

2.1. Attività fisica

2.1.1. Introduzione

L'inattività fisica è al quarto posto tra i principali fattori di rischio di malattie croniche, quali disturbi cardiaci, ictus, diabete e cancro, contribuendo a oltre 3 milioni di morti evitabili l'anno a livello mondiale. L'aumento dei livelli di obesità infantile e adulta è, inoltre, strettamente correlato alla mancanza di attività fisica.

L'attività fisica fa bene alle persone di ogni età: nei bambini promuove uno sviluppo fisico armonico e favorisce la socializzazione, mentre negli adulti diminuisce il rischio di malattie croniche e migliora la salute mentale. Per gli anziani i benefici riguardano la diminuzione del rischio di cadute e di fratture e la protezione dalle malattie correlate all'invecchiamento. Gli effetti benefici non riguardano soltanto la prevenzione o il rallentamento nella progressione delle patologie croniche, ma anche un miglioramento del benessere psicofisico generale, della tonicità muscolare e della qualità della vita. Ciò è particolarmente importante per gli anziani, in quanto un'attività fisica regolare può accrescere le possibilità di vivere una vita autosufficiente. Attività come camminare e andare in bicicletta contribuiscono, inoltre, a ridurre l'inquinamento dell'aria e le emissioni dei gas serra, noti anche per avere effetti negativi sulla salute.

L'inattività fisica incide anche sul piano economico, sia per i costi diretti dell'assistenza sanitaria, sia per l'impatto sulla produttività e sugli anni di vita in buona salute. Politiche e azioni che promuovono l'attività fisica, oltre a rappresentare un investimento per la

prevenzione delle malattie croniche e per il miglioramento della salute, forniscono benefici per lo sviluppo economico.

Nonostante le numerose evidenze scientifiche suggeriscano la necessità di mantenere uno stile di vita il più possibile attivo, continuano a diminuire le opportunità per svolgere attività fisica e, nel contempo, aumenta la prevalenza di stili di vita sedentari, con gravi conseguenze per la salute e con ricadute a livello sociale ed economico. Urbanizzazione, uso assiduo dell'automobile e ambienti di vita e di lavoro che favoriscono sempre di più la sedentarietà sono alcune delle cause che rendono difficile la pratica dell'attività fisica nella vita quotidiana.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha recentemente emanato la "*Global recommendations on physical activity for health*", documento che indica i livelli di attività fisica raccomandati per la salute nelle fasce d'età 5-17 anni, 18-64 anni e over 65. Si tratta di raccomandazioni orientate alla prevenzione primaria delle malattie cardiorespiratorie, metaboliche, muscoloscheletriche, tumorali e dei disturbi depressivi, che si rivolgono principalmente ai decisori costituendo, pertanto, uno strumento di orientamento per le politiche nazionali di sanità pubblica.

2.1.2. Rappresentazione critica dei dati

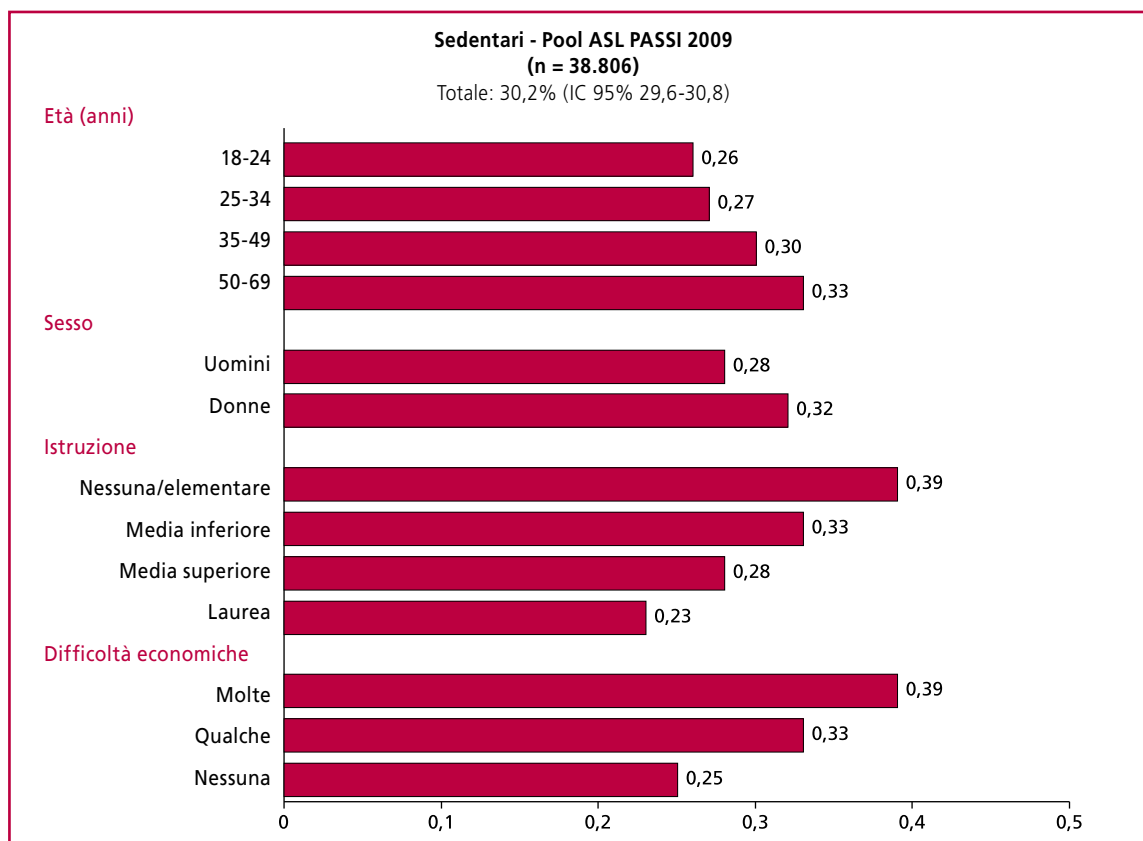
Secondo i dati Istat del 2010, il 22% della popolazione (oltre i 3 anni) ha dichiarato di praticare uno o più sport con continuità, mentre il 10,2% lo pratica in modo saltua-

rio. Le persone che, pur non praticando un'attività sportiva, riferiscono di svolgere una qualche attività fisica, come fare passeggiate per almeno 2 chilometri, nuotare o andare in bicicletta, sono il 28,2%. La percentuale dei sedentari, cioè coloro che non svolgono alcun tipo di attività fisica nel tempo libero né praticano uno sport, è del 38,3% (percentuale che sale al 42,8% tra le donne). Lo sport è un'attività del tempo libero tipicamente giovanile, praticata soprattutto dai maschi di 11-14 anni (66,2%). Con l'aumentare dell'età diminuisce l'interesse per lo sport, sia esso continuativo o saltuario, mentre aumenta quello per l'attività fisica. A partire dai 25 anni, infatti, aumenta in modo continuo la percentuale di persone che svolgono una qualche attività fisica, per poi tornare a decrescere nelle persone anziane. Sono soprattutto gli uomini a praticare sport con continuità, mentre fra le donne risulta più alta la percentuale di coloro che svolgono una qualche

attività fisica. Esistono forti differenze territoriali tra Nord e Sud d'Italia e la pratica sportiva diminuisce a mano a mano che si scende (il 26,6% della popolazione residente nel Nord dichiara di praticare sport con continuità e il 12,2% in modo saltuario; al Sud si scende, rispettivamente, al 16,8% e al 7,8%). Anche l'attività fisica risulta essere più praticata al Nord (32% contro il 22% del Mezzogiorno).

I dati del sistema PASSI 2009 (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia), sistema continuo di sorveglianza della popolazione italiana adulta sui principali fattori di rischio comportamentali, confermano che le percentuali di persone completamente sedentarie aumentano con l'età, tra le donne e i soggetti che hanno il minore grado d'istruzione. Emerge, inoltre, una maggiore componente di sedentari tra coloro che riferiscono di avere difficoltà economiche (*Figura 2.1*). Tra coloro che praticano scarsa attività fisica si osservano diffe-

Figura 2.1. Caratteristiche dei sedentari.

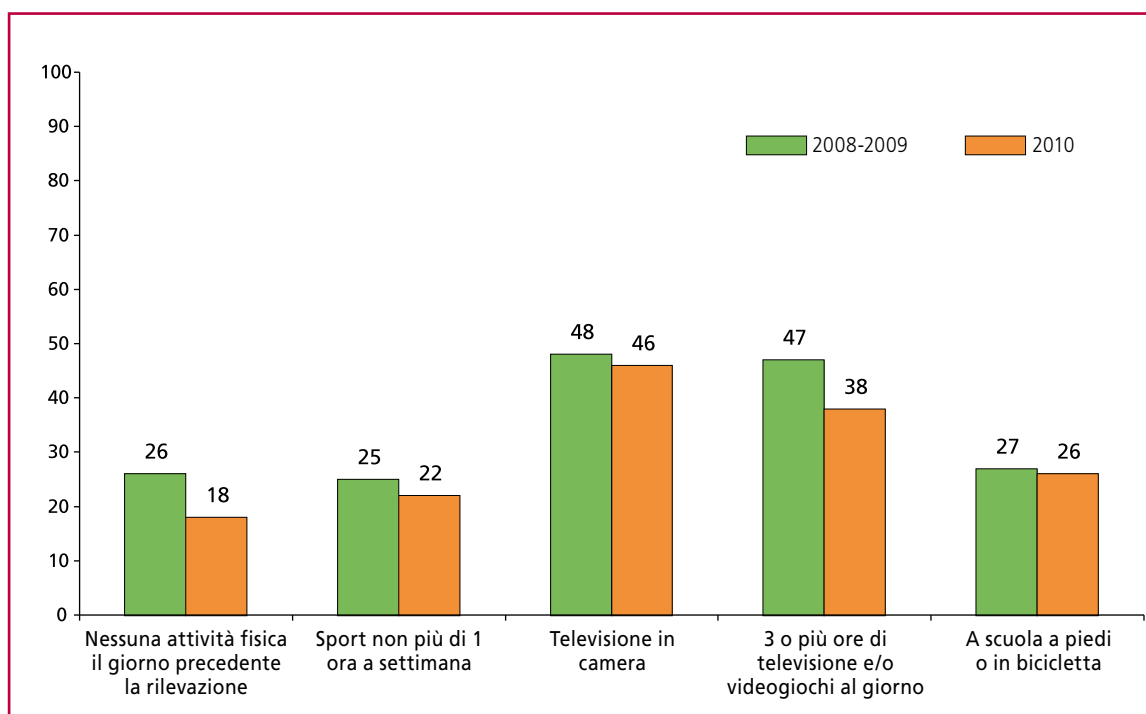


Fonte: Report PASSI 2009.

renze statisticamente significative nel confronto inter-regionale, con un gradiente Sud-Nord. Il valore più basso si registra nella Provincia Autonoma (PA) di Bolzano (13%), quello più alto in Basilicata (47%). La raccolta dati “OKkio alla SALUTE” 2010, effettuata sui bambini delle classi terze della scuola primaria, confermando sostanzialmente i dati della precedente raccolta del 2008, ha messo in luce che, su un totale di oltre 40.000 alunni, il 22% pratica sport per non più di un’ora a settimana e il 18% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l’indagine. La metà circa dei bambini ha la televisione in camera, il 38% guarda la televisione o gioca con i videogiochi per 3 o più ore al giorno e solo un bambino su 4 si reca a scuola a piedi o in bicicletta (*Figura 2.2*). Solo il 43% delle madri di figli fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga un’attività motoria insufficiente e il 34% delle classi svolge meno di due ore di attività motoria a settimana. Lo studio di approfondimento sulle abitudini alimentari e lo stile di vita dei bambini delle scuole primarie Zoom8, condotto dal-

l’INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione) su un campione di circa 2.000 bambini di 8-9 anni, ha confermato, dall’analisi dei dati relativi alle attività sedentarie, che la percentuale dei bambini che trascorrono più di 2 ore al giorno davanti alla televisione è elevata, e che questa è maggiore durante i giorni festivi (41%), rispetto ai giorni feriali (17,7%). Anche la tendenza a passare più di 2 ore al giorno davanti al computer è risultata maggiore nei giorni festivi (10,1%) rispetto a quelli feriali (3,7%). Circa il 70% dei bambini non ha l’abitudine di andare a scuola a piedi o in bicicletta. I motivi principali che determinano tale comportamento, secondo i genitori, sono, soprattutto, la distanza eccessiva dell’abitazione dalla scuola (36,8%), la scarsa sicurezza della strada (25,9%) e la mancanza di tempo (20,1%). Il 26,8% dei bambini gioca più di 2 ore al giorno all’aria aperta nei giorni feriali. Il livello di sicurezza dell’ambiente circostante l’abitazione è un fattore fortemente associato con la durata del tempo trascorso giocando all’aria aperta. Quasi un terzo dei genitori dichiara

Figura 2.2. Attività fisica e comportamenti sedentari 2008-2009 e 2010 (bambini delle classi terze della scuola primaria).



Fonte: Rapporto Istisan OKkio alla SALUTE 2010.

che esistono dei motivi che ostacolano il gioco all'aria aperta (32%) e alla pratica dello sport (30,2%). Tali percentuali sono risultate maggiori al Sud. La mancanza di strutture è la motivazione maggiormente riconosciuta come ostacolo dai genitori del Sud, sia per il gioco all'aria aperta (60,4%), sia per la pratica dello sport (40,6%); al Nord e al Centro, invece, la motivazione prevalente è risultata la mancanza di tempo. Emerge che il 41,4% dei genitori residenti al Nord vorrebbe un potenziamento delle piste ciclabili, al Sud quasi il 60% auspica un aumento delle ore di attività fisica svolte a scuola e il 51,2% vorrebbe un potenziamento delle strutture sportive pubbliche. Infine, il 43,6% sottolinea la necessità di ridurre i costi per l'accesso alle strutture sportive, necessità più sentita al Centro-Nord (48,3-48,6%) rispetto al Sud (34,2%).

Nel corso del 2010 è stata avviata la sorveglianza sugli stili di vita degli adolescenti attraverso l'HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), uno studio multicentrico promosso dal Ministero della Salute e svolto grazie alla collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e le Università degli Studi di Torino, Padova e Siena. L'HBSC ha consentito di acquisire informazioni sui comportamenti relativi alla salute in età preadolescenziale (11-15 anni), ossia in quella fascia d'età nella quale si instaurano o si rafforzano molti comportamenti non salutari, quali alimentazione scorretta, ridotta attività fisica, iniziazione al fumo e consumo di alcool. Relativamente all'attività fisica, le analisi sono state condotte sui dati riferiti dai ragazzi circa lo svolgimento di almeno un'ora di attività fisica per più di tre giorni la settimana ed è emerso che i ragazzi di 15 anni (47,5% dei maschi e 26,6% delle femmine) svolgono minore attività fisica rispetto ai tredicenni (50,9% dei maschi e 33,7% delle femmine). La differenza è ancora più evidente nelle femmine, che svolgono minore attività fisica dei compagni maschi in tutte e tre le fasce di età. È stato rilevato che, a livello nazionale, in oltre il 90% degli istituti scolastici le classi svolgono le due ore di attività

motoria curricolari, con percentuali più basse in alcune Regioni del Centro-Sud e nella PA di Bolzano.

2.1.3. Indicazioni per la programmazione

La promozione dell'attività fisica gioca un duplice ruolo nelle strategie di promozione della salute e ha ricadute positive sulla società e sull'economia, poiché da un lato, infatti, si inquadra nel contesto delle attività di contrasto dell'obesità e delle malattie croniche (diabete, malattie cardiovascolari, tumori, osteoporosi) e, dall'altro, si inserisce in un progetto preventivo più ampio.

L'acquisizione di uno stile di vita attivo da parte di fasce sempre più ampie della popolazione (es. incentivando il cammino o l'uso della bicicletta nella vita quotidiana e nel tempo libero) comporta, infatti, ulteriori vantaggi, quali la riduzione delle patologie da inquinamento atmosferico e quelle da incidenti stradali e può, indirettamente, stimolare altri comportamenti salutari (una vita attiva tende a essere associata a un'alimentazione più sana e al non fumare, accresce le opportunità per socializzare e può essere adottata per indurre ulteriori cambiamenti nello stile di vita).

L'attività fisica rappresenta, dunque, un tema di interesse primario per la sanità pubblica e ha ricadute così positive sullo stato di salute della popolazione da meritare di occupare un posto centrale nella pianificazione sanitaria strategica.

