi che tra le femmine, ma molto alto appare il numero dei feriti anche nelle fasce di età 25-29, 30-34 e 15-19.

Tra i giorni della settimana la maggiore concentrazione di incidenti si rileva il giovedì e il venerdì (15, 5% del totale per ciascuno di questi giorni) e quella minore la domenica (10,7%). Il giovedì e il venerdì presentano anche la maggiore concentrazione di feriti (15% in ciascuno dei giorni), mentre la maggiore concentrazione di decessi si rileva nelle giornate del sabato (16,7%) e della domenica (16,4%).

Anche l'indice di mortalità (n. di morti ogni 100 incidenti) presenta i valori massimi la domenica e il sabato (rispettivamente 3% e 2,4%). Il martedì si rileva il minore indice di mortalità (1,6%).

Nell'arco della giornata la distribuzione degli incidenti presenta il suo valore massimo attorno alle ore 18, ma alti valori si riscontrano, secondo l'usuale andamento, anche nelle fasce orarie 8-9 e 12-13.

In generale negli orari notturni fra le 22 e le 6 si registrano meno incidenti ma con indici di mortalità più elevati e comunque superiori alla media giornaliera, con valori compresi fra 2,7 e 5,2 decessi ogni 100 incidenti. Il picco più alto dell'indice di mortalità (5,2 %) si registra attorno alle 5 del mattino.

Nel 2009 gli incidenti del venerdì e sabato notte hanno rappresentato il 43,2% del totale di tutti gli incidenti notturni, con un numero di morti e feriti pari, rispettivamente, al 42,1% e 45,6% del totale rilevato negli incidenti notturni, con percentuali analoghe nelle strade urbane ed extraurbane. Questi dati suscitano particolare allarme, data l'elevata correlazione stimata tra questo tipo di incidenti e l'abuso di alcol o altre sostanze d'abuso, soprattutto da parte dei giovani.

Va peraltro rilevato che nel 2009 la percentuale degli incidenti del venerdì e sabato notte in rapporto al totale degli incidenti notturni conferma il suo andamento discendente, con valori inferiori rispetto a quelli rilevati nel 2008 (44%), nel 2007 (44,6%) e nel 2006 (44,6%). Analogamente, anche la percentuale dei morti e feriti del venerdì e sabato notte si presenta in calo rispetto ai valori rilevati nel 2008 (45,1% dei morti e 47,2 % dei feriti del totale di morti e feriti in tutti gli incidenti notturni).

Nel 2009, così come nel 2008 e 2007, il maggior numero di incidenti e di morti si è registrato a Luglio ed il più elevato indice di mortalità (2,5 %) ad Agosto.

Per l'anno 2009 il Rapporto ACI-ISTAT non pubblica dati sulle cause di incidente stradale legate allo stato psico-fisico alterato del conducente, fra le quali è presente l'ebbrezza da alcol. E' stato ritenuto infatti che varie criticità presenti nel processo di rilevazione di tali cause rendano il dato sottostimato e comunque non allineato ai risultati diffusi da altre fonti scientifiche che hanno condotto studi specifici in materia.

Gli ultimi dati diffusi da ACI-ISTAT sugli incidenti causati da ebbrezza da alcol si riferiscono pertanto al 2008, anno in cui tale causa ha rappresentato il 2,12% del totale di tutte le cause accertate o presunte di incidente stradale (percentuale in aumento rispetto al 2,09 % registrato nel 2007), con 5.920 casi rilevati (6.124 nel 2007). L'Istituto Superiore di Sanità stima comunque gli incidenti stradali alcolcorrelati pari al 30-35% del totale di tutti gli incidenti.

Da un'analisi condotta sulla percezione del problema della sicurezza stradale nell'ambito del XVII Rapporto ACI-CENSIS-Servizi emerge che per i giovani di 18-29 anni la guida sotto l'influsso di alcol e droghe rappresenta il più grande problema, superiore a quello dell'eccesso di velocità. Lo stesso dato si rileva anche tra le persone di età più avanzata e sembra indicare una certa consapevolezza sulla pericolosità dell'alcol alla guida. I dati riportati nella tabella 14 mostrano che il 37,9% delle persone con meno di 30 anni, rispetto ad una media totale del 36,9%, sceglie responsabilmente di limitare il consumo di alcolici (il valore più basso si registra nella classe di età 45-69 anni). Il 47,1% degli intervistati afferma di non preoccuparsi del problema della guida dopo il consumo di alcol "perché non è un bevitore abituale" e la percentuale si abbassa notevolmente nella fascia di età 18-29 (36,6%); preoccupante risulta tra tutti gli intervistati la percentuale di giovani al di sotto dei 30 anni (3,4% rispetto allo 0,7% di chi ne ha più di 30) che pur sapendo di doversi mettere alla guida sceglie di non limitare il consumo di alcol.

