

**RISULTATI INDIRETTI**

Vendite di sigarette/ consumo di tabacco

Il Ministero dell'economia (Amministrazione autonoma dei Monopoli di Stato) produce dati relativi alle vendite di sigarette che su richiesta vengono comunicati al Ministero della Salute

Nel periodo gennaio-dicembre 2005 si è registrata una riduzione complessiva del 5,9% nella quantità venduta di tabacchi rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Se consideriamo i valori espressi in pacchetti di sigarette abbiamo che in Italia, nel 2005, si sono venduti circa 300 milioni di pacchetti in meno, accentuando il trend decrescente partito nel 2003 (Grafico 1).

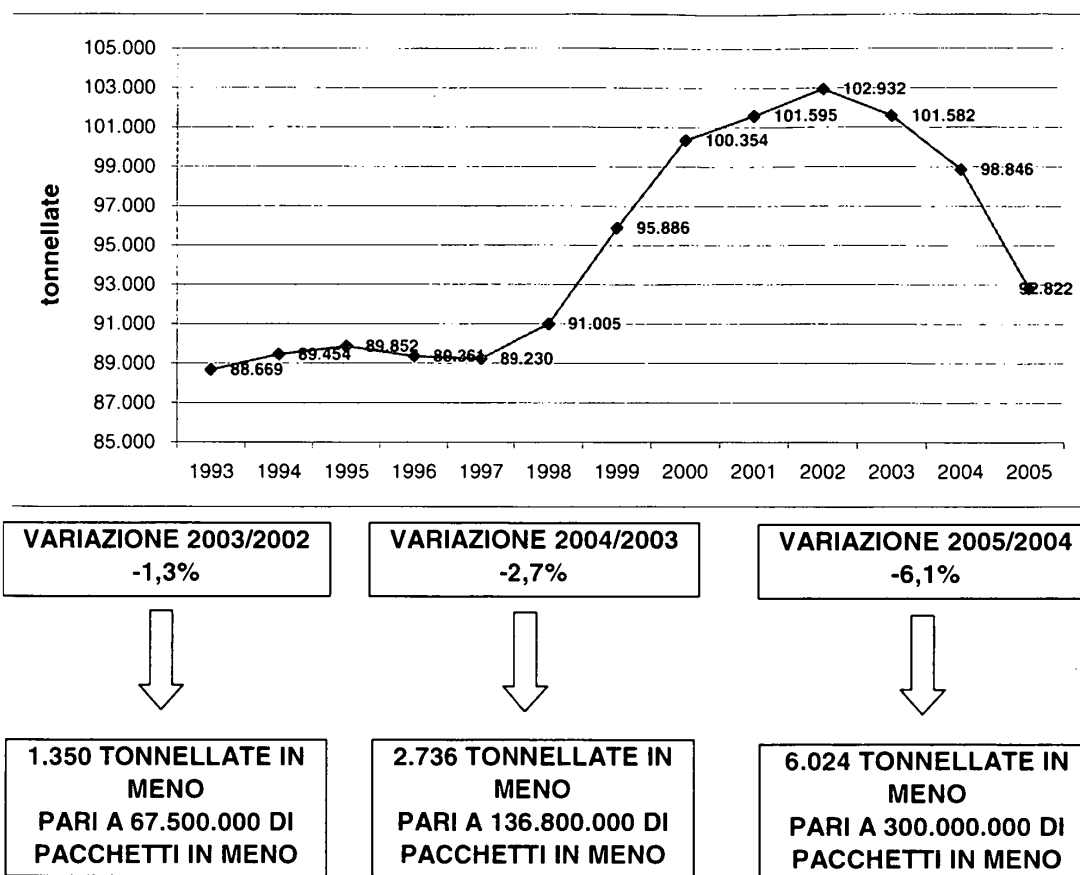
Il calo delle vendite si osserva per tutti i prodotti del tabacco ad eccezione dei trinciati per i quali si registra un incremento pari al 18%.