Per aumentare l'attività fisica e disincentivare i comportamenti sedentari è indispensabile affrontare i determinanti ambientali, sociali e individuali dell'inattività fisica e implementare azioni sostenibili attraverso una collaborazione tra più settori a livello nazionale, regionale e locale, per ottenere un impatto maggiore.

La promozione della salute attraverso l'attività fisica richiede l'adozione di politiche che facilitino le scelte salutari, facendo in modo che l'attività fisica sia la scelta più facile. È anche necessario adattare le strategie alle differenti "realità locali", ai diversi

contesti e alle risorse, coinvolgendo ampi settori della società (le amministrazioni pubbliche, la società civile, il settore privato e altre organizzazioni interne ed esterne all'ambito sanitario).

Il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute era già stato evidenziato nel Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005 e nel Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007, prorogato al 2009. Per rispondere all'esigenza di intraprendere iniziative volte al contrasto dei determinanti della sedentarietà, nel 2006 è stato avviato il progetto "Promozione dell'attività fisica - Azioni per una vita in salute", promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM, al fine di acquisire metodologie di promozione dell'attività fisica.

Nel 2007 l'Italia ha approvato il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007), una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio di malattie croniche nel nostro Paese: scorretta alimentazione, inattività fisica, abuso/uso scorretto di alcool e tabagismo. Il programma, che si caratterizza per l'approccio trasversale ai fattori di rischio e la definizione di strategie intersettoriali, mira ad agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socio-economici che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche. La stipula di Protocolli d'Intesa tra il Ministero della Salute, leader e promotore del Programma, e gli attori coinvolti (istituzioni centrali, rappresentanti della società civile e del mondo produttivo) rappresenta uno strumento per promuovere interventi intersettoriali.

Il principale obiettivo dell'Intesa siglata tra il Ministro della Salute e il Dipartimento della Gioventù è la sensibilizzazione, in particolare dei giovani, ma anche della popolazione generale (comprese le persone diversamente abili e quelle portatrici di disagio psichico o disturbo mentale), sull'importanza di uno stile di vita attivo, associato a una corretta alimentazione.

Nell'ambito dell'Intesa è stato realizzato il Progetto Nazionale di Promozione dell'Attività Motoria (PNPAM), coordinato dal-

l'ULSS n. 20 di Verona, che si propone di incrementare la pratica dell'attività motoria da parte della popolazione delle Regioni aderenti. Per fare ciò si è scelto di puntare su attività integrabili nelle normali attività della vita quotidiana, sostenibili dal punto di vista economico, che privilegino l'utilizzo degli spazi pubblici. Il progetto mira, pertanto, a diffondere iniziative efficaci e sostenibili per la modifica dei comportamenti sedentari che possano essere facilmente adottate e sostenute dai diversi attori sociali e a individuare modi e tecniche di modifica del territorio di facile applicazione, per favorire il coinvolgimento delle amministrazioni locali nell'impresa di facilitare le scelte salutari. Aumentare le conoscenze degli operatori sanitari sui benefici dell'attività motoria, al fine di migliorare la loro capacità di promuovere stili di vita attivi, e attuare campagne informative generalizzate, che forniscano ai cittadini strumenti utili per fare scelte consapevoli e che contribuiscano a creare un clima culturale favorevole per l'adozione di corretti stili di vita, sono ulteriori obiettivi previsti nel progetto. Ecco perché, in ognuna delle Regioni aderenti, è stata attivata una "rete permanente di referenti" all'interno dei Dipartimenti di prevenzione delle singole ASL, con il compito di promuovere in modo organico l'attività motoria, e una "rete locale" di soggetti coinvolti nella promozione dell'attività motoria quali associazioni, comuni, scuole, operatori sanitari e altri soggetti pubblici e privati.

Nell'ambito del Progetto, inoltre, è stato bandito un concorso, rivolto agli studenti degli istituti scolastici superiori, al fine di sensibilizzare e rendere partecipi studenti e istituti scolastici sul tema della promozione di stili di vita sani, attraverso una proposta comunicativa da realizzare sui temi dell'attività fisica, della sana alimentazione e/o di una loro integrazione.

Il personale sanitario, in particolare i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), ha un ruolo molto importante nella prevenzione delle malattie metaboliche, cardiovascolari, neurologiche, tumorali. La diagnosi precoce di queste ma-

lattie è fondamentale, tuttavia la prevenzione primaria favorisce il benessere e una maggiore durata della vita in buona salute e a costi più contenuti. Ecco perché il PNPAM prevede anche la realizzazione di un corso di formazione a distanza (FAD), accreditato ECM (educazione continua in medicina), “Il medico promuove l’attività fisica per la salute”, che mira a offrire strumenti teorico-pratici per migliorare la capacità dei medici di promuovere la salute e prevenire le più frequenti malattie croniche che si riscontrano nella pratica ambulatoriale.

Una delle cause della sedentarietà è la ridotta possibilità di muoversi in modo sicuro e indipendente, a piedi o in bicicletta, nel proprio ambiente di vita. Nelle città, la gestione e l’organizzazione degli spazi urbani rendono sempre più difficile praticare attività semplici e non strutturate, quali andare in bicicletta, utilizzare pattini, correre e fare gioco libero, che contribuiscono a sviluppare le capacità motorie, soprattutto in età prescolare. Fornire ai bambini questa opportunità significa favorire scelte individuali alternative ai comportamenti sedentari; questo presuppone e promuove una comunità attiva che supporta il movimento e la mobilità attiva.

Tra i ragazzi, soprattutto fra gli 11 e i 15 anni, si osservano un declino dell’attività fisica e un aumento di comportamenti sedentari legati al trasporto e alle attività ricreative (es. passare molto tempo a guardare la televisione o giocare al computer).

I principali ostacoli alla pratica individuale dell’attività fisica sono: mancanza di tempo, scarsa motivazione, inadeguato supporto educativo, mancanza di possibilità, accessi limitati a strutture adeguate, sensazione di insicurezza.

La scuola potrebbe avere un ruolo educativo molto importante nel supportare e stimolare comportamenti non sedentari, tuttavia nella scuola secondaria di 2° grado vengono destinate all’educazione fisica due ore a settimana, parte delle quali impegnate nella formazione teorica e, inoltre, le norme di riferimento per l’edilizia scolastica non prevedono in tutti i casi l’obbligo di una palestra.

“Ragazzi in gamba: piano di promozione dell’attività fisica quotidiana per i giovani” è un’integrazione al progetto nazionale di promozione dell’attività motoria, realizzato grazie all’attività svolta dalla UISP (Unione Italiana Sport Per tutti), già legata al Ministero della Salute da un Protocollo d’Intesa. Il Progetto, per i bambini delle scuole primarie, promuove iniziative di cammino o bicicletta per raggiungere la scuola e viceversa, in collaborazione con le scuole, le organizzazioni del territorio e le circoscrizioni, e mira a promuovere il movimento anche all’interno della scuola, durante le ore di educazione fisica e nelle pause dell’attività didattica (intervalli ricreativi e pause pranzo). Per i ragazzi della scuola secondaria di 1° grado, gli interventi del Progetto sono focalizzati anche sulla necessità di favorire l’acquisizione di competenze specifiche su attività o discipline sportive organizzate, con la collaborazione delle scuole, in orario extracurricolare, nelle palestre o nei cortili di pertinenza della scuola stessa. Per i ragazzi delle scuole secondarie di 2° grado, che sono spesso esclusi dai parchi gioco (in genere destinati ai più piccoli), il progetto si propone di individuare aree e strutture decentrate nei singoli quartieri, da riorientare per la libera attuazione di attività motorie e/o sportive individuali e di gruppo; in particolare, i giovani avrebbero la possibilità di mettere in pratica, liberamente, le competenze e le abilità acquisite sia in discipline tradizionali (corsa, pallavolo ecc.), sia in discipline alternative (es. frisbee, skateboard, breakdance).

La promozione della salute delle giovani generazioni, per la prevenzione di malattie croniche, legate a stili di vita scorretti e non salutari, rappresenta una priorità del nostro Paese, che non può non vedere coinvolti sia il Ministero della Salute sia il Ministero dell’Istruzione quali principali attori e propulsori di strategie di intervento. Il nuovo PNP 2010-2012, approvato con l’Intesa tra Governo, Regioni e PA di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010, nell’ambito della prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari, sottolinea proprio la necessità di un’alleanza specifica tra il mon-

do della salute e il mondo della scuola, finalizzata alla realizzazione di un programma di intervento, da definirsi d'intesa fra le istituzioni scolastiche e quelle sanitarie sulla base di un accordo-quadro nazionale.

Uno dei primi temi affrontati di concerto tra "scuola" e "salute" è l'emergenza legata all'obesità e al sovrappeso, sempre più diffusi nei bambini italiani. L'esigenza di promuovere uno stile di vita più attivo e sano, fin dalla prima età, richiede l'individuazione di idonei canali di comunicazione e strumenti educativi e informativi appropriati, al fine di coinvolgere i bambini in attività motivanti che possano contribuire a determinare cambiamenti di comportamento. Ecco perché sono stati messi a punto, in collaborazione con la scuola, il kit didattico multimediale "Forchetta e Scarpetta" e il poster interattivo "Canguro SaltalaCorda". Tali materiali, rivolti ai bambini della scuola primaria e distribuiti a tutte le scuole partecipanti a "OKkio alla SALUTE" (scaricabile anche dal portale del Ministero della Salute), forniscono, in maniera piacevole e coinvolgente, informazioni e suggerimenti in tema di sana alimentazione e importanza dell'attività motoria.

Le strategie per promuovere l'attività fisica, pertanto, necessitano di interventi integrati che devono riguardare non solo le strutture per il tempo libero e lo sport, i luoghi di lavoro e gli ambienti sanitari, ma anche la pianificazione dei trasporti, la regolazione

del traffico, la progettazione di edifici e di ambienti urbani e le attività informative sul territorio. L'approccio intersettoriale consente, infatti, di attuare interventi che modificano i comportamenti non salutari, raccomandando interventi di tipo comportamentale (per agire sullo stile di vita individuale) e sociale (per creare condizioni ambientali atte a cambiare i comportamenti individuali e a mantenerli nel tempo).

Bibliografia essenziale

- DPCM del 4 maggio 2007. Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari. 2007. <http://www.salute.gov.it>. Ultima consultazione: settembre 2011
- Global Advocacy for Physical Activity (GAPA). <http://www.globalpa.org.uk>. Ultima consultazione: settembre 2011
- Istat. Annuario statistico italiano 2010. Capitolo 11: Famiglie e aspetti sociali vari. http://www.istat.it/dati/catalogo/20101119_00/PDF/cap11.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011
- ISTISAN. OKkio alla SALUTE. Rapporto 2010. http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/pdf/OKkioallaSALUTE2010.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011
- World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011
- World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. 2010. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

2.2. Abitudine al fumo

2.2.1. Introduzione

La prevenzione del tabagismo, primo fattore di rischio evitabile anche nel nostro Paese, resta tra le grandi priorità delle politiche di salute. Come mostrano i dati dell'OMS, il fumo è la prima causa di morte facilmente evitabile, responsabile ogni anno di 5 milioni di morti in tutto il mondo per tumori, malattie cardiovascolari e respiratorie. Agire efficacemente nella prevenzione e cura del tabagismo, per miglio-

rare la salute delle persone, è un compito complesso, che richiede lo sviluppo di interventi in ambiti diversi da quello strettamente sanitario, nonché cooperazione e coordinamento tra numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni.

2.2.2. Rappresentazione dei dati

Mortalità da "fumo" in Italia e nel mondo. Il tabacco provoca più decessi di alcool,

IDS, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. Nel mondo i fumatori sono 650 milioni e i morti a causa del fumo sono 5,4 milioni ogni anno, mentre si stima che nel 2030 saranno 8 milioni. Nel 20° secolo 100 milioni di persone sono morte a causa del fumo; nel 21° secolo si stima ne moriranno 1 miliardo. Nel 2030, più dell'80% dei morti a causa del tabacco sarà nei Paesi in via di sviluppo.

Nei Paesi dell'Unione Europea (UE) ogni anno muoiono prematuramente a causa del fumo 650.000 persone (una cifra superiore alla popolazione di Malta o del Lussemburgo).

Nel Mondo il 40% dei bambini, il 35% delle donne non fumatrici e il 33% degli uomini non fumatori sono esposti al fumo passivo. Si stima che il fumo passivo provochi 603.000 morti premature (28% bambini, 26% uomini e 47% donne) e la perdita di 10,9 milioni (61% bambini, 16% uomini e 24% donne) di anni di vita persi in buona salute (DALY). Il maggior numero di morti attribuite al fumo passivo è causato dagli infarti, dalle infezioni respiratorie minori tra i bambini e dall'asma tra gli adulti.

In Italia si stima siano attribuibili al fumo di tabacco dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, con oltre il 25% di questi decessi compreso tra i 35 e i 65 anni di età.

Prevalenza dei fumatori in Italia. Nel 2010, secondo i dati Istat la percentuale dei

fumatori, pressoché costante da diversi anni, è pari al 22,8% (maschi 29,2%, femmine 16,9%) in leggero calo rispetto al 2009. Nel 2003, prima della Legge 3/2003, la prevalenza era del 23,8% (maschi 31%, femmine 17,4%) [Figura 2.3].

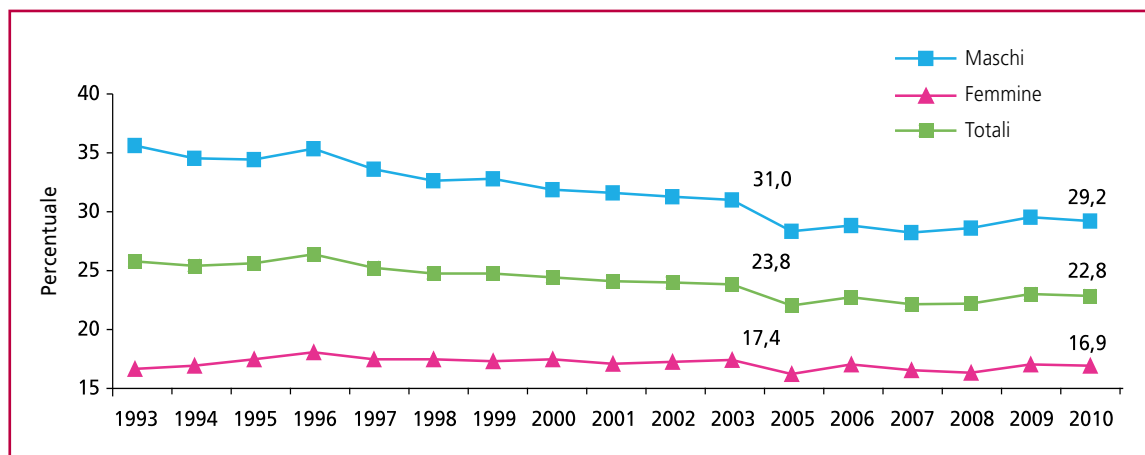
La prevalenza maggiore è tra i giovani adulti di età compresa tra i 25 e i 34 anni, con un valore pari al 32,3% (39,7% i maschi e 24,4% le femmine) in aumento rispetto allo scorso anno. Stabile invece, la prevalenza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni con un valore di 21,5% (27,4% i maschi e 15,5% le femmine) [Figura 2.4].

Dal punto di vista territoriale, la più alta percentuale di fumatori si osserva nell'Italia centrale (24,7%), in leggero aumento rispetto al 2009, seguono il Sud e le Isole (23,1%), in aumento rispetto al 2009, e il Nord (21,9%), che invece è in netto calo rispetto all'anno precedente.

Altri dati sulla prevalenza dei fumatori in Italia sono raccolti dall'indagine annuale DOXA/ISS-OFAD e, dal 2005, anche dal sistema di sorveglianza PASSI.