Tab. 14 - COMPORTAMENTO ALLA GUIDA DOPO IL CONSUMO DI ALCOL SECONDO L'ETÀ (val.%)

Comportamento	ETA'			Totale
	18-29	30-44	45-69	
Non se ne preoccupa perché non è un bevitore abituale	36,6	42,6	54,3	47,1
Ne limita il consumo	37,9	41,0	33,7	36,9
Non limita il consumo, ma non guida	22,1	15,7	11,3	14,8
Non ne limita il consumo	3,4	0,7	0,7	1,2

Fonte: Rapporto Aci - Censis Servizi SpA, 2009

Il XVII Rapporto ACI-CENSIS rileva altresì un aumento nel tempo dei controlli sul tasso alcolemico effettuati dalle Forze dell'Ordine. Tra il 2007 ed il 2009 la percentuale di persone che risulta essere stata sottoposta una volta nel corso degli ultimi 6 mesi a un controllo del tasso alcolemico è passata dall'8,0% al 9,2% e quella di chi vi è stato sottoposto più di una volta è passata dall'1,0% al 2,3%.

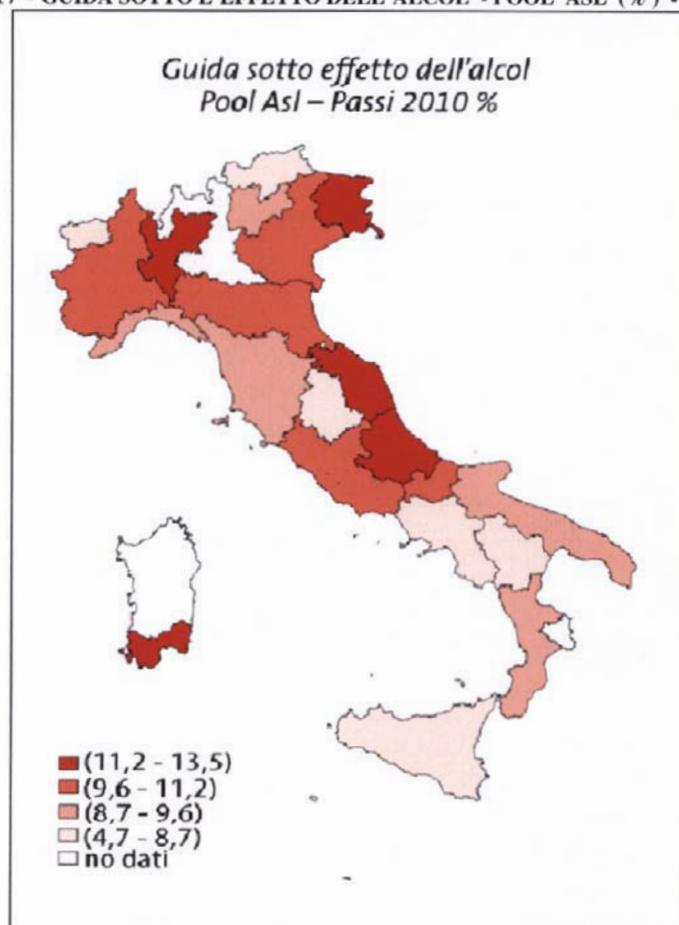
Il Sistema di sorveglianza Passi, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e relativo all'utenza delle ASL delle 21 Regioni e P.A.italiane, rileva i dati relativi alla frequenza della guida sotto l'effetto dell'alcol riferiti da intervistati non astemi di 18-69 anni che

hanno viaggiato in auto sia come conducenti sia come persone trasportate. Secondo i dati del sistema PASSI nel 2010 il 9,8% degli intervistati ha dichiarato di aver guidato negli ultimi 30 giorni dopo aver bevuto nell'ora precedente almeno due unità alcoliche. Questa percentuale appare comunque in diminuzione rispetto a quella rilevata nell'anno precedente (10,5 %).

Il comportamento è sensibilmente più diffuso tra i maschi (14%) che tra le femmine (3%), e nella classe di età 25-34 (12%) rispetto alle altre classi di età (dal 9% al 10%). In esso non sembrano incidere in maniera rilevante il livello di istruzione ed il reddito.