Ad eccezione di marzo e maggio, il trend è decrescente in tutti i mesi, con picchi a febbraio (-19,6%) e luglio (-14,5%). In termini di consumo pro capite di pacchetti (sulla popolazione ultradiciottenne), la riduzione tra il 2004 e il 2005 si attesta ad oltre 5 pacchetti di sigarette fumate in meno all'anno a persona (fumatori e non fumatori) ed è più marcata al nord rispetto al centro sud.

**Tabella 1. Consumo di tabacco nelle diverse regioni anni 2004-2005 (pacchetti di sigarette)**

| REGIONI               | pacchetti procapite |       | Variazione % |
|-----------------------|---------------------|-------|--------------|
|                       | 2005                | 2004  |              |
| Piemonte              | 88,9                | 93,0  | -4,4%        |
| Valle d'Aosta         | 89,2                | 95,5  | -6,6%        |
| Lombardia             | 78,0                | 86,2  | -9,6%        |
| Trentino Alto Adige   | 82,2                | 90,8  | -9,5%        |
| Veneto                | 68,1                | 71,4  | -4,6%        |
| Friuli-Venezia Giulia | 60,7                | 73,6  | -17,5%       |
| Liguria               | 105,4               | 114,8 | -8,2%        |
| Emilia-Romagna        | 89,4                | 95,6  | -6,5%        |
| Toscana               | 91,1                | 97,1  | -6,2%        |
| Umbria                | 94,0                | 95,3  | -1,4%        |
| Marche                | 85,4                | 83,4  | 2,3%         |
| Lazio                 | 106,7               | 110,9 | -3,8%        |
| Abruzzo               | 76,4                | 92,4  | -17,3%       |
| Molise                | 130,0               | 107,7 | 20,7%        |
| Campania              | 110,6               | 116,8 | -5,3%        |
| Puglia                | 83,4                | 88,1  | -5,3%        |
| Basilicata            | 79,9                | 80,5  | -0,7%        |
| Calabria              | 86,2                | 87,4  | -1,3%        |
| Sicilia               | 102,9               | 105,8 | -2,7%        |
| Sardegna              | 95,1                | 100,0 | -4,9%        |
| ITALIA                | 89,7                | 95,1  | -5,6%        |

Fonte: Elaborazione Ministero della Salute su dati AAMS

**Grafico 1** Consumo dei prodotti del tabacco (dati in tonnellate) negli ultimi 20 anni

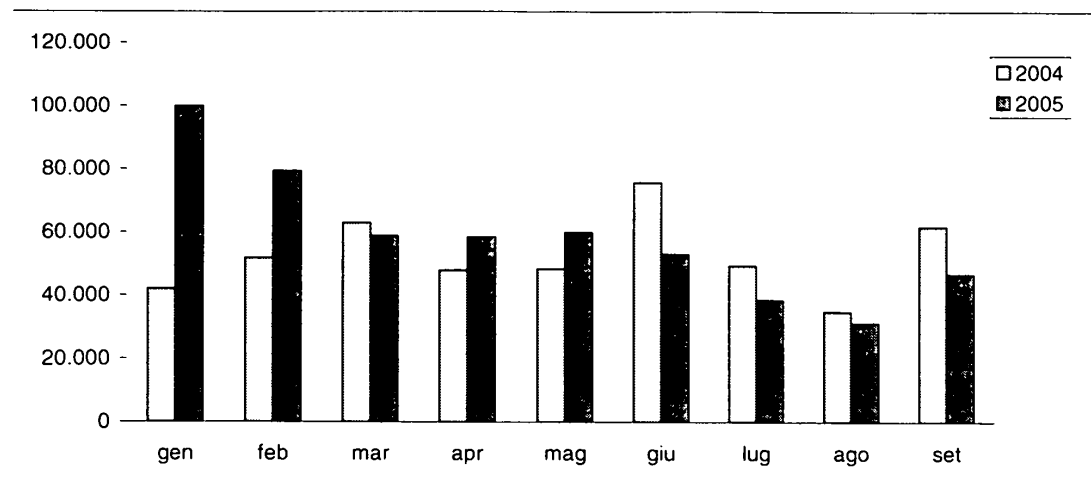
Fonte: elaborazione Ministero della Salute su dati Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato

#### Vendite di prodotti per smettere di fumare

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) fornisce periodicamente su richiesta i dati relativi alle vendite di prodotti per la disassuefazione dal tabagismo, in particolare i sostitutivi della nicotina.