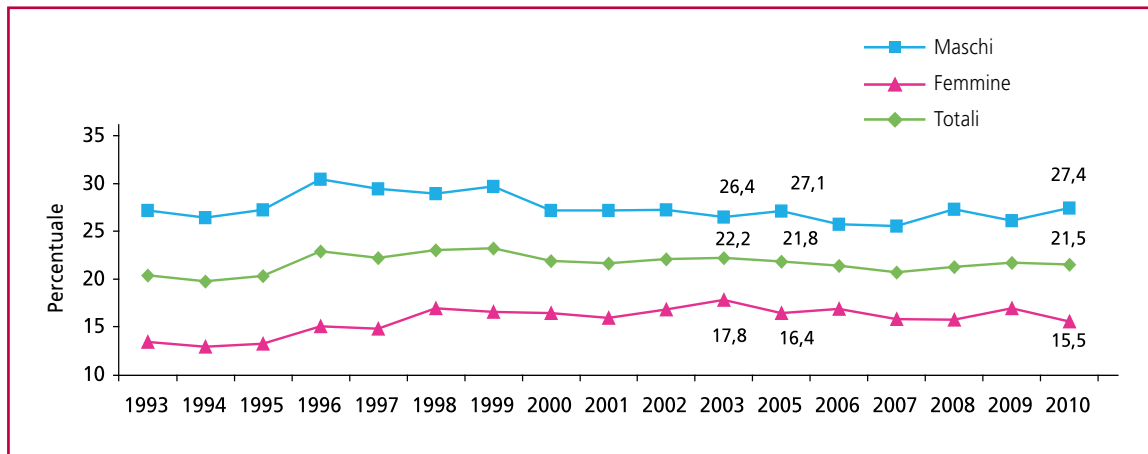
Dalle suddette indagini si evidenzia che: l'abitudine al fumo è significativamente più diffusa negli uomini, nelle persone con livello di istruzione medio-basso e nelle persone con difficoltà economiche; il numero dichiarato di sigarette fumate in media al giorno è 13. Il 7% dei fumatori dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno ("forti fumatori").

Figura 2.3. Prevalenza dei fumatori per sesso (Anni 1993-2010).



Fonte: Istat – Annuario Statistico Italiano – Anno 2010.

Figura 2.4. Prevalenza dei fumatori per sesso nei giovani 15-24 anni (Anni 1993-2010).



Fonte: Istat – Annuario Statistico Italiano – Anno 2010.

Donne e fumo. Dai dati del sistema PASSI, la prevalenza delle fumatrici è minore di quella degli uomini (24% vs 33%), anche se il dato non è omogeneo sul territorio: la differenza è minima in Emilia Romagna (27% vs 29%) e nel Lazio (29% vs 31%). Tra le donne è minore il consumo medio di sigarette (11 vs 15 al giorno) e il forte consumo: solo il 4%, infatti, consuma più di 20 sigarette al giorno, rispetto al 10% degli uomini.

Secondo uno studio dell'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO), in collaborazione con l'Istat, nel periodo 1986-1993 la diminuzione media della prevalenza di fumo in Italia è stata del 2% annuo in entrambi i sessi, mentre nel periodo 1993-1999 dell'1,3% annuo negli uomini. Nello stesso periodo, invece, nelle donne si è registrato un aumento dello 0,7% annuo. Nel periodo 2000-2009, infine, la prevalenza ha continuato a scendere negli uomini a un ritmo dello 0,9% annuo, arrivando, nel 2009, al 29,5%. Nelle donne, dal 2000 in poi, la prevalenza si è assestata intorno al 17%. Secondo lo studio, globalmente, la diminuzione della prevalenza può essere in parte attribuita alle politiche di controllo del tabagismo attuate negli ultimi anni, quali l'aumento dei prezzi, il divieto di pubblicizzare le sigarette, il divieto di fumo nei locali pubblici e lo sviluppo di una rete di centri antifumo.

Tentativi di smettere di fumare. Nell'ultima indagine DOXA (2010) gli ex fumatori,

cioè le persone che hanno provato a smettere e ci sono riuscite, sono aumentati rispetto all'anno precedente, passando dal 17,5% al 18,4%. Nell'ultimo anno si stima che abbiano smesso di fumare più di 560.000 fumatori.

I motivi principali che hanno convinto i fumatori a smettere sono strettamente legati alla sfera sanitaria: il 38,5% ha smesso per reali problemi di salute e il 40% per una maggiore consapevolezza dei danni che il fumo provoca. Questo aspetto sembra indicare un positivo effetto dell'attività di prevenzione e informazione svolta da tutte le istituzioni interessate nel contrastare il fenomeno del tabagismo, aumentando il livello di consapevolezza e la motivazione dei fumatori a smettere.

Le strade seguite dalle persone per riuscire a smettere di fumare sono: autodeterminazione (93,4%); aiuto del medico (2,7%); terapie non convenzionali (0,9%); assunzione di farmaci (0,8%); gruppi di auto-aiuto (0,5%) o altro metodo (1,9%).

Dal rapporto Istat "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" si riscontra, inoltre, che negli ultimi anni le donne che hanno avuto un figlio sono più sensibili al problema del fumo. Infatti, diminuisce la percentuale di quante fumano in gravidanza: dal 9,2% nel 1999-2000 al 6,5% nel 2005.

Secondo i dati del sistema di sorveglianza PASSI, il 41% delle persone intervistate

nel 2009 ha ricevuto domande, da un medico o da un operatore sanitario, sul proprio comportamento riguardo all'abitudine al fumo (precisamente: il 64% dei fumatori, il 40% degli ex fumatori e il 28% dei non fumatori).

Il 60% dei fumatori che sono stati da un medico o un operatore sanitario nell'ultimo anno ha ricevuto il consiglio di smettere di fumare: nel 27% dei fumatori il consiglio è stato dato a scopo preventivo, nel 18% per specifici problemi di salute dell'intervistato, nel 15% per entrambi i motivi.

Il 40,7% degli attuali fumatori ha tentato di smettere nell'ultimo anno (erano il 42% nel 2008 e il 40,6% nel 2007); di questi, quasi uno su cinque, al momento dell'intervista, era in astinenza:

- l'8%, sia tra le donne sia tra gli uomini, era riuscito a smettere e non fumava da più di 6 mesi, pertanto è da definire ex fumatore;
- l'11% delle donne e il 9% degli uomini, in astinenza da meno di 6 mesi, sono considerati in fase di disassuefazione.

Tra gli ex fumatori, il 96,1% dichiara di avere smesso di fumare "da solo".

Complessivamente, dunque, circa due fumatori su tre hanno ricevuto il consiglio di smettere da parte di un medico o di un operatore sanitario negli ultimi 12 mesi. Nella quasi totalità dei casi, gli ex fumatori hanno riferito di avere smesso da soli.

Questi dati confermano ancora una volta che i medici e gli altri operatori sanitari rivestono un ruolo importante nell'informare gli assistiti sui rischi del fumo. È opportuno, pertanto, promuovere nei cittadini e negli operatori sanitari la consapevolezza dell'importanza del problema e dell'esistenza di interventi efficaci per aiutare i fumatori a smettere.

2.2.3. Esposizione e valutazione critica dei dati

La tutela dal fumo passivo: la Legge 3/2003 ("Legge Sirchia"). Nel gennaio 2005 l'Italia, con la Legge 3/2003 (art. 51: "Tutela della salute dei non fumatori"), è stata il primo grande Paese europeo a in-

trodotto una normativa per regolamentare il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati – compresi i luoghi di lavoro e le strutture del settore dell'ospitalità –, che è stata considerata quale esempio di efficace intervento di salute pubblica in tutta Europa.

A cinque anni dall'entrata in vigore della Legge, il bilancio può essere considerato complessivamente positivo, anche se occorre continuare a impegnarsi per mantenere e migliorare i risultati conseguiti.

Effetti del divieto di fumo sulla salute. Per quanto riguarda gli effetti sulla salute, diversi studi scientifici stanno ormai consolidando l'evidenza dell'efficacia dei divieti di fumo sull'andamento dei ricoveri ospedalieri per infarto acuto del miocardio.

In Italia sono stati condotti cinque studi (uno promosso dal Ministero della Salute in collaborazione con Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Campania, due dall'Università di Torino, il quarto dalla ASL Roma E, il quinto relativo alla Regione Toscana). I primi quattro lavori mostrano una riduzione degli eventi coronarici acuti tra il 2004 e il 2005 (prima e dopo l'applicazione della Legge) con valori che vanno da -5% tra i minori di 70 anni dello studio dell'Università di Torino su tutta l'Italia a -13% tra la popolazione in età 40-64 anni dello studio promosso dal Ministero della Salute in quattro Regioni, passando per -11% tra i minori di 60 anni dello studio sul Piemonte e -11% dello studio della ASL Roma E tra la popolazione di età 35-64 anni. L'ultimo studio (nella Regione Toscana) ha mostrato che non c'è alcuna differenza nei ricoveri per infarto prima e dopo la Legge quando non si utilizza un modello lineare per interpolare i dati.

Questi dati sono stati nuovamente confermati da uno studio, frutto di una collaborazione tra Ministero della Salute e Università di Torino, che ha analizzato circa un milione di ricoveri ospedalieri per eventi coronarici acuti avvenuti nella popolazione italiana tra il 2002 e il 2006; nei due anni successivi all'introduzione della Legge che vieta il fumo in tutti i locali aperti al pubblico, è stata riscontrata una diminuzione del 4%

nei ricoveri ospedalieri per eventi coronarici acuti tra le persone con età inferiore a 70 anni. L'effetto appare stabile nel corso del tempo e uniformemente presente nelle diverse aree geografiche del Paese. Una parte consistente di tale riduzione è attribuibile alla diminuzione dell'esposizione al fumo passivo nei locali pubblici. Il fatto che la riduzione dei ricoveri sia evidente solo tra gli individui più giovani, che hanno più opportunità di frequentare locali pubblici e per i quali l'esposizione al fumo incide maggiormente sul rischio cardiovascolare, è coerente con l'ipotesi che tale effetto sia dovuto all'introduzione del bando. In termini assoluti, la riduzione del 4% osservata si traduce in circa 3.700 ricoveri ospedalieri per eventi coronarici acuti in meno l'anno. Questi risultati sono coerenti anche con quanto rilevato in altre parti del mondo (es. Irlanda -14% e New York -8%).

2.2.4. Rispetto della Legge

Opinioni della popolazione. Nei cinque anni di applicazione della Legge, la popolazione si è dimostrata generalmente favorevole al provvedimento e consapevole della sua importanza per la salute pubblica. Sono state effettuate diverse indagini per conoscere le opinioni dei cittadini sull'applicazione dei divieti; in particolare, lo studio ENFASI (condotto a cavallo dell'applicazione della Legge), l'indagine annuale DOXA/ISS-OFAD, il sistema di sorveglianza PASSI e un progetto CCM (Centro di prevenzione e controllo delle malattie) portato avanti dalla Regione Veneto. Nel complesso, dal 2005 in poi sono stati rilevati valori compresi tra il 69% (indagine DOXA/ISS-OFAD e PASSI nel 2005) e il 92% (progetto CCM/Regione Veneto nel 2007) per le opinioni sul rispetto (molto + abbastanza favorevole) del divieto nei *luoghi di lavoro* e valori compresi tra l'81,5% (indagine DOXA/ISS-OFAD nel 2005) e il 92% (progetto CCM/Regione Veneto nel 2007) per il rispetto (molto + abbastanza favorevole) del divieto nei locali pubblici. Le opinioni sull'utilità della Legge sono

sempre state molto positive, con valori compresi tra il 76% (gestori dei locali pubblici - Studio ENFASI, nel 2005) e il 95,2% (indagine DOXA/ISS-OFAD nel 2008).

In particolare, dai dati dello studio PASSI 2009, la maggior parte degli intervistati riferisce che il divieto di fumare viene rispettato sia nei locali pubblici (86%) sia nei luoghi di lavoro (88%). Come nei due anni precedenti, però, questi indicatori si distribuiscono sul territorio nazionale in maniera non omogenea: il divieto funziona più al Nord che al Sud.

In particolare, la percentuale di intervistati che dichiara rispettata "sempre o quasi sempre" la normativa nei locali pubblici è massima in Friuli Venezia Giulia e in Valle d'Aosta (96%) e minima in Calabria (64%).

La percentuale di intervistati che ritiene che sia rispettato "sempre o quasi sempre" il divieto nei luoghi di lavoro è massima nelle PA di Bolzano e Trento (95%) e minima in Calabria (74%).

Attualmente la Regione Veneto sta coordinando un progetto CCM che ha tra gli obiettivi quello di garantire una sorveglianza nel tempo del rispetto della normativa in Italia, definendo, con i referenti delle Regioni che aderiscono, un sistema standardizzato per il monitoraggio della Legge che tenga conto del nuovo ruolo assegnato alla Prevenzione, anche in relazione al PNP 2010-2012, e quindi delle nuove funzioni del personale operante nei servizi delle ASL.

Controlli dei carabinieri per la salute - NAS. Su mandato del Ministro della Salute, dal 2005, i Carabinieri per la Sanità - NAS effettuano controlli a campione su tutto il territorio nazionale nei luoghi in cui si applica il divieto di fumo.

A oggi i NAS hanno compiuto oltre 18.200 controlli in tutta Italia, presso diverse tipologie di locali (stazioni ferroviarie, ospedali, ambulatori, musei e biblioteche, aeroporti, uffici postali e sale scommesse, discoteche, pub e pizzerie), che hanno evidenziato il sostanziale rispetto della norma (*Tabella 2.1*).

Nel 2010 i NAS hanno eseguito, da gennaio a dicembre, 3.916 ispezioni, anche tor-

Tabella 2.1. Controlli dei NAS nel periodo 2007-2010

Strutture controllate	N. ispezioni	Fumatori	Irregolarità	Totale	% Totale	% Fumatori
Uffici postali	980	3	11	14	1,43%	0,31%
Stazioni ferroviarie	959	33	16	49	3,36%	3,44%
Aeroporti	107	1	3	4	3,74%	0,93%
Scuole e Università	726	24	22	46	6,30%	3,31%
Musei e biblioteche	1.889	21	102	123	6,50%	1,11%
Ambulatori	1.485	11	91	102	6,90%	0,74%
Ristoranti, pub e discoteche	1.867	109	117	226	12,10%	5,84%
Ospedali	1.645	84	55	139	8,40%	5,11%
Sale giochi e scommesse	1.818	53	120	173	9,50%	2,92%
Mercati coperti	655	9	46	55	8,40%	1,37%
Totale	12.131	348	583	931	7,67%	2,87%

Fonte: Comando Carabinieri per la Sanità – NAS – Anno 2010.

nando nei luoghi maggiormente a rischio di mancato rispetto della Legge (discoteche e ospedali). Tali ispezioni hanno portato a contestare 299 infrazioni (il 7,6% del totale): 115 a persone che fumavano dove vietato (pari al 2,9%) e 184 per mancata o errata affissione del cartello di divieto o per presenza di locali per fumatori non a norma (pari al 4,7% del totale).

Nel 2009 i controlli erano stati 2.551, tra i mesi di febbraio e luglio. Le infrazioni contestate sono quindi diminuite dal 9,2% all'8,6%; la percentuale delle contestazioni a chi fumava dove non era permesso è rimasta stabile al 3,6% e le infrazioni relative alle irregolarità di affissione dei divieti sono diminuite dal 5,6% al 4,9%.

Nel 2010 si è avuta, quindi, una più ampia e mirata attività di controllo, che ha portato a risultati incoraggianti quali la diminuzione delle multe a chi fumava negli ospedali.

Vendita di sigarette e altri prodotti del tabacco. Dall'elaborazione dei dati dell'Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS), nel corso del 2010 si stima che le vendite di sigarette si siano ridotte del 2,2%, rispetto al 2009. Questo corrisponde a oltre centosei milioni di pacchetti venduti in meno (quasi 1 pacchetto in meno al mese acquistato da ciascun fumatore). Per la prima volta dal 1997, le vendite sono scese sotto la soglia dei 90 milioni di kg. La diminuzione delle vendite di sigarette è

pari a circa il 12% in meno rispetto al 2004. Sebbene nel 2006 si sia verificata una ripresa delle vendite rispetto al 2005, l'andamento in diminuzione delle vendite di sigarette, a partire dal 2004, è stato mantenuto con un calo medio dell'1,7% ogni anno (*Figura 2.5*).

Programma “Ministero Libero dal fumo”.