Il confronto interregionale presenta differenze significative, con valori più elevati nella popolazione delle ASL di Friuli Venezia Giulia (13,47%), Abruzzo (12,58%), Marche (11,83%), Lombardia (11,40%), Sardegna (11,37%), Veneto (11,22) (graf. 17).

Graf. 17 - GUIDA SOTTO L'EFFETTO DELL'ALCOL - POOL ASL (%) - ANNO 2010)



Fonte: Rapporto nazionale PASSI 2010

I valori più bassi si riscontrano al Sud, in Basilicata (4,74%), Campania (6,36%) e Sicilia (7%), ma anche al Nord, nella P.A. Bolzano (7%).

Nel 2010 fra i 33.600 intervistati il 34% riferisce di aver avuto in auto, alla guida o come passeggero, un controllo da parte delle Forze dell'Ordine negli ultimi 12 mesi, con differenze statisticamente significative tra le diverse Regioni. La percentuale più

bassa di controlli si registra in Campania (21%) e quella più alta in Valle D'Aosta (49%). Solo l'11% degli intervistati controllati ha riferito che le Forze dell'Ordine hanno somministrato l'etilotest, con percentuali che aumentano con il diminuire dell'età, dal 5% dei soggetti di 50-69 anni al 22% di quelli di 18-24 anni.

La percentuale più bassa di somministrazione dell'etilotest viene riferita in Lazio e nella P.A. Bolzano (7%), quella più alta in Piemonte (16%).

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili

Nell'anno 2009 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol attribuibili è stato di 87.287, di cui 67.715 (77,6%) riferite a maschi e 19.572 (22,4%) riferite a femmine (tab. 15a).

Tab. 15 a - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNO 2009

Diagnosi di dimissione (*)		Valore assoluto			Valore percentuale		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	
291	Sindrome psicotiche indotte da alcool	3.712	943	4.655	79,7%	20,3%	5,3%
303	Sindrome di dipendenza da alcool	18.385	6.029	24.414	75,3%	24,7%	28,0%
305.0	Abuso di alcool	6.801	2.863	9.664	70,4%	29,6%	11,1%
357.5	Polineuropatia alcoolica	1.332	324	1.656	80,4%	19,6%	1,9%
425.5	Cardiomiopatia alcoolica	376	34	410	91,7%	8,3%	0,5%
535.3	Gastrite alcoolica	431	181	612	70,4%	29,6%	0,7%
571.0	Steatosi epatica alcoolica	5.262	1.594	6.856	76,8%	23,2%	7,9%
571.1	Epatite acuta alcoolica	2.363	566	2.929	80,7%	19,3%	3,4%
571.2	Cirrosi epatica alcoolica	25.570	6.225	31.795	80,4%	19,6%	36,4%
571.3	Danno epatico da alcool, non specificato	3.262	734	3.996	81,6%	18,4%	4,6%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcool	5	4	9	55,6%	44,4%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcool	216	75	291	74,2%	25,8%	0,3%
Totale		67.715	19.572	87.287	77,6%	22,4%	100,0%

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Il dato, che si riferisce tanto al regime di ricovero ordinario che di *day hospital*, conferma la tendenza a un calo progressivo in atto dal 2003.

Complessivamente il numero delle dimissioni ospedaliere che presentano le suddette diagnosi (tanto in causa principale di ricovero che nelle cause successive) ammonta a 77.525 unità.

La tipologia diagnostica prevalente è la cirrosi epatica alcolica (36,4%, contro il 35% del 2008 e il 33,6 % nel 2007), immediatamente seguita dalla sindrome da dipendenza da alcol (28,0%, contro il 28,7% del 2008 e il 29% del 2007).

Anche per l'anno 2009 la diagnosi di ricovero prevalente per i maschi in rapporto alle femmine è la cardiomiopatia alcolica (distribuita per il 91,7% tra i maschi e per l'8,3% tra le femmine), immediatamente seguita da danno epatico da alcol non specificato ed epatite acuta alcolica.

La diagnosi che nel 2009 interessa maggiormente le femmine in rapporto ai maschi riguarda l'avvelenamento da antagonisti dell'alcol, distribuita comunque tra i due sessi in percentuali non troppo distanti (44,4% tra le femmine e 55,6% tra i maschi); seguono abuso di alcol e gastrite alcolica, entrambe con il 29,6%.

Nel 2009 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol è pari a 129,1 per 100.000 abitanti, valore che conferma il trend discendente in atto a livello nazionale e regionale dall'anno 2002, sebbene con andamenti diversi nelle diverse Regioni (tab.15 b).