I dati disponibili ed interessanti ai fini dell'impatto della legge 3/2003 indicano che da gennaio a settembre 2005 si è osservato un notevole aumento delle vendite di prodotti sostitutivi che sono quasi raddoppiate (da 475.025 a 911.507 unità vendute, pari a +91,9%) rispetto allo stesso periodo del 2004.

Il trend mensile mostra dei picchi nei primi mesi dell'anno, presumibilmente per effetto immediato della legge (Grafico 2).

**Grafico 2. Unità vedute di sostitutivi della nicotina**

Fonte: Elaborazione Ministero della Salute su dati AIFA

**Gli effetti sulla salute**

Prendendo spunto da un recente studio americano (BMJ, vol. 328, aprile 2004) che dimostra l'esistenza di una associazione tra introduzione del divieto di fumo nei luoghi pubblici e riduzione della frequenza di ricoveri per infarto acuto del miocardio (IMA), il Ministero della Salute in collaborazione con alcune regioni (Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Lazio e Campania), sta conducendo uno studio per testare l'ipotesi di tale associazione sui ricoveri urgenti per IMA relativi alla popolazione di età 40-64 anni, utilizzando i dati desunti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Si tratta di una popolazione pari a circa 5 milioni di persone; al momento sono disponibili risultati preliminari che evidenziano nei primi due mesi del 2005 una riduzione dei ricoveri pari al 7,2%, rispetto ad un trend crescente per gli stessi mesi degli anni 2001-2004. In particolare, nelle 4 regioni considerate, ci si aspettava il ricovero di circa 1700 persone di quella fascia di età nei primi due mesi dell'anno mentre i ricoveri registrati sono meno di 1500. Il calo è evidente soprattutto tra gli uomini e nella fascia di età 50-54 anni.

**Tabella 2.** Valori e Tassi (su 100.000 persone) di ricoverati per Infarto Acuto del Miocardio

| Anni                                   | Popolazione (età 40-64 anni) | Admission for IMA |          |                                               |
|----------------------------------------|------------------------------|-------------------|----------|-----------------------------------------------|
|                                        |                              | Numeri assoluti   | (+ / -)% | Tasso di incidenza standardizzato per età (*) |
| 2001                                   | 5.190.324                    | 1.309             |          | 24,7                                          |
| 2002                                   | 5.230.828                    | 1.408             | 7,6      | 26,4                                          |
| 2003                                   | 5.290.835                    | 1.511             | 7,3      | 28,2                                          |
| 2004                                   | 5.367.572                    | 1.589             | 5,2      | 29,5                                          |
| 2005                                   | 5.455.620                    | 1.488             | -6,4     | 27,2                                          |
| Atteso                                 |                              | 1.690             |          | 31,3                                          |
| Differenza in % tra osservato e atteso |                              |                   |          | -13%                                          |

(\*) Standardizzazione effettuata usando la popolazione standard europea

Fonte: Ministero della Salute in collaborazione con Piemonte, Friuli VG, Lazio e Campania

**2.2.2 Alcol**

La correlazione tra l'elevato consumo di alcol nella popolazione e l'aumento del rischio di morbidità e mortalità per alcune cause appare oggi un'evidenza consolidata. Oltre ad essere una sostanza psicotropa che dà dipendenza, l'alcol è causa di molte patologie di varia natura, oltre che di eventi patologici e traumatici quali incidenti e disordini mentali e comportamentali. Il rischio di danni sanitari cresce generalmente con la quantità di alcol consumata; la frequenza e intensità delle intossicazioni acute accresce in particolare il rischio di incidenti stradali e di patologie cardiovascolari quali infarti e malattie coronariche.