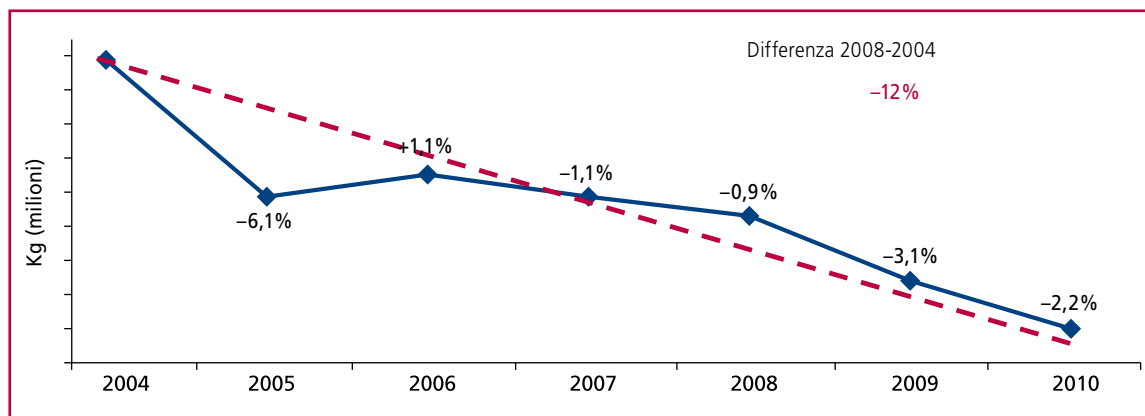
Un particolare intervento di promozione della salute denominato “Ministero Libero dal Fumo”, ideato nel 2004 e tuttora in corso, è rivolto ai dipendenti del Ministero della Salute per promuovere il rispetto delle norme sul divieto di fumo, ma anche per sostenere quanti fossero eventualmente motivati a smettere di fumare, attraverso l'offerta attiva di programmi di disassuefazione gratuiti, organizzati presso la sede di servizio e durante l'orario di lavoro, per i dipendenti fumatori che avessero aderito all'offerta.

Il programma prevede:

- un seminario informativo per i dipendenti sulle problematiche del tabagismo e sulle iniziative proposte;
- un'indagine, tramite questionario, sull'abitudine al fumo dei dipendenti del Ministero della Salute;
- l'attivazione di “Gruppi per la disassuefazione dal fumo” condotti dagli operatori della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori (LILT).

L'indagine conoscitiva ha permesso di raccogliere 1.030 questionari, su 1.244 distribuiti

Figura 2.5. Vendita di sigarette nel periodo 2004-2008.



Fonte: Agenzia Autonoma Monopoli di Stato – Anno 2010.

(tasso di adesione 82,8%), mentre le analisi sono state eseguite su 994 questionari. I dati elaborati hanno rilevato che il 25,1% dei dipendenti fuma (in media, 13,3 sigarette al giorno); il 43% di questi sono forti fumatori (accendono la prima sigaretta entro mezz'ora dal risveglio); il 63% dichiara di voler smettere di fumare, ma solo il 40% ha ricevuto il consiglio di smettere dal medico. I non fumatori sono il 50,5% e gli ex fumatori il 24,4%; il fumo passivo provoca un forte disagio al 61% di loro. È interessante notare che il 36% dei non fumatori ha dichiarato di essere esposto al fumo passivo in diversi luoghi del Ministero, tra cui il 2% nella propria stanza e il 6% in altre stanze. Tra maggio e giugno 2009 sono stati attivati quattro “Gruppi per la disassuefazione dal fumo”, per un totale di 74 dipendenti (tra cui 16 appartenenti ai NAS), pari al 22% dei dipendenti fumatori. Di questi, 57 hanno completato il percorso e, al termine dei nove incontri previsti, 33 risultavano astinenti dal fumo e 25 avevano diminuito il numero delle sigarette fumate quotidianamente.

2.2.5. Indicazione per la programmazione

Accanto alla prevenzione primaria e alla cura del tabagismo e delle patologie fumo-correlate, è necessario mantenere costante l'attività di sostegno e monitoraggio dell'applicazione della legislazione sugli ambienti sen-

za fumo, strumento efficace di tutela e promozione della salute pubblica, nonché la sensibilizzazione della popolazione sui rischi dell'esposizione attiva e passiva al fumo. A tal fine, attraverso un progetto promosso dal Ministero della Salute/CCM, coordinato dal Veneto, le Regioni stanno lavorando per definire protocolli di analisi standardizzati, per la verifica del rispetto nel Paese della Legge 3/2003.

L'implementazione della Convenzione quadro OMS per il Controllo del Tabacco, primo trattato internazionale in materia di tutela della salute, sulla base delle indicazioni emerse anche durante la IV Conferenza delle Parti (Punta del Este, Uruguay, novembre 2010), può contribuire al contrasto del tabagismo (in particolare attraverso quanto riguarda l'utilizzo delle avvertenze sanitarie sulle confezioni e la regolamentazione degli ingredienti e degli additivi dei prodotti del tabacco, il controllo del rispetto delle norme sulla pubblicità, le politiche fiscali e dei prezzi), ma necessita di un collaborativo ed efficace raccordo con altre Amministrazioni e della partecipazione alle azioni promosse dall'UE.

Per costruire una società libera dal fumo occorre, inoltre, continuare a diffondere i programmi di prevenzione nelle scuole, fin dalla scuola dell'infanzia, per raggiungere un numero sempre maggiore di bambini e ragazzi, e sviluppare la comunicazione, per motivare gli adolescenti a non iniziare e gli adulti, genitori prima di tutto, a smettere di fumare.

Azioni più complesse, che richiedono interventi regolatori e cooperazione intersettoriale, secondo l'approccio di "Guadagnare salute", sono elevate ai minori di 18 anni (attualmente il limite è 16 anni) il divieto di vendita, estendere il divieto di fumo negli spazi all'aperto delle scuole e degli ospedali (come già succede nel Regno Unito e in alcuni comuni in Italia), nonché nei parchi giochi e nelle auto, in presenza di bambini. Per aumentare il numero degli ex fumatori è necessario un maggiore sostegno a quanti intendono smettere, potenziando l'attività dei centri antifumo e favorendo la diffusione tra gli operatori sanitari, a partire dai MMG, del counseling motivazionale breve. Si rimanda alla Sezione C Capitolo 1.7 per un approfondimento delle attività già pro-

grammate per la tutela dai danni provocati dal fumo nell'ambito del programma "Guadagnare Salute".

Bibliografia essenziale

- Galeone D, Laurendi, Vasselli S, et al. Preliminary effects of Italy's ban on smoking in enclosed public places. *Tobacco Control* 2006; 15: 143
- Galeone D, Spizzichino L. Attività per la prevenzione del tabagismo. Rapporto 2010
- Gorini G, Chellini E, Galeone D. What happened in Italy? A brief summary of studies conducted in Italy to evaluate the impact of the smoking ban. *Ann Oncol* 2007; 18: 1620-2
- Gruppo tecnico PASSI. Sistema di sorveglianza PASSI. Rapporto Nazionale 2010
- Istat. Indagine multiscope "Aspetti della vita quotidiana", Anno 2010. *Annuario Statistico Italiano* 2010

2.3. Abitudini alimentari

2.3.1. Introduzione

Una sana alimentazione associata a uno stile di vita attivo è un valido strumento per la prevenzione, la gestione e il trattamento di molte malattie. Un regime dietetico adeguato ed equilibrato, infatti, non solo garantisce un apporto di nutrienti ottimale, in grado di soddisfare il fabbisogno dell'organismo, ma permette, anche, l'apporto di sostanze che svolgono un ruolo protettivo e/o preventivo nei confronti di determinate condizioni patologiche.

La corretta alimentazione riveste, pertanto, un ruolo fondamentale nella prevenzione di molte patologie cronico-degenerative e dell'obesità che è, essa stessa, un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari, tumori e diabete.

I bambini in sovrappeso hanno maggiori probabilità di esserlo anche nella fase iniziale dell'età adulta; ciò riduce l'età media di comparsa di patologie croniche non trasmissibili e influenza sensibilmente il carico dei servizi sanitari, in quanto aumenta il numero di accessi e di prestazioni durante l'età adulta.

Molti aspetti dell'ambiente in cui oggi vivono e lavorano le persone incoraggiano abitudini alimentari scorrette e/o una ridotta attività fisica, aumentando il rischio di obesità. In tutta Europa, la maggior parte della popolazione adulta è fisicamente inattiva e segue diete caratterizzate da un elevato apporto di grassi, zuccheri semplici e bassa assunzione di fibra alimentare. Cambiamenti nelle condizioni di vita e di lavoro fanno sì che sempre meno persone preparino e consumino pasti tradizionali a base di ingredienti freschi. Nel contempo, è aumentata la disponibilità di prodotti alimentari a elevata densità energetica e poveri in nutrienti. Ampi settori della popolazione, per di più, continuano a non seguire pratiche ottimali per l'alimentazione dei neonati, come l'allattamento esclusivo al seno, che si è dimostrato protettivo contro lo sviluppo dell'obesità. Alcuni gruppi sociali sono, infine, particolarmente vulnerabili alle influenze dell'ambiente. Il basso stato socioeconomico sembra essere correlato con alcuni indicatori di dieta inadeguata associati all'obesità, quale un minore consumo di frutta e verdura, ridotti tassi di allatta-

mento al seno ed elevata assunzione di alimenti ad alta densità energetica.

2.3.2. Esposizione e valutazione critica dei dati

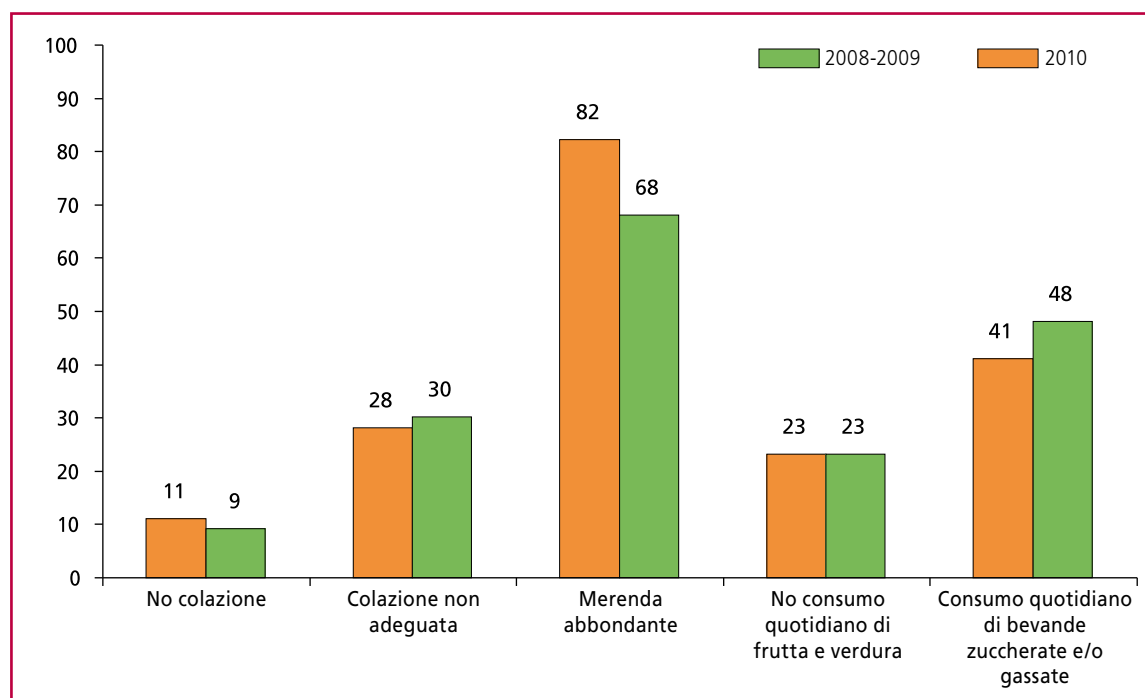
In Italia, secondo i dati Istat del 2009, il pranzo costituisce ancora il pasto principale (68,2 % della popolazione di età superiore ai 3 anni) ed è molto spesso (73,4%) consumato a casa, permettendo così una scelta degli alimenti più attenta rispetto ai pasti consumati fuori casa. Per i bambini tra 3 e 10 anni è molto frequente mangiare nelle mense scolastiche (56,1% di quelli tra 3 e 5 anni d'età e 35,4% di quelli tra 6 e 10 anni).

La raccolta dati "OKkio alla SALUTE" 2010 ha messo in luce la grande diffusione, tra i bambini, di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e che predispongono all'aumento di peso, specie se concomitanti, confermando sostanzialmente i dati della precedente raccolta effettuata nel 2008. In particolare, è emerso che, su un totale di oltre 40.000 alunni, il 9% dei bambini salta la prima co-

lazione, il 30% fa una colazione non adeguata (ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine) e il 68% fa una merenda di metà mattina troppo abbondante; il 23% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e verdura e il 48% consuma quotidianamente bevande zuccherate e/o gassate (Figura 2.6). Lo studio di approfondimento sulle abitudini alimentari e lo stile di vita dei bambini delle scuole primarie Zoom8, condotto dall'INRAN su un campione di circa 2.000 bambini di 8-9 anni, ha mostrato che il 21,1% dei bambini non consuma mai o quasi mai la prima colazione o non la consuma tutti i giorni, con differenze statisticamente significative fra le tre aree geografiche (il 13,9% al Nord, il 19,5% al Centro e ben il 28,2% al Sud).

La dieta del nostro Paese è basata principalmente sul consumo di cereali: pane, pasta e riso, anche se negli ultimi anni vi è stata una riduzione (84,9% nel 2009 rispetto all'85,5% del 2007). Nel 2009, il 49,9% della popolazione ha dichiarato di consumare almeno una volta al giorno verdure; il 41,7% consuma ortaggi con questa

Figura 2.6. Abitudini alimentari (2008-2009 e 2010).



Fonte: Rapporto Istisan OKkio alla SALUTE 2010.

stessa frequenza e i consumatori giornalieri di frutta risultano essere il 75,4%. Solo il 5,6% delle donne e il 3,9% degli uomini aderiscono alle raccomandazione del *five a day*, con un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura (Istat “Aspetti della vita quotidiana” 2009). Il sistema PASSI 2009 (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia), sistema continuo di sorveglianza della popolazione italiana adulta sui principali fattori di rischio comportamentali, conferma che solo il 9% degli intervistati consuma 5 porzioni al giorno di frutta e verdura, con percentuale maggiore tra le donne, nella classe di età più elevata (50-69 anni) e nelle persone con un alto livello di istruzione. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la Basilicata registra l'adesione più bassa al *five a day* (6%), mentre il Friuli Venezia Giulia e le ASL della Sardegna quella più alta (17%).

La quasi totalità della popolazione utilizza, sia per la cottura sia per i condimenti a crudo, l'olio d'oliva; presta attenzione alla quantità di sale e/o al consumo di cibi salati il 64,4% della popolazione e più di un terzo utilizza sale arricchito di iodio (38,2%). L'attenzione al consumo di sale è più diffusa tra le donne (70,1% contro il 58,4% degli uomini) e, in generale, tra le persone di età superiore ai 60 anni. È il Nord a prestare maggiore attenzione al consumo di sale (oltre il 66,0%) e, inoltre, nel Nord-Est si riscontra la percentuale maggiore di popolazione che consuma sale arricchito di iodio (48,5%), mentre nelle Isole si ha la percentuale più bassa (24,5%).

L'abitudine di bere almeno un litro e mezzo di acqua al giorno riguarda il 50,9% delle persone di 11 anni e più. È più diffusa tra gli uomini (53,4% rispetto al 48,7% tra le donne) e, in particolare, tra i 20 e i 59 anni. A livello territoriale le percentuali maggiori di persone che bevono almeno un litro e mezzo di acqua al giorno si riscontrano nel Nord-Est e nel Centro (53,1%). La percentuale di persone di 14 anni e più che beve bevande gassate è pari al 58,7%; il 59,3% della popolazione di età superiore agli 11 anni dichiara di consumare bevande gassate (percentuale che sale al 64,1% tra gli uomini e si

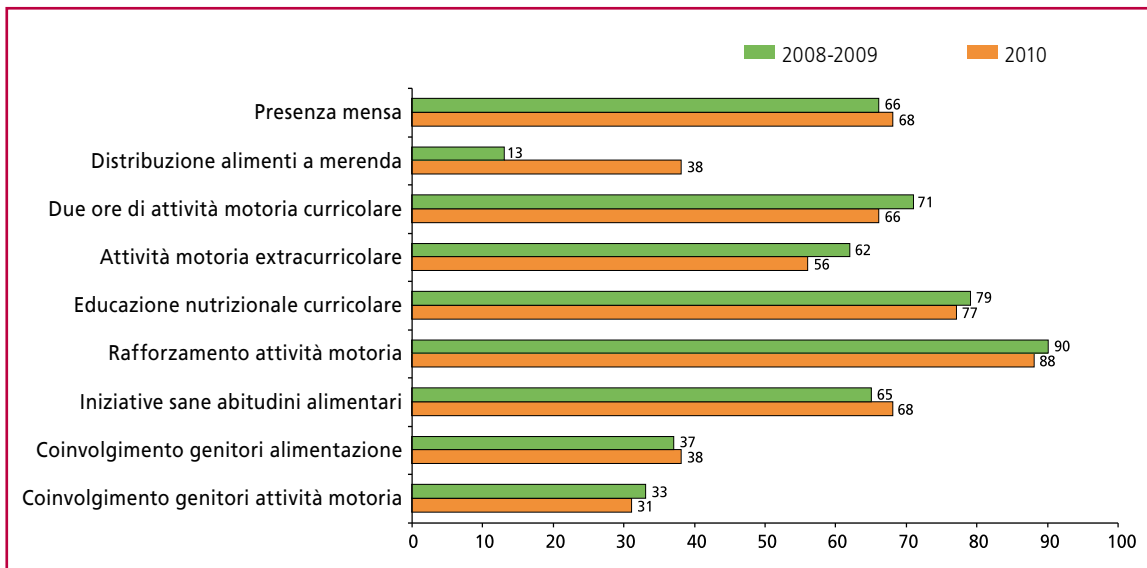
attesta sul 54,8% tra le donne). Nella maggioranza dei casi, tuttavia, il consumo non è giornaliero: il 6,1% degli uomini e il 3,3% delle donne beve, in una giornata, più di mezzo litro di bevande gassate e l'11,6% degli uomini e il 7,8% delle donne meno di mezzo litro (1-2 bicchieri). Il consumo di bevande gassate è diffuso specialmente tra i ragazzi e i giovani tra gli 11 e i 24 anni (più dell'80%), mentre dai 25 anni decresce rapidamente, fino alla percentuale del 26,5% degli ultrasessantacinquenni. A livello territoriale, le percentuali più alte di consumatori di bevande gassate si rilevano nel Sud (60,9%) e nelle Isole (63,5%) [Istat “Aspetti della vita quotidiana” 2009].