Nel 2009, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione sono P.A. di Bolzano, Valle D'Aosta e P.A. di Trento, seguite da Friuli V.Giulia, Liguria e Molise. Anche nel 2009 i tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno, come si rileva da alcuni anni, in Sicilia e in Campania, seguite da Umbria, Puglia e Calabria. Le Regioni con più alto e più basso tasso di ospedalizzazione sono anche quelle in cui la prevalenza del consumo a rischio risulta avere, rispettivamente, i valori massimi e minimi.

Tab. 15 b - DISTRIBUZIONE REGIONALE DEI TASSI DI OSPEDALIZZAZIONE PER DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI - ANNI 2000-2009
(Dimessi per 100.00 ab.)

REGIONI	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Piemonte	174,2	178,6	168,2	169,5	168,5	171,4	174,1	162,6	157,8
Valle d'Aosta	398	560,5	459,8	514,6	444,4	366,2	413,4	378,6	369,9
Lombardia	215,8	220,1	204,6	193,4	179	169,3	156,0	138,5	130,3
P. A. Bolzano	448	426,6	420,9	510,8	493,4	467,8	487,6	461,0	389,9
P. A. Trento	421,1	357,6	349	331,9	308,7	302,3	278,7	261,8	253,2
Veneto	263,9	251,6	244,8	232,2	212	188	170,3	167,3	150,7
Friuli V. Giulia	300	283,7	264	255,6	268	256	248,1	228,5	220,8
Liguria	279,2	272,7	250,6	241,7	237,6	228,1	223,6	213,4	202,8
Emilia Romagna	180,2	184,5	176,9	179,5	177,5	167,9	165,6	162,8	158,6
Toscana	143,2	149,8	138,9	139,7	124,8	112	115,9	108,6	108,9
Umbria	153,7	119,1	125	115,9	112,5	113,3	108,1	107,5	98,4
Marche	200,9	203,6	194,7	189,5	189,6	176	176,7	167,3	160,2
Lazio	137,4	146,1	143	142,7	142,2	148	123,8	115,2	107,6
Abruzzo	243,2	259,4	259,6	250,7	235,9	234,4	211,4	163,9	129,3
Molise	234,2	286,8	274,7	242,5	218,4	220,3	229,0	201,7	180,8
Campania	80,3	93,5	82,7	86,9	87,1	93,4	88,8	86,1	81,5
Puglia	125,4	123,7	113,5	111,1	109,6	115,6	111,5	105,3	100,5
Basilicata	177,2	164	153,1	159	146,5	146,3	130,7	137,6	129,7
Calabria	145,3	149,8	144,8	138,5	132,3	134,7	123,5	114,8	106,6
Sicilia	72,5	85,7	84,5	86	79	83,4	77,4	69,0	68,8
Sardegna	161,1	205,2	195,2	198	210,3	202,8	207,4	188,4	171,2
Italia	172,2	177,1	167,9	165,5	159	154,9	147,0	137,0	129,1

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Osservando la distribuzione delle diagnosi secondo le diverse classi di età (tab. 15 c), nel 2009 i soggetti con più di 55 anni sono interessati soprattutto, in ordine di prevalenza, da cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, polineuropatia alcolica e danno epatico da alcol non specificato.

Le diagnosi della classe di età 36-55 si riferiscono invece maggiormente a sindrome da dipendenza da alcol, abuso di alcol, sindromi psicotiche indotte dall'alcol, seguite da epatite acuta alcolica e polineuropatia alcolica.

Le diagnosi delle fasce di età più giovani (15-35 anni) presentano le più alte prevalenze per effetti tossici dell'alcol e abuso di alcol, seguite da sindrome di dipendenza da alcol e avvelenamento da antagonisti dell'alcol.

I giovanissimi fino a 14 anni sono interessati quasi esclusivamente da diagnosi di avvelenamento da antagonisti dell'alcol e di effetti tossici dell'alcol.

Tab.15 c - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI (*) SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO - ANNO 2009

Diagnosi di dimissione (*)		<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	0,2	11,2	51,0	37,6	100
303	Sindrome di dipendenza da alcol	0,2	15,0	56,0	28,8	100
305.0	Abuso di alcol	1,1	24,8	53,2	21,0	100
357.5	Polineuropatia alcolica	0,0	2,8	44,9	52,2	100,
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,0	2,7	36,8	60,5	100
535.3	Gastrite alcolica	0,0	6,0	43,6	50,3	100
571.0	Steatosi epatica alcolica	0,2	8,5	40,2	51,1	100
571.1	Epatite acuta alcolica	0,0	10,1	48,7	41,2	100
571.2	Cirrosi epatica alcolica	0,0	1,3	31,5	67,2	100
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	0,0	5,9	42,4	51,7	100
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	22,2	11,1	44,4	22,2	100
980	Effetti tossici dell'alcol	13,4	25,4	31,3	29,9	100
Totale		0,2	9,5	43,9	46,4	100

Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Osservando l'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi per classi di età (tab.15 d), tra il 2008 e il 2009 si registra una certa crescita dei valori nella classe di età maggiore di 55 anni, dove continuano a registrarsi le percentuali più elevate di diagnosi in relazione alle altre fasce di età, con valori tendenti all'aumento tra il 2000 e il 2008.