Su 26 fattori di rischio per la salute individuati nell'Unione Europea, l'alcol occupa il terzo posto, secondo solo a tabacco e ipertensione. Ogni anno nell'Unione Europea l'alcol è responsabile della morte di 195.000 persone, per un'ampia gamma di cause che vanno dagli incidenti stradali, altri incidenti, omicidi, suicidi, cirrosi epatiche, patologie neuropsichiatriche e depressione, cancro (tra cui 11.000 casi di cancro alla mammella). E' stato calcolato che, anche tenendo conto degli effetti protettivi del consumo moderato, l'alcol è causa del 12% della mortalità prematura e della disabilità nella popolazione maschile dell'Unione europea e del 2% in quella femminile.

In particolare nell'Unione Europea è attribuibile all'alcol il 25% della mortalità giovanile tra i maschi e il 10% tra le femmine.

I costi sostenuti nell'U.E. per il trattamento sanitario delle patologie e dei danni alcolcorrelati sono stati stimati in 17 miliardi di euro, cui vanno aggiunti 5 miliardi di euro necessari per la prevenzione e il trattamento dell'abuso e della dipendenza da alcol.

L'alcol accresce anche il rischio di un'ampia gamma di danni sociali che possono riguardare il singolo individuo, la famiglia, i minori e più in generale l'ambiente sociale, quali abusi, violenze e omicidi. L'alcol è anche responsabile di danni sia sanitari che sociali a carico di soggetti non bevitori, tra i quali in particolare, nei Paesi della U.E., del 16 % degli abusi e abbandoni di minori, dei 5-9 milioni di bambini in famiglie con problemi alcolcorrelati, di 10.000 morti provocate da soggetti alla guida in stato di ebbrezza.

Un consumo di alcol molto ridotto (pari a 10 grammi ogni due giorni) si correla a una diminuzione del rischio di malattie coronariche, con un' evidenza peraltro ancora in discussione per quanto attiene sia alla quantità di rischio evitato che alla quantità di alcol da assumere per ottenere tali effetti benefici.

Studi effettuali nel Regno Unito hanno dimostrato che il livello di consumo alcolico associato con il più basso rischio di morte è prossimo allo zero per le donne fino ai 65 anni, e inferiore ai 5 grammi al giorno per le donne più anziane. Per gli uomini tale livello di consumo è pari allo zero al di sotto dei 35 anni, a 5 grammi al giorno al di sotto dei 65 anni e a meno di 10 grammi al giorno a partire dai 65 anni.

La riduzione o cessazione dell'uso di alcol si associa a un miglioramento della salute sia nei bevitori problematici che nei soggetti affetti da malattie croniche quali cirrosi epatiche e depressione.

#### CENNI NORMATIVI

Il Ministero della Salute ha emanato fin dal 1993 un decreto di indirizzi per l'organizzazione dei servizi territoriali nel settore alcolologico. Dall'anno 2001 è in vigore in Italia la legge 30.3.2001 n. 125 "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcolcorrelati", che ha regolamentato, in linea con gli orientamenti dell'U.E. e dell'O.M.S., ambiti di portata non solo socio sanitaria, quali prevenzione, cura e reinserimento sociale degli alcolodipendenti, ma anche socioculturale quali pubblicità, vendita, formazione universitaria degli operatori, sicurezza del traffico stradale, disponibilità dei farmaci, sicurezza sui luoghi di lavoro. Tale legge ha tra l'altro disposto l'abbassamento del tasso alcolemico legale dallo 0,8 allo 0,5 per mille, allineando l'Italia ai valori adottati nella maggior parte degli altri Paesi europei.

Gli orientamenti della legge in campo sociosanitario hanno trovato un importante riscontro nel successivo Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sui livelli essenziali di assistenza sanitaria (Accordo 22.11.2001 pubblicato in G.U. n. 19 del 23.1.2002), con cui si conferma l'inclusione nei livelli essenziali di assistenza di attività sanitarie e sociosanitarie a favore delle persone dipendenti da alcol, con interventi di assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare, e di attività riabilitative di carattere residenziale e semiresidenziale.