Nel corso del 2010 è stata avviata la sorveglianza sugli stili di vita degli adolescenti attraverso l'HBSC, promossa dal Ministero della Salute e svolta grazie alla collaborazione tra l'ISS e le Università degli Studi di Torino, Padova e Siena. L'HBSC ha consentito di acquisire informazioni sui comportamenti relativi alla salute in età preadolescenziale (11-15 anni), ossia in quella fascia d'età nella quale si instaurano o si rafforzano molti di quei comportamenti non salutari, quali alimentazione scorretta, ridotta attività fisica, iniziazione al fumo e consumo di alcool.

I dati hanno dimostrato, nelle tre diverse fasce di età, una minore frequenza di consumo quotidiano di verdura nel Sud; non si riscontrano, invece, differenze significative tra le diverse fasce di età, mentre si nota un maggiore consumo di verdura nelle femmine rispetto ai coetanei maschi (per gli undicenni il 17,8% nei maschi e il 23,1% nelle femmine, per i tredicenni il 16,7% e il 21% e per i quindicenni il 17% nei maschi e il 23,2% nelle femmine).

La scuola svolge un ruolo importante per la promozione di corrette abitudini alimentari, pertanto OKkio alla SALUTE 2010 ha raccolto dati su 2.222 plessi di scuole primarie italiane, relativamente ai programmi didattici e alle iniziative di promozione della sana alimentazione. È emerso che il 68% delle scuole possiede una mensa; il 38% prevede la distribuzione per la merenda di metà mattina di alimenti salutari (frutta, yogurt ecc.); solo 1 scuola su 3 ha avviato iniziative favo-

Figura 2.7. Iniziative delle scuole in favore di una sana alimentazione e dell'attività motoria (2008-2009 e 2010).



Fonte: Rapporto Istisan OKkio alla SALUTE 2010.

renti una sana alimentazione (Figura 2.7). L'HBSC ha rilevato la presenza di distributori automatici di alimenti, fruibili dagli studenti all'interno della scuola, in oltre il 50% degli istituti scolastici sul territorio nazionale. Rispetto agli alimenti distribuiti, è possibile osservare come bibite (zuccherate e/o gassate), merendine preconfezionate, caramelle e snack siano dispensati in oltre l'80% degli istituti scolastici, con alcune eccezioni nel Nord Italia (es. PA di Bolzano, Veneto). Solo nel 20% circa degli istituti sono disponibili alimenti come yogurt o frutta (con percentuali più elevate in alcune Regioni quali Friuli Venezia Giulia ed Emilia Romagna).

2.3.3. Indicazioni per la programmazione

Lo stato di salute della popolazione è fortemente influenzato dalla nutrizione. Abitudini alimentari scorrette, protratte nel tempo, hanno un impatto significativo sull'incidenza e sulla severità di molte malattie. Lo stile di vita e le scelte alimentari agiscono, quindi, in modo incisivo sulla possibilità di evitare lo sviluppo di malattie e/o controllarne l'evoluzione o, al contrario, provocarne l'insorgenza.

Sovrappeso e obesità rappresentano una sfida rilevante per la sanità pubblica; in particolare, l'epidemia che sta emergendo nei bambini è allarmante. Alcuni geni sono importanti nel determinare la suscettibilità di una persona all'aumento di peso, ma a esso concorrono anche molti altri fattori. L'epidemia di obesità è il risultato di profonde trasformazioni dell'ambiente sociale, economico, culturale. Non esiste, pertanto, una causa unica e identificabile. L'apporto e il dispendio energetico individuale sono influenzati da un'ampia gamma di fattori ambientali: politiche di pianificazione urbana e dei trasporti, politiche agricole, educative, abitudini familiari. L'industria alimentare e i distributori di alimenti influenzano il consumo alimentare attraverso l'aspetto estetico, il prezzo dei prodotti alimentari e le dimensioni della porzione. Famiglie e scuole hanno un ruolo fondamentale nella promozione della corretta alimentazione e dell'attività motoria. È proprio la scuola, infatti, insieme alla famiglia, il luogo in cui ogni individuo, fin dai primi anni di vita, è aiutato e guidato nella sua formazione; è a scuola che il bambino è formato non solo sotto l'aspetto didattico-contenutistico, ma anche come persona e cittadino.

Continuare a monitorare il fenomeno è ne-

cessario per consentire la costruzione di trend temporali e la valutazione dei risultati di salute, ma anche per programmare interventi di sanità pubblica che possono risultare incisivi nelle varie fasce d'età e nelle diverse condizioni socioeconomiche. Tali azioni, tuttavia, devono prevedere il coinvolgimento attivo di settori della società esterni al sistema sanitario e necessitano di interventi trasversali e intersettoriali, con il coinvolgimento di molti altri soggetti istituzionali e della società civile.

Il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute era già stato evidenziato sia nel PSN 2003-2005 sia nel PNP 2005-2007, prorogato al 2009.

Il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM 4 maggio 2007) approvato in Italia nel 2007, che rappresenta una strategia globale per contrastare i quattro principali fattori di rischio di malattie croniche nel nostro Paese – scorretta alimentazione, inattività fisica, abuso/uso scorretto di alcool e tabagismo –, si caratterizza per l'approccio trasversale ai fattori di rischio e la definizione di strategie intersettoriali e mira ad agire anche sui fattori ambientali e sui determinanti socioeconomici che condizionano l'insorgenza delle malattie croniche. Una serie complessa di attività, finalizzate alla promozione di corretti stili di vita, è stata avviata grazie alle intese siglate tra il Ministero della Salute e altri Dicasteri nell'ambito del programma Guadagnare Salute.

La valorizzazione del modello alimentare mediterraneo basato sul consumo di frutta e verdura, la riscoperta di prodotti agroalimentari tipici del territorio, l'educazione alimentare intesa come un percorso formativo stabile per i ragazzi in età scolare e la qualificazione dei servizi di refezione collettiva sono alcuni degli obiettivi perseguiti dal Ministero della Salute e dai suoi partner. A tal fine, nell'ambito dell'Intesa con il Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali (MIPAAF), particolare rilievo è dato all'attuazione di strategie di cooperazione, a livello nazionale e locale, volte a incrementare la disponibilità e il consumo

di frutta, verdura e altri alimenti sani, in ambienti come la scuola e i luoghi di lavoro. Il Progetto "E vai con la frutta" promosso e finanziato dal Ministero della Salute/CCM nell'ambito dell'Intesa MIPAAF, realizzato in 5 Regioni, e il programma europeo "Frutta nelle scuole" mirano proprio a favorire il consumo di frutta e verdura nelle scuole e a educare i bambini e gli adolescenti a un consumo consapevole, a un'alimentazione equilibrata e a stili di vita corretti.

Nell'ambito delle strategie di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, la riduzione del sale nell'alimentazione è una delle priorità dell'OMS e dell'UE, nonché uno degli obiettivi perseguiti dal Ministero della Salute con il programma "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari". Nel luglio 2009 sono stati siglati specifici Protocolli d'Intesa tra il Ministero della Salute e le Associazioni dei Panificatori Artigianali e Industriali, volti a ridurre il contenuto di sale nel pane. Oltre a ciò è stato attivato il progetto "Buone pratiche sull'alimentazione: valutazione del contenuto di sodio, potassio e iodio nella dieta degli italiani", che si propone di ottenere informazioni attendibili sul consumo medio procapite di sodio, potassio e iodio nella popolazione italiana su base regionale, per classi di età e in relazione alla presenza di ipertensione arteriosa. I dati preliminari disponibili mostrano un consumo medio giornaliero di sale maggiore tra gli uomini (11 grammi) che tra le donne (8 grammi), valori entrambi maggiori rispetto ai livelli raccomandati dall'OMS di 5 grammi di sale, con un gradiente Nord-Sud (valori minori al Nord e maggiori al Sud). Ciò è in accordo con la distribuzione riscontrata per macroaree della pressione arteriosa, con la frequenza dell'ipertensione nella popolazione generale e con la distribuzione dell'obesità e del peso corporeo.

La promozione della salute delle giovani generazioni rappresenta una priorità del nostro Paese, che non può non vedere coinvolti sia il Ministero della Salute sia il Ministero dell'Istruzione, i quali, pertanto, hanno attivato numerose iniziative finalizzate a una maggiore condivisione e integra-

zione di progetti e interventi. In particolare, con il progetto “Scuola & Salute” è stato realizzato un percorso formativo nazionale per operatori della scuola e della sanità, mirato alla costruzione delle competenze e alla condivisione di strumenti specifici della prevenzione primaria e secondaria, per favorire una progettazione più efficace e meno episodica, attraverso un’integrazione sanità/scuola. In aggiunta, il nuovo PNP 2010-2012, approvato con l’Intesa tra Governo, Regioni e PA di Trento e Bolzano del 29 aprile 2010, nell’ambito della prevenzione di abitudini, comportamenti e stili di vita non salutari, sottolinea la necessità di un’alleanza specifica tra il mondo della salute e il mondo della scuola, finalizzata alla realizzazione di un programma di intervento, da definirsi d’intesa tra le istituzioni scolastiche e quelle sanitarie sulla base di un accordo-quadro nazionale.

Uno dei primi temi affrontati di concerto tra “scuola” e “salute” è l’emergenza legata all’obesità e al sovrappeso sempre più diffusi nei bambini italiani. L’esigenza di promuovere comportamenti alimentari più corretti fin dalla prima età richiede anche l’individuazione di idonei canali di comunicazione e strumenti educativi e informativi appropriati, al fine di coinvolgere i bambini in attività motivanti che possano contribuire a determinare cambiamenti di comportamento. Ecco perché sono stati messi a punto, in collaborazione con la scuola, il kit didattico multimediale “Forchetta e Scarpetta” e il poster interattivo “Canguro SaltalaCorda”. Tali materiali, rivolti ai bambini della scuola primaria e distribuiti a tutte le scuole partecipanti a “OKkio alla SALUTE”, forniscono, in maniera piacevole e coinvolgente, informazioni e suggerimenti su sana alimentazione, importanza della prima colazione, del consumo di frutta e verdura e di una vita attiva.

Poiché tra i fattori di rischio individuali per lo sviluppo dell’obesità vi è l’incremento ponderale precoce (nei primi 5 anni di vita), la strategia di prevenzione deve iniziare dalla prima infanzia. Il Ministero della Salute, pertanto, ha emanato le Linee di indirizzo nazionale sulla protezione, promozio-

ne e sostegno dell’allattamento al seno, che rappresentano la policy nazionale su tali problematiche. Il “Comitato Nazionale Multisetoriale per l’Allattamento Materno” rappresenta un’ulteriore iniziativa di sanità pubblica in conformità con le indicazioni dell’OMS in materia di allattamento al seno. Al Comitato sono attribuite funzioni di proposta e orientamento allo scopo di facilitare il buon funzionamento di una rete nazionale di protezione, promozione e sostegno dell’allattamento materno che persegue gli obiettivi indicati nelle Linee di Indirizzo nazionali.

La promozione della salute delle giovani generazioni non può non vedere coinvolto il pediatra, che svolge un ruolo centrale di raccordo e di continuità, rappresentando un punto di riferimento indispensabile per il bambino e la sua famiglia, non soltanto per quanto attiene la sfera diagnostico-terapeutica, ma anche per quella educativa. Può, infatti, intervenire precocemente per promuovere uno stile di vita sano, estendendo il suo intervento educativo ad ampio raggio ai genitori e alle famiglie, per informare ed educare, permettendo quindi di effettuare scelte corrette in grado di promuovere e tutelare la salute e il benessere del bambino sin dai primi mesi di vita. Per avvalersi della loro competenza nella definizione di strategie e di iniziative specifiche, il Ministero della Salute ha stipulato Protocolli d’Intesa con i medici pediatri della Società Italiana di Pediatria (SIP) e della Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP), finalizzati a sostenere e promuovere l’educazione a una sana alimentazione e a corretti stili di vita e a promuovere interventi di educazione alla salute, rivolti alle famiglie e ai bambini/adolescenti.

I profondi cambiamenti dello stile di vita delle famiglie e dei singoli hanno determinato, per un numero sempre crescente di individui, la necessità di consumare almeno un pasto fuori casa, utilizzando i servizi della ristorazione collettiva e commerciale. La promozione di corretti stili di vita passa, pertanto, anche attraverso interventi di miglioramento della qualità nella ristorazione scolastica, ospedaliera e sui luoghi di

lavoro. Tra gli ambiti di intervento, la ristorazione scolastica è stata individuata come strumento prioritario per promuovere salute ed educare a una corretta alimentazione. Pertanto, il Ministero della Salute ha emanato le Linee d'indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica al fine di fornire, a livello nazionale, indicazioni per migliorarne la qualità nei vari aspetti, in particolare quello nutrizionale, e per educare il bambino all'acquisizione di abitudini alimentari corrette. La sana alimentazione è uno dei determinanti fondamentali non solo per la tutela e la promozione della salute, ma anche, ove necessario, per il recupero di un buono stato di salute. Una corretta alimentazione durante il ricovero ospedaliero, particolarmente degli anziani e dei lungodegenti, diventa parte integrante del percorso di cura, costituendo uno straordinario fattore di salute. La malnutrizione comporta, infatti, una maggiore vulnerabilità alle malattie e ai ricoveri ripetuti. Una non corretta gestione del degente dal punto di vista nutrizionale può determinare complicanze e costituire, quindi, una "malattia nella malattia". La nutrizione va, dunque, inserita a pieno titolo nei percorsi di diagnosi e cura e la ristorazione in ospedale e nelle strutture assistenziali deve divenire un momento di educazione alimentare e di vera e propria cura; a tal fine, occorre sensibilizzare e formare il personale, renderlo consapevole della delicatezza della materia e disporre di strumenti fondamentali. Le "Linee di indirizzo nazionale per la Ristorazione ospedaliera e assistenziale", messe a punto presso il Ministero della Salute, sono rivolte a tutti gli operatori della ristorazione ospedaliera e assistenziale e indicano strategie gestionali e clinico-nutrizionali da adottare per la prevenzione e cura della malnutrizione e per migliorare il rapporto con il cibo dei pazienti ricoverati. Nell'ambito del programma Guadagnare Salute, al fine di dare risposte concrete in tema di prevenzione e stili di vita, è stato avviato un dialogo con l'industria alimentare e sono state realizzate iniziative volontarie da parte del sistema associativo della produzione e della distribuzione, finalizzate al miglioramento della qualità nutrizio-

nale di alcuni prodotti, alla progressiva riduzione delle porzioni nei propri prodotti, all'eliminazione di prodotti meno salutari dai distributori automatici nelle scuole dell'obbligo. Per monitorare e regolare il ruolo della pubblicità è stato elaborato il Codice di Autodisciplina della Comunicazione Commerciale relativa ad alimenti e bevande a tutela dei bambini e della loro corretta alimentazione.