Nella classe di età 36-55 anni tra il 2008 e il 2009 si registra al contrario una lieve flessione delle diagnosi, che interrompe l'andamento in aumento riscontrabile a partire dal 2000.

Si confermano invece anche per il 2009 la continua tendenza alla diminuzione delle diagnosi nella fascia di età 15-35 anni e la sostanziale stabilità nel tempo nella classe di età fino ai 14 anni.

L'analisi dell'andamento nel tempo della distribuzione percentuale delle diagnosi per sesso (tab 15 e), pur confermando che le diagnosi di ricovero ospedaliero continuano a riguardare prevalentemente la popolazione maschile, evidenzia tuttavia la tendenza ad una lieve crescita della percentuale di diagnosi nella popolazione femminile in rapporto a quella maschile. Tuttavia tra il 2008 e il 2009 si registra una lieve diminuzione dei valori per la popolazione femminile e una corrispondente lieve crescita per quella maschile.

Tab. 15 d - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI (*) SECONDO LA CLASSE DI ETÀ DEL DIMESSO ANNI 2000-2009

ANNI	<= 14 anni	15 - 35 anni	36 - 55 anni	> 55 anni	Totale
2000	0,2	13,8	41,7	44,3	100
2002	0,3	12,8	42,8	44,1	100
2003	0,2	12,2	42,7	44,9	100
2004	0,3	12,4	43,2	44,1	100
2005	0,3	11,9	43,3	44,5	100
2006	0,3	11,2	43,4	45,1	100
2007	0,3	10,5	44,1	45,1	100
2008	0,3	10,0	44,3	45,4	100
2009	0,2	9,5	43,9	46,4	100

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

Tab. 15 e - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI TOTALMENTE ALCOL ATTRIBIBILI (*) SECONDO IL SESSO DEL DIMESSO - ANNI 2003 - 2009

ANNI	Maschi	Femmine	Totale
2003	78,5%	21,5%	100
2004	77,6%	22,4%	100
2005	77,4%	22,6%	100
2006	77,5%	22,5%	100
2007	77,7%	22,3%	100
2008	77,1%	22,9%	100
2009	77,6%	22,4%	100

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera
(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

La distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi totalmente alcolcorrelate si mantiene relativamente stabile nel tempo o registra solo un lieve calo per alcune diagnosi, con qualche importante eccezione. In particolare, appare abbastanza pronunciata la diminuzione percentuale delle diagnosi per sindrome di dipendenza da alcol, che passano dal 31,8 % del 2000 al 28% del 2009 (tab 15 f).

Inoltre un andamento in forte crescita si registra nelle percentuali di diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passano dal 26,3 % del 2000 al 36,4% del 2009, con un aumento percentuale di più di 10 punti .

Tab. 15 f - DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DELLE DIAGNOSI (*) TOTALMENTE ALCOL ATTRIBUIBILI ANNI 2000-2009

DIAGNOSI DI DIMISSIONE (*)		% diagnosi secondo il tipo di diagnosi								
		2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
291	Sindrome psicotiche indotte da alcol	5,40%	5,00%	5,10%	5,00%	5,00%	5,10%	5,00%	5,0%	5,3%
303	Sindrome di dipendenza da alcol	31,80%	32,20%	31,40%	30,80%	30,10%	28,80%	29,00%	28,7%	28,0%
305.0	Abuso di alcol	10,60%	9,10%	9,60%	10,20%	10,60%	11,00%	11,20%	11,0%	11,1%
357.5	Polineuropatia alcolica	2,40%	2,60%	2,40%	2,10%	2,00%	2,10%	1,90%	1,9%	1,9%
425.5	Cardiomiopatia alcolica	0,70%	0,70%	0,60%	0,60%	0,60%	0,60%	0,50%	0,5%	0,5%
535.3	Gastrite alcolica	0,90%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,80%	0,70%	0,7%	0,7%
571.0	Steatosi epatica alcolica	9,40%	9,50%	9,10%	9,20%	9,40%	9,20%	8,80%	8,2%	7,9%
571.1	Epatite acuta alcolica	5,50%	4,70%	4,20%	4,00%	3,90%	4,00%	3,90%	3,7%	3,4%
571.2	Cirrosi epatica alcolica	26,30%	28,30%	30,00%	30,90%	31,70%	32,90%	33,60%	35,0%	36,4%
571.3	Danno epatico da alcol, non specificato	7,00%	6,70%	6,30%	5,90%	5,60%	5,30%	5,20%	4,9%	4,6%
977.3	Avvelenamento da antagonisti dell'alcol	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,0%	0,0%
980	Effetti tossici dell'alcol	0,10%	0,40%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,30%	0,3%	0,3%
Totale		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Ministero della Salute-Scheda di dimissione ospedaliera