In collaborazione con un'azienda del settore della ristorazione collettiva sono state avviate iniziative volte a favorire il consumo di cibi salubri nella ristorazione collettiva anche attraverso una corretta politica di "educazione alimentare" del consumatore. Per favorire la distribuzione e il marketing di alimenti salutari, la COOP-Italia e le Cooperative di Consumatori Associate, in attuazione del Protocollo d'Intesa sottoscritto con il Ministero della Salute, hanno realizzato iniziative volte a sensibilizzare e informare sulla necessità di consumare frutta e verdura, incentivando vendite promozionali di prodotti stagionali a prezzi ridotti, con inserimento di prodotti tipici regionali e con la predisposizione e distribuzione di materiale informativo sui prodotti ortofrutticoli di stagione.

Il programma nazionale Guadagnare Salute ha individuato nelle strategie intersettoriali il quadro di riferimento entro il quale agire al fine di promuovere la salute e prevenire patologie croniche già nella primissima infanzia. Ora si tratta di proseguire su questa strada, lavorando sulle azioni e sugli interventi, in un'ottica di consolidamento. In particolare, è importante compiere uno sforzo in più per fare in modo che vi sia effettivamente integrazione, comunicazione e interdipendenza tra i numerosi settori (scuola, sanità, politiche agricole, trasporti, ambiente ecc.), così come tra i livelli operativi locali e aziendali coinvolti. È necessario proseguire con questo approccio *multi-stakeholder*, nell'ambito del quale i sistemi sanitari devono continuare a svolgere un fondamentale ruolo di *advocacy*, al fine di promuovere politiche integrate e far comprendere che tutte le politiche (educative, agricole, commerciali ecc.) hanno effetti sulla salute.

Bibliografia essenziale

DPCM del 4 maggio 2007. Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari. 2007. <http://www.salute.gov.it>. Ultima consultazione: settembre 2011

Istat. La vita quotidiana nel 2009. www.istat.it/dati/catalogo/20110121_00/inf_10_05_la_vita_quotidiana_nel_2009.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

ISTISAN. OKkio alla SALUTE. Rapporto 2010. http://www.epicentro.iss.it/focus/guadagnare_salute/pdf/OKkioallaSALUTE2010.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

OCSE. Obesity and the economics of prevention: fit not fat. 2010. <http://www.oecd.org/dataoecd/52/2/46044625.pdf>. Ultima consultazione: settembre 2011

World Health Organization. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

World Health Organization. European Charter on counteracting obesity. 2006. www.euro.who.int/document/e89567.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

2.4. Consumo di alcool

2.4.1. Introduzione

Il consumo dannoso di alcool costituisce uno dei più importanti fattori di rischio evitabili ed è causa principale o concomitante di numerose patologie, di incidentalità stradale, domestica e lavorativa, nonché di omicidi e violenze di vario genere.

La letteratura scientifica continua a confermare la correlazione tra il consumo di alcool nella popolazione e il rischio di morbilità e mortalità per patologie gastroenterologiche, cardiovascolari, polmonari, tumoriali, dello scheletro e muscolari, danni immunologici e prenatali. In quanto sostanza psicotropa, inoltre, l'alcool può avere importanti ripercussioni sul piano psicosociale, relative non solo al bevitore, ma anche al suo contesto familiare e in generale all'intera comunità. Sia il consumo giornaliero non moderato di alcool sia quello occasionale in quantità eccessive (*binge drinking*) possono causare problemi di salute o aggravarli e accrescere il rischio di danni per chi beve e per altre persone. In circostanze quali la guida o lo svolgimento di attività lavorative, anche un consumo moderato può provocare gravi danni.

Nell'UE l'alcool causa 195.000 morti l'anno e costituisce la terza causa di morte prematura, dopo l'ipertensione e il consumo di tabacco, con costi altissimi sul piano sanitario, economico e sociale; in particolare, è attribuibile all'uso dannoso di alcool il 25%

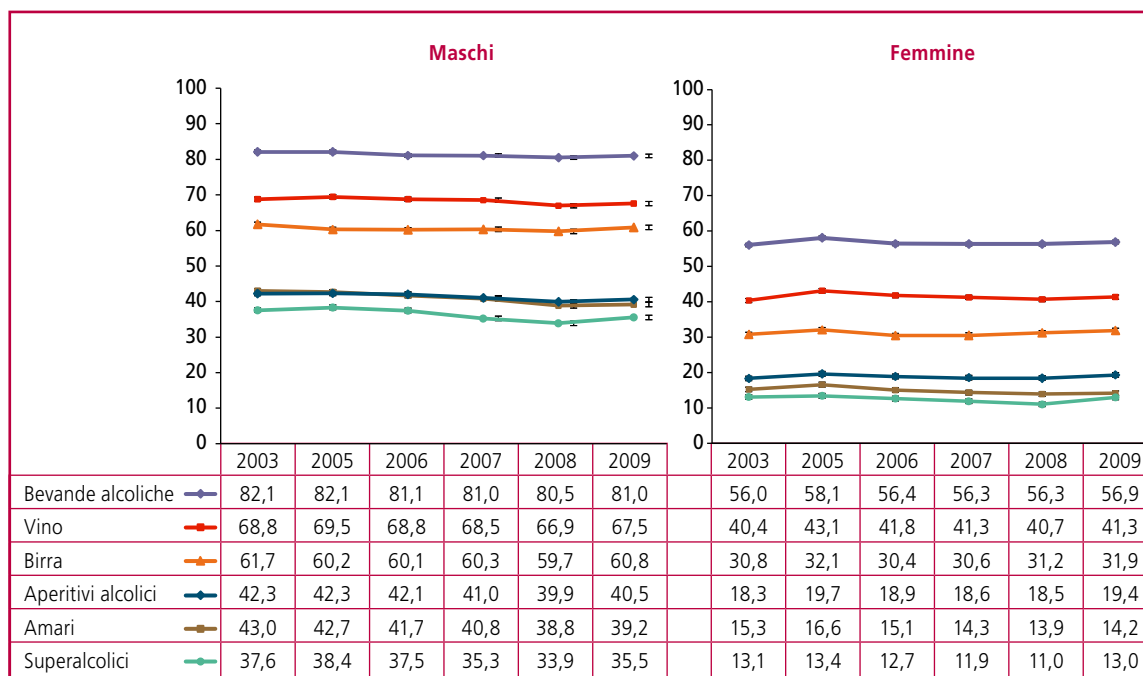
dei decessi tra i giovani maschi europei di 15-29 anni e il 10% dei decessi tra le ragazze di pari età, dovuti soprattutto agli incidenti stradali.

Il rischio di danni alcolcorrelati cresce generalmente con la quantità di alcool consumata, la frequenza del consumo e la frequenza e intensità degli episodi di intossicazione alcolica. Pertanto, i consumi alcolici e i modelli di consumo rappresentano un valido indicatore delle condizioni di salute e sicurezza di una popolazione e il loro monitoraggio costituisce un importante strumento per la prevenzione e il contrasto dei possibili danni alcolcorrelati.

2.4.2. Rappresentazione dei dati

Consumi e modelli di consumo nella popolazione generale. Sulla base delle elaborazioni prodotte dall'Istat e dall'ISS e relative all'ultima indagine multiscope sulle famiglie italiane nel corso del 2009, ha consumato almeno una bevanda alcolica il 68,5% degli italiani di età superiore a 11 anni (36 milioni e 549.000 persone), con prevalenza notevolmente maggiore tra gli uomini (81%) rispetto alle donne (56,9%). Per entrambi i sessi, la prevalenza dei consumatori non registra differenze significative nel corso degli ultimi 3 anni (*Figura 2.8*). I consumatori di vino sono pari al 54% della popolazione di più di 11 anni, con una

Figura 2.8. Prevalenza di consumatori di alcolici per genere (in percentuale) [Anni 2003-2005, 2006-2007, 2008-2009].



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcool CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana – Anni 2004-2006-2007-2008-2009-2010.

marcata differenza di genere (maschi 67,5%; femmine 41,3%); i consumatori di birra sono il 45,9%, con una prevalenza tra i maschi del 60,8%, il doppio di quella registrata tra le femmine (31,9%). I consumatori di aperitivi alcolici rappresentano il 29,6% della popolazione di 11 anni e più (40,5% tra i maschi e 19,4% tra le femmine); quelli di amari il 26,2% (39,2% tra i maschi e 14,2% tra le femmine).

I consumatori di liquori e superalcolici rappresentano, infine, il 23,8% della popolazione di 11 anni e più, con una marcata differenza di genere (35,5% tra gli uomini e 13,0% tra le donne).

Nel decennio 1999-2009 l'Istat ha rilevato, soprattutto nella popolazione più giovane, una forte riduzione della quota di consumatori di solo vino e birra (-50,5% tra i 14 e i 17 anni, -31,5% tra i 18 e i 24 anni e -14,1% tra i 25 e i 44 anni) e un aumento della quota di chi consuma, oltre a vino e birra, altri alcolici quali aperitivi, amari e superalcolici (+18,5% tra i 14 e i 17 anni, +12,3% tra i 18 e i 24 anni e +1,9% tra i 25 e i 44 anni).

Il consumo al di fuori dei pasti ha riguar-

dato nel 2009 circa 13.592.018 persone, pari al 25,4% della popolazione di età superiore a 11 anni, con una marcata differenza di genere (maschi 36,4%, femmine 15,3%), ma senza variazioni significative rispetto al 2008.

Peraltro, nell'ultimo decennio, sulla base delle elaborazioni prodotte dall'Istat e dall'ISS, fra i consumatori di età superiore ai 14 anni si è registrato un crescente aumento della percentuale di consumatori fuori pasto, passati dal 35,2% al 37,4%. Particolarmente elevato è stato nel decennio tale incremento fra le donne, pari a 3 punti percentuali. L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza dei consumatori fuori pasto aumenta dall'età 11-15 anni fino a raggiungere i valori massimi a 18-24 anni e poi diminuisce nuovamente fino a raggiungere i valori più bassi tra gli ultrasettantacinquenni.

Il *binge drinking*, comportamento che implica il consumo di quantità eccessive (convenzionalmente 6 o più bicchieri di bevande alcoliche anche diverse) in una singola occasione, ha riguardato nel 2009 il 12,4%

dei maschi e il 3,1% delle femmine. Tra i maschi il *binge drinking* ha prevalenza elevata già tra i giovanissimi e raggiunge la massima diffusione tra 18 e 24 anni, per poi diminuire nuovamente, pur rimanendo su valori ragguardevoli, nelle classi di età successive. Anche tra le donne la massima frequenza si raggiunge tra 18 e 24 anni (7,9%) e quella minima nelle classi di età anziane (superiori a 65 anni). L'unica classe di età in cui non si registrano differenze statisticamente significative in relazione al genere è quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni).

Le percentuali di consumatori risultano correlate alla zona territoriale di residenza, con variazioni in relazione al sesso. Tra gli uomini le percentuali di consumatori sono più alte nel Nord e Centro Italia (rispettivamente, 81,5% e 83,0%) e diminuiscono nella popolazione delle Regioni meridionali (79,8%) e delle Isole, dove si registrano le percentuali più basse (75,9%). Tra le donne le percentuali più elevate di consumatrici si registrano nell'Italia Nord-Orientale (64,6%), seguite da quelle dell'Italia Centrale (59,8%) e Nord-Occidentale (58,9%), mentre i valori minimi si registrano, come per gli uomini, nelle Regioni dell'Italia meridionale (50,7%) e nelle Isole (47,1%).

Consumi e modelli di consumo nella popolazione giovanile. Oltre la metà dei giovani di età compresa tra 11 e 25 anni ha consumato almeno una bevanda alcolica nel corso del 2009, con una marcata differenza di genere (maschi 58,6%, femmine 44,4%). Tra i ragazzi, la percentuale più elevata di consumatori si registra per la birra (48,9%), seguita da aperitivi alcolici (39%) e vino (34,2%); tra le ragazze le percentuali più elevate di consumatrici si registrano per la birra e gli aperitivi alcolici (27,2% e 27,3%, rispettivamente), seguiti da vino (20,3%), superalcolici (16,9%) e amari (11,4%).

I consumatori a rischio. Per una corretta valutazione del rischio connesso all'assunzione di bevande alcoliche è necessario tenere conto di parametri quali le quantità assunte, la frequenza del consumo, la con-

comitanza con i pasti, la capacità di smaltire l'alcool in relazione al sesso e all'età, la tollerabilità dell'alcool in relazione alle condizioni di salute, l'assunzione di farmaci o altre situazioni, oltre al contesto in cui avviene il consumo di bevande alcoliche.

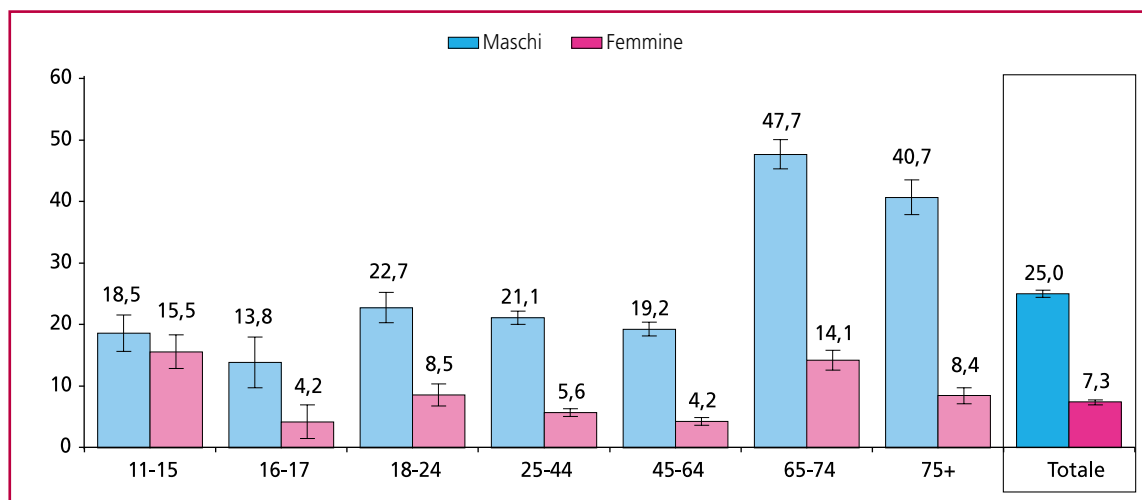
Tenendo conto di tali parametri, l'Osservatorio Nazionale Alcool (ONA) dell'ISS ha elaborato un indicatore di sintesi del consumo a rischio in base al quale ha valutato che nel 2009 il 15,8% degli italiani al di sopra degli 11 anni ha avuto almeno un comportamento di consumo a rischio, il 25% tra i maschi e il 7,3% tra le femmine (*Figura 2.9*), per un totale di circa 8 milioni e 454.000 persone, di cui 6 milioni e 434.000 maschi e 2 milioni e 20.000 femmine.

Le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano, come già nel 2008, nelle classi di età anziane, per un totale di circa 2.200.000 individui. Relativamente alle donne, invece, le percentuali più elevate si registrano tra le adolescenti al di sotto dell'età legale.

I giovani con consumi a rischio. Nell'anno 2009, fra i giovani di 11-25 anni risultano consumatori a rischio secondo il criterio ISS il 20,5% dei maschi e il 10,3% delle femmine.

In particolare, risultano a rischio il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze al di sotto dell'età legale (16 anni), circa 475.000 minori per i quali il consumo dovrebbe essere pari a 0 e che invece contravvengono alle indicazioni di consumo relative alla loro età. Fra i giovani di 16-20 anni risultano a rischio il 19% dei maschi e il 6,9% delle femmine, per un totale di oltre 395.000 soggetti; fra i giovani di 21-25 anni risultano a rischio il 23,8% dei maschi e l'8,4% delle femmine, per un totale di 500.000 giovani (*Tabella 2.2*).

Tra gli specifici comportamenti di consumo a rischio nel decennio 1999-2009 l'Istat e l'ISS hanno rilevato una forte crescita fra i giovani del consumo occasionale e fuori pasto. Tra i giovani di 18-24 anni, in particolare, il consumo fuori pasto passa nel decennio dal 32,5% al 41,6% e quello occasionale dal 55,2% al 60,7%.

Figura 2.9. Prevalenza di consumatori a rischio (criterio ISS) per genere e classe di età (in percentuale) [Anno 2009].

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcool CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana – Anno 2010.

Gli anziani con consumi a rischio. Fra gli anziani di oltre 65 anni il 44,7% dei maschi e l'11,3% delle femmine presentano consumi a rischio secondo il criterio ISS. In particolare, gli anziani fra i 65 e i 74 anni sono quelli che contribuiscono con la maggiore percentuale (47,7% dei maschi e 41,9% delle femmine nel 2009) al totale del consumo a rischio fra gli anziani, prevalentemente attraverso il consumo di vino, per un totale di quasi 1.900.000 persone. Essi

sono anche la popolazione in cui clinicamente si registra un'elevata prevalenza di patologie alcoliche croniche.

Fra gli anziani di 75-84 anni, presentano consumi a rischio il 41,9% dei maschi e il 9,1% delle femmine, per un totale di circa 900.000 persone; fra gli anziani di 85 anni e oltre, presentano consumi a rischio il 35,3% dei maschi e il 6,7% delle femmine, per un totale di oltre 200.000 persone.

Tabella 2.2. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per tipologia di consumatore e sesso (Anno 2009)

Tipologia di consumatore	Età 11-15		Età 16-20		Età 21-25		Età 11-25	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	18,5	15,5*	70,9	53,8	81,3	63	58,6	44,4
Consumatori di vino	7	3,6*	37	21,9	55,1	34,6	34,2	20,3
Consumatori di birra	11,8	5,8	58,6	32,8	71,6	42,4	48,9	27,2
Consumatori di aperitivi alcolici	8,2	6*	46,2	33,5	58,6	41,9	39	27,3
Consumatori di amari	3,8	1,2*	28,6	11,4	46,5	21,1	27,3	11,4
Consumatori di superalcolici	3,3	2,6*	33,1	20,1	46,2	27,4	28,6	16,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	6,4	6,1*	39,5	28,4	53,8	33,4	34,4	22,8
Consumatori <i>binge drinking</i>	1,4	2,1*	17,2	6,4	22,6	8	14,3	5,6
Consumatori a rischio-criterio ISS	18,5	15,5*	19	6,9	23,8	8,4	20,5	10,3

* Non esiste una differenza statisticamente significativa di genere.

F, Femmine; M, maschi.

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcool CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati Istat – Indagine Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana – Anno 2010.

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolattribuibili. Nel 2008, il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolattribuibili rilevato dal Ministero della Salute è stato di 91.735, di cui 70.712 riferite a maschi (77,1%) e 21.023 riferite a femmine (22,9%).

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per tali diagnosi rilevato nel 2008 è di 137 per 100.000, che conferma l'andamento discendente in atto a livello nazionale fin dal 2002 (*Tabella 2.3*).

L'analisi per sesso e classe di età evidenzia che le diagnosi di ricovero ospedaliero continuano a riguardare prevalentemente la popolazione maschile di età superiore ai 55 anni. La tipologia diagnostica prevalente è la cirrosi epatica alcolica (35%), immediatamente seguita dalla sindrome da dipendenza da alcool (28,7%). La distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo, con la sola eccezione della cirrosi epatica alcolica, che

tra il 2000 e il 2008 passa dal 26,30% del totale delle diagnosi al 35,0%, con un aumento percentuale di 8 punti e mezzo.

Nel 2008, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione sono PA di Bolzano, Valle d'Aosta e PA di Trento, seguite da Friuli Venezia Giulia, Liguria e Molise; quelle con i tassi di ospedalizzazione più bassi sono Sicilia e Campania, seguite da Puglia, Umbria e Toscana (vedi *Tabella 2.3*). Le Regioni con più alto e più basso tasso di ospedalizzazione sono anche, rispettivamente, quelle in cui la prevalenza dei consumi a rischio risulta avere i valori massimi e minimi.

Alcoldipendenza. Gli alcoldipendenti presi in carico presso i servizi alcolologici territoriali pubblici sono stati nel 2008 66.548, di cui 51.491 maschi e 15.057 femmine, confermando il trend di crescita in atto per questa utenza fin dal 1996.

Il rapporto maschi/femmine è pari a 3,4 nel

Tabella 2.3. Distribuzione regionale di tassi di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcolattribuibili* (dimessi per 100.000 abitanti) [Anni 2000-2008]

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

* Sono state considerate sia la causa principale sia le cause secondarie.
Fonte: Ministero della Salute – Schede di Dimissione Ospedaliera 2010.

totale degli utenti e a 3,7 nei nuovi utenti. L'età media rilevata nel 2008, pari a 45,6 (44,7 tra i maschi e 47 tra le femmine), risulta in aumento rispetto a quella del 2007 (45,2 anni), confermando una tendenza in atto negli ultimi anni a partire dal 2005. I giovani di età inferiore ai 30 anni sono nel 2008 il 10,2% del totale, con una percentuale che si presenta complessivamente in crescita rispetto al 10% del 2007; in particolare, gli utenti di 20-29 anni passano dal 9,3% del 2007 al 9,6% del 2008 e i nuovi utenti di questa età dal 13,9% al 14,2%. Nell'ultimo decennio, fra gli utenti dei servizi alcolologici risulta in forte crescita l'uso concomitante di stupefacenti (dal 5,7% del 1996 al 10% del 2008).

Mortalità alcolcorrelata. Le malattie dell'apparato digerente, e in particolare la cirrosi del fegato, sono quelle che presentano la più elevata frequenza di mortalità alcolattribuibile. 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 9,16 per 100.000 abitanti nel 2007, valore notevolmente inferiore a quello della media dei Paesi dell'UE (14,09). In concomitanza con la progressiva diminuzione dei consumi medi procapite, si rileva negli ultimi 20 anni una costante diminuzione di tale tasso di mortalità, che nel 1990 era pari a 22,60.

L'Osservatorio Nazionale Alcool dell'ISS ha stimato che il 60,48% dei decessi maschili e il 51,51% di quelli femminili per cirrosi epatica sono attribuibili al consumo dannoso di alcool.

Anche le cause accidentali di morte, e in particolare gli incidenti stradali, presentano un elevato numero di decessi alcolattribuibili, soprattutto in relazione ai giovani di 25-29 anni, tra i quali si registra il maggiore numero di morti per incidente stradale. L'ebbrezza da alcool ha rappresentato nel 2008 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). Il dato è peraltro sicu-

mente sottostimato, a causa di un sistema di rilevazione non ancora adeguato agli standard europei e internazionali e l'ISS stima, pertanto, gli incidenti stradali alcolcorrelati pari al 30-40% del totale degli incidenti. Secondo l'ISS, il 38,14% dei decessi per incidente stradale tra gli uomini e il 18,42% tra le donne sono alcolcorrelati.

2.4.3. Esposizione e valutazione critica dei dati

Le trasformazioni dei tradizionali modelli di consumo. I dati dell'ultimo decennio sembrano confermare l'avvenuto passaggio del nostro Paese a nuovi comportamenti di consumo che segnalano un allontanamento dal tradizionale modello mediterraneo.

Infatti, mentre la percentuale dei consumatori di bevande alcoliche resta relativamente stabile, diminuisce tra essi la percentuale di persone con consumi quotidiani e moderati, incentrati prevalentemente sul vino, soprattutto fra i giovani e gli adulti più giovani, e aumenta contestualmente quella delle persone che, oltre a vino e birra, bevono anche altre bevande alcoliche, aperitivi, amari e superalcolici, lontano dai pasti e con frequenza occasionale.

Il *binge drinking* riguarda il 12,4% degli uomini e il 3,1% delle donne e nell'ultimo decennio è cresciuta la percentuale di consumatori fuori pasto, con un incremento particolarmente significativo tra le donne (23,6%).

Il consumo a rischio interessa tutte le fasce d'età, per un totale di quasi 9 milioni di persone, di cui circa 1 milione e 200.000 sono soggetti tra 11 e 24 anni e circa 475.000 sono minori al di sotto dell'età legale (il 18,5% dei ragazzi e il 15,5% delle ragazze al di sotto dei 16 anni).

Di particolare rilevanza appare l'evoluzione del consumo femminile che, pur restando inferiore a quello maschile, nelle generazioni più giovani vede tuttavia una progressiva riduzione delle tradizionali differenze di genere, fino a un capovolgimento della situazione per le giovanissime al di sotto dei 16 anni, tra le quali il *binge drinking* ri-

sulta più diffuso che tra i coetanei maschi e il consumo fuori pasto ha una prevalenza solo lievemente inferiore.

Le nuove modalità di bere implicano una maggiore esposizione della popolazione a rischi che investono non solo la salute, ma anche la sicurezza sociale, quando il consumo di alcool si correla a circostanze quali la guida, le attività lavorative, la ricerca dello “sballo”.

Nel nostro Paese i rischi legati ai nuovi modelli di consumo si sommano a quelli correlati al consumo tradizionale, soprattutto fra gli anziani di sesso maschile, tra i quali il consumo quotidiano ai pasti, prevalentemente di vino, non sempre si associa alla rigorosa moderazione raccomandata per l'età. L'ISS valuta in circa 3 milioni gli anziani di oltre 65 anni con comportamenti di consumo a rischio, per la gran parte coincidenti con il consumo giornaliero non moderato, soprattutto durante i pasti.

Il confronto con i Paesi europei. In Italia il consumo medio annuo procapite di alcool puro (alcool consumato tramite tutti i tipi di bevande alcoliche) è stato valutato per l'anno 2006 in 8,02 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni, valore tra i più bassi nell'ambito dei Paesi della Regione Europea, per i quali la media valutata per lo stesso anno è di 11,06 litri.

Il valore italiano resta peraltro ancora al di sopra di quello raccomandato dall'OMS per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore).

Dai dati di un'indagine europea condotta nell'ottobre 2009, l'Italia risulta essere, insieme al Portogallo, il Paese con un numero di astemi nettamente al di sopra della media dei 27 Paesi dell'UE, con il 39% di individui che non ha consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi. Anche per il *binge drinking* i dati dell'Italia sono più positivi rispetto al resto dei Paesi dell'UE; ben il 50% dei consumatori ha dichiarato di non avere mai assunto 5 o più drink in un'unica occasione, a fronte di una media europea del 34%.

Peraltro l'Italia presenta, tra i bevitori, una

maggiore percentuale di coloro che bevono con frequenza quotidiana (25%, valore quasi doppio rispetto al 14% della media dei Paesi dell'UE) o 4-5 volte a settimana (13%, valore molto superiore al 9% della media dei Paesi dell'UE).

2.4.4. Indicazioni per la programmazione

La coesistenza di diverse tipologie di consumo a rischio rende particolarmente complessa e articolata nel nostro Paese la programmazione di adeguati ed efficaci interventi di prevenzione, che devono rispondere sia ai problemi derivanti dal tradizionale modello di consumo mediterraneo, sia ai modelli di più recente affermazione diffusi soprattutto tra i giovani.

Oltre agli interventi di prevenzione primaria e promozione della salute diretti alla popolazione generale, si rendono pertanto necessari interventi su specifiche fasce di popolazione a rischio, quali gli anziani, i giovani e giovanissimi, le donne.

Per la popolazione adulta e anziana sembra indispensabile diffondere un'informazione corretta sui reali parametri che, all'interno del tradizionale modello di consumo mediterraneo, definiscono un consumo di alcool compatibile con la salute e accompagnare l'informazione con azioni di sostegno a un concreto cambiamento dei comportamenti, anche tramite azioni intersettoriali finalizzate a contenere le pressioni ambientali al bere e ad accrescere le potenzialità di prevenzione da parte dei presidi sanitari di base.

Per quanto riguarda i giovani, appare importante rafforzare la capacità di fronteggiare le pressioni sociali al bere, attivare azioni per l'*empowerment* e promuovere lo sviluppo di adeguati fattori protettivi nell'ambito dei diversi contesti sociali e istituzionali, anche tenendo conto del fatto che la propensione al consumo nei più giovani si correla positivamente alle abitudini di consumo dei genitori.

Per quanto riguarda le donne, è necessario costruire e realizzare adeguati approcci di

genere che sensibilizzino la donna sulla peculiarità della sua responsabilità sociale in relazione all'alcool e ne facilitino l'adesione a programmi di prevenzione adeguati alle diverse fasi di vita.

Le risorse destinate alla prevenzione e alla ricerca sui danni alcolcorrelati vanno adeguate in relazione ai nuovi rischi cui è esposta la popolazione. In particolare, è necessario consolidare il monitoraggio degli indicatori che identificano tutta l'ampia gamma di danni sanitari e sociali prodotti dal consumo dannoso di alcool, facilitarne l'intercettazione precoce e favorire adeguati e rapidi interventi di prevenzione con strumenti semplici, validati ed efficaci.

A tale proposito, a partire dal 2007 l'ISS tramite l'Osservatorio Nazionale Alcool-CNESPS è impegnato nella formazione degli operatori sanitari per la diffusione delle tecniche di Identificazione Precoce e Intervento Breve (IPIB) nei setting di assistenza sanitaria primaria, ai fini della prevenzione dei problemi e danni alcolcorrelati. Tali interventi, rivolti alla popolazione generale, risultano gli unici caratterizzati dal più basso costo e dalla massima efficacia.

Le politiche del Ministero della Salute in relazione al consumo dannoso di alcool sono state recentemente definite nell'ambito del PNP 2010-2012, approvato con Intesa Stato-Regioni il 29 aprile 2010. Nel PNP sono state concordate con le Regioni le li-

nee di intervento prioritario che necessitano di una traduzione operativa ed è stato previsto un particolare impegno per la riduzione delle diverse categorie di consumatori di alcool a rischio.

Bibliografia essenziale

- Istat. L'uso e l'abuso di alcool in Italia. Statistiche in breve – Anno 2009. http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20100422_00/testointegrale20100422.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011
- Ministero della Salute. Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcool e problemi alcolcorrelati”. Roma 13 dicembre 2010. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1451_allegato.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011
- Scafato E (Ed). Alcol e Prevenzione nei contesti di Assistenza Sanitaria Primaria. Programma di formazione IPIB-PHEPA. Identificazione precoce e intervento breve dell'abuso alcolico in Primary Health Care. Roma, Istituto Superiore di Sanità 2008
- Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, et al.; Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcool-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcool ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto 2011. Rapporti ISTISAN 11/4 2011; vi: 59
- Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, et al. Fattori di rischio, stili di vita e prevenzione: consumo di alcool. Roma, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2011. Rapporto Osservasalute 2010

2.5. Abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope

L'OMS definisce la tossicodipendenza come uno “stato di intossicazione periodica o cronica prodotta dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica”. La dipendenza da sostanze stupefacenti viene anche definita come una malattia prevenibile, curabile e guaribile.

L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi rappresentano in Italia un problema di salute pubblica, sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori (dipendenza patologica, overdose, comorbilità

psichiatrica e patologie infettive droga-correlate), sia per la popolazione generale non direttamente esposta.

Al fine di stimare l'uso di sostanze nella popolazione generale e negli studenti, si fa riferimento a due indagini campionarie: l'indagine campionaria nazionale GPS-ITA 2010 (*General Population Survey* – Indagine di popolazione tra i 15 e i 64 anni di età) e l'indagine SPS (*Student Population Survey* – Indagine nella popolazione studentesca tra i 15 e i 19 anni di età), entrambe promosse e

realizzate nel primo semestre 2010 dal Dipartimento per le Politiche Antidroga.

Le informazioni disponibili dalla letteratura e dalle precedenti indagini condotte a livello nazionale circa il grado di adesione da parte della popolazione hanno motivato il Dipartimento per le Politiche Antidroga ad abbinare allo studio di popolazione tradizionale, effettuato mediante invio postale del questionario, che garantisce una maggiore privacy nelle risposte – quindi un livello maggiore di affidabilità nelle risposte a fronte di un grado di adesione più basso –, una seconda indagine pilota, con intervista telefonica, che di norma garantisce un livello di adesione superiore all'indagine postale, a supporto dei risultati ottenuti mediante l'indagine postale. Lo studio di popolazione generale è stato condotto nel primo semestre 2010; l'indagine postale è stata strutturata in due fasi (primo invio e sollecito per l'intero campione di 99.400 cittadini), mentre l'indagine telefonica è stata condotta e ultimata al raggiungimento delle 3.000 unità statistiche contattate e partecipanti allo studio. Alla data del 15 maggio, i questionari compilati e pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontavano a 12.323, corrispondenti al 12,7% del campione selezionato per lo studio, con variazioni tra il 9,2% di adesione nell'Italia Insulare al 16,3% nell'Italia Nord-Orientale.

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive, legali e illegali, nella popolazione studentesca nazionale di 15-19 anni sono stati estratti dallo studio SPS Italia, condotto su 34.738 studenti, nel primo semestre 2010, dal Dipartimento per le Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Attraverso l'autocompilazione di un questionario anonimo, l'indagine campionaria aveva lo scopo di monitorare e stimare la percentuale di studenti di 15-19 anni consumatori di sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo: almeno una volta nella vita, nel corso dell'ultimo anno e nell'ultimo mese. Al fine di garantire la raccolta di informazioni confrontabili con gli altri Stati membri dell'UE, lo strumento utilizzato per lo studio è stato predisposto se-

guendo il protocollo europeo, integrato e in minima parte modificato, al fine di meglio adattare lo strumento alla realtà italiana. Rispetto ai precedenti studi condotti a livello nazionale in tale ambito, la nuova edizione dell'indagine è stata radicalmente innovata nella fase di realizzazione dello studio, favorendo l'utilizzo degli strumenti telematici nella compilazione del questionario.