(*) Sono state considerate sia la diagnosi principale che le secondarie

L'alcoldipendenza

Per una valutazione del fenomeno alcoldipendenza va tenuto conto, oltre che degli alcoldipendenti in trattamento nell'ambito dei servizi alcolologici pubblici, di coloro che frequentano a scopo riabilitativo i gruppi di auto-mutuo aiuto e le associazioni di volontariato *no profit* che operano sia in maniera autonoma che in collaborazione con i servizi delle strutture pubbliche. Nel 2009 il 42,8% dei servizi ha collaborato con i Clubs di Alcolisti in trattamento (53,4% nel 2008), il 33,9% con i gruppi di A.A. (41% nel 2008) e il 10,5% con altri gruppi di auto-mutuo aiuto (14,4% nel 2008).

Mediamente, nel corso del 2009, ogni servizio ha collaborato con circa 26 Clubs di Alcolisti in trattamento, 7 gruppi di A.A., 9 comunità e 14 cooperative sociali.

Gli alcolisti nei servizi pubblici (Vedi Parte II della Relazione)

Nell'anno 2009 gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcolologici territoriali pubblici sono stati 65.360, valore per la prima volta inferiore rispetto a quello rilevato nell'anno precedente (66.548) e che interrompe il trend di crescita presente fin dal 1996. Gli utenti maschi sono 51.294 (51.491 nel 2008) e le femmine 14.066 (15.057 nel 2008). Il rapporto M/F è pari a 3,6 considerando il totale degli utenti (gli uomini rappresentano il 78,5% dell'utenza totale) e a 4,0 nei nuovi utenti.

Nel 2009 l'età media del totale degli utenti rilevati è pari a 45,1 anni; le donne continuano ad avere un'età media più elevata dei maschi (46,8 rispetto a 44,4) ed i nuovi utenti sono mediamente più giovani rispetto agli utenti già in carico o rientrati (42,9 vs 46,1).

I giovani al di sotto dei 30 anni sono nel 2009 l'11,1% del totale, con un valore in crescita rispetto a quello rilevato nel 2008 (10,2%) e che si avvicina a quello più alto in assoluto, rilevato nel 2005.

In particolare gli utenti di 20-29 anni tra il 2008 e il 2009 passano dal 9,6% al 10,5% e tra loro i nuovi utenti passano dal 14,2% al 15,4%.

Al contrario per gli alcolodipendenti al di sotto dei 20 anni si registra anche per il 2009 una sostanziale stabilità su valori intorno allo 0,6% e per i nuovi utenti di tale fascia di età, che nel 2009 rappresentano l'1% del totale dei nuovi utenti, si conferma la tendenza ad una costante lieve diminuzione delle prevalenze a partire dal 2006.

Fra gli alcolodipendenti in trattamento risultano da tempo in aumento coloro che abusano di birra, ma tra il 2008 e il 2009 si rileva una diminuzione di tale comportamento (22,3% vs 23,7%). Negli anni più recenti si rileva inoltre un aumento del consumo di vino (dal 56,9% del 2007 all'attuale 63,4%) e una evidente diminuzione del ricorso ai superalcolici (11,4% nel 2007; 8,1% nel 2009) e agli aperitivi, amari e digestivi (5,4% nel 2007; 3,7% nel 2009).

Nel 2009 fra gli utenti dei servizi alcolologici l'8,6% risulta fare uso concomitante di alcol e sostanze stupefacenti, valore inferiore a quello rilevato nel 2008 (10%), che conferma la tendenza al calo di questo comportamento già in atto a partire dal 2007.