Lo studio è stato condotto nel primo semestre 2010 e alla data del 21 maggio le scuole aderenti all'iniziativa che avevano concluso la fase di rilevazione ammontavano a 480, pari al 79,6% del campione di scuole pianificato. Per ciascun istituto scolastico era previsto il coinvolgimento di un intero percorso scolastico, dalla prima alla quinta classe, pari a complessivi 100 studenti circa per istituto. Secondo i dati preliminari dei questionari rilevati alla data del 21 maggio, la percentuale di studenti che hanno aderito allo studio è superiore al 75%; tale valore preliminare, tuttavia, risente dell'effetto dell'assenza in alcuni istituti, in particolar modo in quelli paritari, di percorsi completi (dal primo all'ultimo anno), incidendo per difetto sulla percentuale complessiva di adesione degli studenti.

Tali indagini hanno l'obiettivo di rilevare il consumo di sostanze legali e illegali, secondo le indicazioni fornite dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT – Agenzia costituita nel 1993 dall'UE) di Lisbona. Attraverso queste ricerche è possibile analizzare e quantificare i fenomeni oggetto di studio, effettuare confronti, oltre che con i Paesi dell'UE, anche tra i dati elaborati a livello nazionale, regionale e provinciale.

2.5.1. Presentazione e commento dei dati

Le analisi del consumo di sostanze stupefacenti in Italia sono state eseguite utilizzando diverse e indipendenti fonti informative, al fine di poter stimare il più correttamente possibile il fenomeno da vari punti di vista. Per meglio comprendere la situazione, è stato stimato quindi il numero totale dei consumatori (intendendo con questo termine sia

quelli occasionali, sia quelli con dipendenza da sostanze – uso quotidiano), che è di circa 2.924.500.

2.5.2. Quadro generale

Le percentuali di persone che nella popolazione generale contattata (su un campione di 12.323 soggetti di età compresa tra 15 e 64 anni) hanno dichiarato di avere utilizzato almeno una volta nella vita stupefacenti sono risultate, rispettivamente, dell'1,29% per l'eroina (1,6% nel 2008), del 4,8% per la cocaina (7% nel 2008), del 22,4% per la cannabis (32% nel 2008), del 2,8% per gli stimolanti – amfetamine, ecstasy – (3,8% nel 2008), dell'1,9% per gli allucinogeni (3,5% nel 2008) [Tabella 2.4].

Tali percentuali variano nella popolazione studentesca contattata (su un campione di 34.738 soggetti di età compresa tra 15 e 19 anni) e sono per l'eroina 1,2% (2,1% nel 2008), per la cocaina 4,1% (5,8% nel 2008) e per la cannabis 22,3% (31,5% nel 2008), per gli stimolanti – amfetamine, ecstasy – 4,7% (4,7% nel 2008), per gli allucinogeni 3,5% (4,7% nel 2008) [vedi Tabella 2.4].

Le indagini mostrano, quindi, un calo generalizzato dei consumi, soprattutto della quota del consumo occasionale. Per quanto riguarda l'andamento temporale dal 2008 del

consumo delle sostanze nella popolazione generale (valutato attraverso il consumo di almeno una volta negli ultimi 12 mesi), è da rilevare una diminuzione dei trend di consumo (2008-2010) di tutte le sostanze, con particolare rilevanza per la cannabis, che perde 9,1 punti percentuali (Tabella 2.5).

Persiste comunque la tendenza al policonsumo, con una forte associazione soprattutto con l'alcool (oscillante tra il 91,2% e il 79,2%) e la cannabis (oscillante tra il 64,0% e il 54,2%) delle varie altre sostanze (Tabella 2.6).

Per quanto riguarda l'andamento temporale dal 2008 del consumo delle sostanze nella popolazione studentesca (valutata attraverso il consumo di almeno una volta negli ultimi 12 mesi), è da rilevare una diminuzione dei trend di consumo (2008-2010) di tutte le sostanze, a eccezione del consumo di stimolanti, per i quali si osserva un incremento esclusivamente nel genere maschile (diminuzione nel genere femminile), anche se tali sostanze vengono utilizzate con una bassa prevalenza (3,0%) [vedi Tabella 2.5].

Persiste anche in questa popolazione la tendenza al policonsumo, con una forte associazione soprattutto con l'alcool (oscillante tra il 98,6% e il 97,6%), la cannabis (oscillante tra il 96,0% e il 95,9%) e il tabacco (oscillante tra il 96,2% e l'89,3%) [vedi Tabella 2.6].

Tabella 2.4. Prevalenza di consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica di 15-19 anni (SPS) e nella popolazione generale di 15-64 anni (GPS) almeno una volta nella vita (Anni 2008 e 2010)

Studio SPS-ITA 2010				
Sostanza	Prevalenza 2008	Prevalenza 2010	Diff. 2008-2010	Diff. % 2008-2010
Eroina	2,1%	1,2%	-0,9 punti %	-42,9%
Cocaina	5,8%	4,1%	-1,7 punti %	-29,3%
Cannabis	31,5%	22,3%	-9,2 punti %	-29,2%
Stimolanti	4,7%	4,7%	0 punti %	0,0%
Allucinogeni	4,7%	3,5%	-1,2 punti %	-25,5%
Studio GPS-ITA				
Eroina	1,6%	1,3%	-0,3 punti %	-18,8%
Cocaina	7,0%	4,8%	-2,2 punti %	-31,4%
Cannabis	32,0%	22,4%	-9,6 punti %	-30,0%
Stimolanti	3,8%	2,8%	-1,0 punti %	-26,3%
Allucinogeni	3,5%	1,9%	-1,6 punti %	-45,7%

Fonte: Elaborazione DPA su dati SPS-GPS – ITA 2010.

Tabella 2.5. Prevalenza di consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica di 15-19 anni (SPS) e nella popolazione di 15-64 anni (GPS) una o più volte negli ultimi 12 mesi (Anno 2010)

Studio SPS-ITA 2010				
Sostanza	Prevalenza 2008	Prevalenza 2010	Diff. 2008-2010	Diff. % 2008-2010
Eroina	1,30%	0,80%	-0,5 punti %	-38,5%
Cocaina	3,60%	2,90%	-0,7 punti %	-19,4%
Cannabis	24,20%	18,50%	-5,7 punti %	-23,6%
Stimolanti	2,8%	3,00%	+0,2 punti %	7,1%
Allucinogeni	2,9%	2,20%	-0,7 punti %	-24,1%
Studio GPS-ITA 2010				
Eroina	0,39%	0,25%	-0,1 punti %	-35,9%
Cocaina	2,1%	0,9%	-1,2 punti %	-57,1%
Cannabis	14,3%	5,2%	-9,1 punti %	-63,6%
Stimolanti	0,74%	0,22%	-0,5 punti %	-70,3%
Allucinogeni	0,65%	0,22%	-0,4 punti %	-66,2%

Fonte: Elaborazione DPA su dati SPS-GPS – ITA 2010.

Per quanto riguarda l'andamento temporale dal 2008 del consumo delle sostanze nella popolazione generale (valutata attraverso il consumo negli ultimi 30 giorni), è da rilevare una forte diminuzione nel consumo di cocaina, cannabis, stimolanti e allucinogeni, con un decremento oscillante dal 42,9% della cocaina al 56,5% della cannabis. In corrispondenza dell'eroina si è invece registrato un aumento percentuale pari al 6,7%, anche se tale sostanza viene utilizzata con una bassa prevalenza (0,16%) [Tabella 2.7]. Per quanto riguarda, invece, il consumo negli ultimi 30 giorni nella popolazione studentesca, è da rilevare una diminuzione dei trend di consumo (2008-2010) di tutte le

sostanze (oscillante tra -25% dell'eroina e -15,4% degli allucinogeni), a eccezione degli stimolanti, per i quali si osserva un incremento pari al 20% (vedi Tabella 2.7).

Negli ultimi anni si sta registrando un sempre più marcato spostamento dell'offerta di commercializzazione delle sostanze illecite attraverso internet. Il fenomeno dell'offerta di droga su web è caratterizzato dalla presenza di farmacie online che vendono farmaci e sostanze di qualsiasi genere senza richiedere alcuna prescrizione medica, e dalla presenza di online drugstore, dove è possibile acquistare facilmente sostanze illecite. Oltre a questo, si è registrato lo sviluppo di specifici forum, blog, social network de-

Tabella 2.6. Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolarizzata di 15-19 anni (SPS) e nella popolazione generale di 15-64 anni (GPS) negli ultimi 30 giorni (Anno 2010)

Studio SPS-ITA 2010					
Sostanze	Alcool	Tabacco (≥ sigaretta/die)	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis	98,6%	96,2%	0,00%	16,6%	5,4%
Cocaina	98,2%	94,5%	96%	0,00%	27%
Eroina	97,6%	89,3%	95,9%	84,9%	0,00%
Studio GPS-ITA 2010					
Cannabis	91,2%	56,9%	0,00%	10,8%	2,5%
Cocaina	94,2%	76,7%	64%	0,00%	15,1%
Eroina	79,2%	95,8%	54,2%	54,2%	0,00%

Fonte: Elaborazione DPA su dati SPS-GPS – ITA 2010.

Tabella 2.7. Prevalenza di consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica di 15-19 anni (SPS) e nella popolazione di 15-64 anni (GPS) negli ultimi 30 giorni (Anno 2010)

Studio SPS-ITA 2010				
Sostanza	Prevalenza 2008	Prevalenza 2010	Diff. 2008-2010	Diff. % 2008-2010
Eroina	0,8%	0,6%	-0,2 punti %	-25,0%
Cocaina	1,9%	1,6%	-0,3 punti %	-15,8%
Cannabis	15,2%	12,3%	-2,9 punti %	-19,1%
Stimolanti	1,5%	1,8%	+0,3 punti %	20,0%
Allucinogeni	1,3%	1,1%	-0,2 punti %	-15,4%
Studio GPS-ITA 2010				
Eroina	0,15%	0,16%	+0,01 punti %	6,7%
Cocaina	0,7%	0,4%	-0,3 punti %	-42,9%
Cannabis	6,9%	3,0%	-3,9 punti %	-56,5%
Stimolanti	0,2%	0,1%	-0,1 punti %	-50,0%
Allucinogeni	0,2%	0,1%	-0,1 punti %	-50,0%

Fonte: Elaborazione DPA su dati SPS-GPS – ITA 2010.

dicati alla discussione sulle varie droghe, dove circolano informazioni e consigli circa il consumo e l'acquisto di sostanze. Gli utenti si scambiano informazioni, consigli, indicazioni e varie "istruzioni per l'uso" molto rapidamente e in maniera molto socializzata e socializzante. A questo proposito, il Sistema d'Allerta Nazionale del Dipartimento Politiche Antidroga ha già individuato una serie di nuove sostanze presenti anche sul territorio italiano estremamente pericolose per la salute, attivando, tramite il Ministero della Salute, opportune forme di prevenzione e contrasto. In particolare, sono stati individuati alcuni cannabinoidi sintetici (JWH018, JWH073, JWH200) e altre sostanze quali il mefedrone.

Tutto ciò sicuramente costituisce una nuova realtà da prendere in seria considerazione e sulla base della quale si sono attivate strategie e specifici progetti per il controllo e la prevenzione, finalizzati a proteggere le giovani generazioni, molto inclini all'utilizzo delle tecnologie informatiche e quindi maggiormente esposte ai "rischi droga" presenti anche sulla rete internet.

2.5.3. Soggetti con bisogno di trattamento

I soggetti con dipendenza da sostanze (tossicodipendenti con bisogno di trattamento) ri-

sultano essere 393.490, che rappresentano il 9,95/1.000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi, 216.000 per oppiacei (5,5/1.000 residenti) e 178.000 per cocaina (4,5/1.000 residenti).

Le Regioni con maggiore bisogno di trattamento per oppiacei o cocaina sono nell'ordine la Liguria, la Lombardia, il Piemonte, la Sardegna, la Campania, la Valle d'Aosta e la Toscana, che presentano una prevalenza superiore alla media italiana, che è di 10,0/1.000 residenti di età compresa tra 15 e 64 anni. Le Regioni più problematiche con maggiore bisogno di trattamento per oppiacei sono la Liguria e la Toscana, mentre per la cocaina sono la Lombardia e la Sardegna.

I soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento sono stati 33.984, con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 5,5 anni (oscillante tra i 4 e gli 8 anni), differenziato da sostanza a sostanza. L'età media dei nuovi utenti è circa 30 anni, con un arrivo più tardivo rispetto agli anni precedenti. Questo significa che vi è un aumento del tempo fuori trattamento, con tutti i rischi che ne conseguono, e quindi un arrivo sempre più tardivo ai servizi. Da segnalare la minore età media degli utenti europei rispetto agli utenti italiani.

Analoghi risultati sono stati confermati dalle analisi sul riscontro dei metabolici nelle acque reflue.

2.5.4. Criticità

- Ritardo di diagnosi precoce di uso di sostanze, soprattutto nelle giovani generazioni.
- Relativa difficoltà a intercettare l'offerta di nuove sostanze sul mercato della droga via internet.
- Facilità a reperire tramite farmacie online farmaci e sostanze di qualsiasi genere, senza alcuna prescrizione medica, e presenza online di drugstore, dove è possibile acquistare facilmente sostanze illecite.
- Ritardo di accesso delle persone tossicodipendenti ai servizi di cura e riabilitazione (lunghi tempi di latenza).
- Disomogenea organizzazione e carente offerta di servizi sul territorio nazionale, anche in rapporto alle differenti tipologie di pazienti e in particolare ai giovani poliassuntori.

2.5.5. Indicazioni per la programmazione

Appare prioritario attivare una maggiore concertazione e coordinamento degli obiettivi fra tutte le istituzioni centrali, regionali e locali, pubbliche e private coinvolte, sulla base del Piano di Azione Nazionale Antidroga, al fine di rendere più efficaci le politiche di contrasto alla droga, tenendo conto delle diversità e delle autonomie territoriali. In particolare, è necessario:

- implementare gli interventi di prevenzione basati su prove di efficacia, articolati in interventi “universali” (diretti alla popolazione generale), ma soprattutto privilegiando quelli “selettivi” (diretti ai target più vulnerabili che presentano disturbi comportamentali precoci);
- razionalizzare le modalità di diagnosi e presa in carico precoce, creando percorsi e programmi di intervento differenziati per tipologie di pazienti, in relazione soprattutto al policonsumo (sostanze stupefacenti, alcool e farmaci psicotropi non prescritti);

- implementare la collaborazione e il coordinamento fra servizi sociosanitari, per garantire tutte le prestazioni necessarie per una globale tutela della salute dei soggetti tossicodipendenti interessati (comorbilità psichiatrica, malattie infettive ecc.), con particolare riguardo alle persone recluse;
- implementare la sorveglianza della comparsa di nuove sostanze, tramite il Sistema Nazionale di Allerta Precoce coordinato dal Dipartimento per le Politiche Antidroga;
- implementare programmi di formazione e conoscenza sui nuovi trend di assunzione, sugli interventi basati su prove di efficacia (prevenzione, cura e riabilitazione), sulla valutazione degli esiti dei trattamenti (anche in relazione ai costi).

È inoltre fondamentale implementare gli interventi preventivi facendo leva e supportando le famiglie e la scuola, “agenzie” uniche e insostituibili per l'educazione dei giovani.

I genitori e gli insegnanti delle scuole di ogni ordine e grado devono essere adeguatamente formati rispetto ai danni conseguenti l'uso di sostanze stupefacenti e informati sugli aspetti educativi e preventivi. Dal punto di vista strategico, altri elementi essenziali sono:

- poter attivare offerte di counseling nelle scuole e nei luoghi di lavoro;
- potenziare il coinvolgimento attivo degli studenti nello sviluppo di progetti di educazione alla salute, con implementazione della *peer education* (educazione tra pari).

Bibliografia essenziale

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. <http://www.emcdda.europa.eu/>. Ultima consultazione: settembre 2011
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento Politiche Antidroga. Relazione annuale al Parlamento 2011 sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all'anno 2010. http://www.governo.it/GovernoInforma/documenti/sintesi_relazione_annuale.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011