2. GLI INTERVENTI DEL MINISTERO DELLA SALUTE IN ATTUAZIONE DELLA LEGGE 30.3.2001 N. 125

2.1. Gli interventi di indirizzo

Il Piano Nazionale Alcol e Salute

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS), approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 29 marzo 2007 e pubblicato nella G.U. s.g. n. 88 del 16 aprile 2007, costituisce un documento programmatico di indirizzi concordati tra Ministero e Regioni, secondo le previsioni della legge 125/2001, con la finalità di promuovere l'implementazione di un insieme di strategie e azioni finalizzate a rafforzare le attività di prevenzione e a ridurre la mortalità e morbilità alcolcorrelate nel nostro Paese. In esso la riduzione dei danni causati dall'alcol, secondo gli orientamenti adottati nei più recenti Piani Sanitari Nazionali, viene riconosciuta come un importante obiettivo di salute pubblica e viene ribadita la necessità di politiche e azioni finalizzate ad attivare una corretta informazione e prevenzione, in grado di evidenziare gli aspetti di rischio connessi con il bere. Il PNAS recepisce inoltre gli obiettivi proposti dal II Piano di Azione europeo per l'alcol dell'O.M.S, dalla Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti e dalle Conclusioni del Consiglio dell'U.E. sulla strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Per il PNAS è stata prevista una durata triennale (1 gennaio 2007- 31 dicembre 2009) ma successivamente il suo recepimento è stato inserito tra gli obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, e le sue linee strategiche restano pertanto ancora valido punto di riferimento per le azioni di prevenzione di livello nazionale e regionale.

Il PNAS ha individuato otto aree strategiche di intervento prioritario ed indicato per ciascuna di esse le azioni da implementare e i risultati attesi. Per la sua implementazione è stata prevista una specifica collaborazione interistituzionale tra Ministero della Salute e Regioni e a questo scopo è stato costituito uno specifico gruppo tecnico congiunto Ministero-Regioni.

Si riporta di seguito un quadro sintetico delle aree strategiche, delle azioni e dei risultati attesi del PNAS.

Piano Nazionale Alcol e Salute
Aree strategiche, risultati attesi e azioni
-Sintesi-

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS) individua alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, otto aree strategiche e azioni da implementare nelle Regioni per la prevenzione e la riduzione della mortalità, della morbilità e dei danni alcolcorrelati nel nostro Paese:

- 1. Informazione /educazione** (***Risultati attesi:*** nella popolazione generale, maggiore conoscenza e consapevolezza del danno; nei giovani, sviluppo delle abilità necessarie a resistere alle pressioni al bere. ***Azioni*** : campagne tramite mass media; collaborazione con la scuola fin dalla materna, con programmi di prevenzione di ampia portata)

2. **Bere e guida** (Risultati attesi: riduzione numero incidenti, morti e feriti, specie tra i giovani. Azioni: collaborazione per i controlli dell'aria espirata nei luoghi del divertimento giovanile e azioni preventive di comunità)
3. **Ambienti e luoghi di lavoro** (Risultati attesi: riduzione di incidenti e violenze sui luoghi di lavoro, soprattutto in quelli a rischio per la sicurezza di terzi. Azioni: collaborazione con imprese e organizzazioni sindacali per educazione alla salute e tempestiva identificazione e trattamento dei soggetti a rischio)
4. **Trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcoldipendenza** (Risultati attesi: disponibilità di trattamenti accessibili ed efficaci per i singoli e per le famiglie. Azioni: formazione degli operatori della medicina di base per l'identificazione precoce dei soggetti a rischio e per l'attuazione di interventi brevi di trattamento; approccio integrato ai problemi, che coinvolga, oltre ai servizi socio-sanitari, i medici di medicina generale, i servizi sociali, i gruppi di autoaiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate)
5. **Responsabilità del mondo della produzione e distribuzione** (Risultati attesi: maggiore responsabilizzazione e disponibilità alla collaborazione da parte del mondo della produzione e distribuzione, soprattutto per il rispetto dei limiti di età legali per la somministrazione e per il contrasto dell'accesso dei giovani alle bevande alcoliche; riduzione degli incidenti alcolcorrelati all'uscita degli ambienti dove si beve. Azioni: monitoraggio permanente per la stima dell'impatto dell'alcol sulla salute e per la valutazione dei costi relativi, nonché per valutare l'affidabilità delle politiche sociali ed economiche relative all'industria degli alcolici; programmi di formazione per accrescere il senso di responsabilità personale, etica e legale degli addetti alla vendita e somministrazione)
6. **Capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol** (Risultati attesi: incremento delle azioni di comunità finalizzate alla riduzione dei diversi problemi alcolcorrelati; maggiore sensibilità ai problemi da parte delle diverse istituzioni locali. Azioni: assicurare agli operatori del settore non sanitario, quale quello educativo, sociale e giudiziario, un training professionale in campo alcolologico, che favorisca un effettivo approccio multisettoriale ai problemi; promozione di programmi socio-sanitari che rafforzino la mobilitazione della comunità, lo sviluppo e l'azione di una leadership nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati)
7. **Potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto** (Risultati attesi: incremento del sostegno alle organizzazioni che promuovono iniziative di prevenzione o riduzione del danno alcolcorrelato. Azioni: supporto alle organizzazioni che operano non solo a livello professionale ma anche a livello di azione civile e che possono collaborare a migliorare l'informazione e a sostenere lo sviluppo di politiche efficaci)
8. **Monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto** (Risultati attesi: implementazione di un sistema informativo e di monitoraggio/sorveglianza sul consumo di alcol e sui modelli comportamentali connessi, sui danni alcolcorrelati e sulle politiche alcolologiche realizzate a livello regionale e locale. Azioni: creazione, in collaborazione con tutte le Regioni, di una rete che costituisca una struttura efficace per il monitoraggio e la valutazione del consumo e dei modelli di consumo alcolico, del danno alcolcorrelato e dell'efficacia degli interventi adottati).

L'implementazione del Piano Nazionale Alcol e Salute

1) Il Piano nazionale di Monitoraggio Alcol e Salute(PNMAS)

Durante il primo anno di funzionamento il gruppo congiunto Ministero-Regioni per l'attuazione del PNAS ha affrontato prioritariamente i compiti relativi all'area strategica n. 8 "Monitoraggio dei dati", con la finalità di definire nuovi indicatori, in sostituzione di quelli fin qui utilizzati, per la realizzazione del monitoraggio dei dati alcolici previsto dall'art. 3 comma 1 lettera c) della legge 125/2001.

E' stato predisposto un documento di consenso a carattere tecnico scientifico che delinea un Piano Nazionale di Monitoraggio Alcol e Salute (PNMAS) per la raccolta dei dati relativi al consumo e abuso di alcol e alle diverse problematiche sociosanitarie correlate nonché alle attività di prevenzione e contrasto realizzate in ambito regionale.

Il documento è finalizzato a creare una rete di monitoraggio in grado di connettere le diverse istituzioni competenti nonché a consentire il coordinamento del lavoro di monitoraggio tra le Regioni italiane, nel rispetto delle specificità e delle autonomie locali. In esso si definiscono le finalità, gli obiettivi, le azioni, gli indicatori e gli aspetti organizzativi del monitoraggio nazionale in materia di alcol.

Il documento per il PNMAS è stato approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e P.A. nella seduta del 14 maggio 2009, e inviato al Ministero della Salute, Direzione Generale per la Prevenzione Sanitaria, per i seguiti di competenza.

E' stata quindi organizzata, in data 8 settembre 2009, una riunione congiunta Ministero-Regioni per la valutazione della fattibilità del PNMAS, con la partecipazione dell'Istituto superiore di Sanità e altri esperti, nell'ambito della quale tutti gli interlocutori hanno valutato positivamente la possibilità di dar corso a un primo avvio sperimentale del PNMAS proseguendo la collaborazione di Ministero e Regioni nell'ambito di un gruppo congiunto.

L'implementazione del PNMAS è stata successivamente proposta dal Ministero della Salute alle Regioni quale azione centrale da realizzare nell'ambito delle linee di supporto centrale del Ministero alle Regioni per l'attuazione del Piano nazionale di prevenzione 2010-2012, secondo quanto previsto nell'intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010.

2) Il Progetto "Agorà"

Per rafforzare l'azione di coordinamento delle Regioni in relazione all'implementazione del PNAS il Ministero della Salute ha avviato e finanziato, con le risorse del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM), uno specifico progetto in collaborazione con la Regione Friuli Venezia Giulia in quanto titolare del coordinamento tecnico delle Regioni per le attività relative all'alcol nell'ambito della Commissione Salute per il coordinamento delle Regioni.

Il progetto, di durata biennale, denominato "Agorà", ha ricevuto un finanziamento di 100.000 Euro e si è concluso nell'agosto 2009.

Obiettivo specifico del progetto era promuovere e attivare le azioni previste dal PNAS e monitorare la corretta implementazione del PNAS nelle Regioni italiane, anche fornendo supervisione, assistenza tecnica e valutazione dei relativi documenti di progetto. Il progetto si proponeva inoltre di sostenere il dialogo tra i tecnici e i vari