In attuazione dell'art. 15 della legge 125/2001 è stato adottato l'atto di intesa Stato/Regioni del 16 marzo 2006 (in G.U. n. 75 del 30 Marzo 2006), che individua le tipologie di attività lavorative a rischio per gli infortuni sul lavoro e la sicurezza dei terzi, per le quali è vietata, ai sensi della legge, l'assunzione e somministrazione di qualsiasi bevanda alcolica.

#### PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE DEI DATI

L'andamento dei consumi e l'evoluzione dei modelli di consumo

Recenti studi europei hanno confermato che il consumo pro capite di alcol in una popolazione è importante indicatore di futuri sviluppi nel settore della salute pubblica dei diversi Paesi, e che un accrescimento dei consumi alcolici si correla in tutti i Paesi europei a un aumento di cirrosi epatiche, avvelenamenti da alcol, alcolodipendenze, psicosi alcoliche, incidenti, omicidi e morti totali. I cambiamenti nel consumo totale di alcol sono strettamente correlati anche ai cambiamenti della mortalità alcolcorrelata, in particolare per quanto riguarda la cirrosi epatica.

Nel nostro Paese l'assunzione moderata di alcol, e in particolare di vino, continua ad essere abitudine alimentare molto diffusa e radicata in una solida tradizione culturale; per l'anno 2003 si conferma la tendenza, delineatasi già a partire dall'inizio degli anni ottanta, al progressivo calo del consumo medio annuo pro-capite di alcol puro, consumo che in tale anno è pari, secondo i dati forniti dall'O.M.S., a 7,61 litri (contro i 7,85 litri del 2001, gli 8,03 litri del 2000 e gli 8,04 litri del 1999).

Peraltro, prendendo in considerazione la sola popolazione di età superiore ai 15 anni, la tendenza al calo dei consumi sembra interrompersi negli ultimi anni, con un consumo medio pro capite di alcol puro pari a 10,45 litri nel 2003, contro i 9,2 litri del 2002 e i 9,1 del 2001.

Questo livello di consumo appare ancora molto al di sopra di quello raccomandato dall'O.M.S. ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (Target 12 del Programma "Health 21/ 1999"), pari a 6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni e a 0 litri per quella di età inferiore.

Altro importante indicatore di futuri sviluppi nell'area della salute pubblica degli Stati europei è rappresentato dalla struttura del consumo in termini di numero dei bevitori, percentuale delle diverse bevande alcoliche consumate e modalità di consumo, che consentono di valutare l'esposizione di una popolazione al rischio alcolcorrelato.

Secondo le più recenti indagini multiscopo ISTAT sugli aspetti della vita quotidiana delle famiglie, si conferma nell'ultimo biennio, sia tra i maschi che fra le femmine di età superiore ai 14 anni, il calo del numero dei consumatori di vino, che nell'anno 2003 sono pari al 55.9% della popolazione (71.2% nei maschi e 41.6% nelle femmine), contro il 57.4% del 2002 (71.6% nei maschi e 44.1% nelle femmine) e il 59.6% del 2001 (73.8% tra i maschi e 46.4% tra le femmine), secondo una tendenza già evidente fin dagli anni '90 e che era sembrata interrompersi tra gli anni 2000 e 2001.

Nel 2003 si registra invece, sia tra i maschi che tra le femmine, un aumento del numero dei consumatori di birra (che passano dal 46.3% del 2002 al 47.2%) e di liquori (che passano dal 24.1% del 2002 al 25.8%) e non viene confermata per queste bevande la diminuzione del numero di consumatori che era sembrata delinearasi tra il 2001 e il 2002. Non vengono peraltro raggiunti nel 2003 i valori toccati nel 2001, che rimangono i più elevati del decennio per tale consumo. Particolarmente preoccupante appare l'aumento della prevalenza dei bevitori di bevande alcoliche al di fuori dei pasti, in quanto il consumo durante i pasti, assicurando un allungamento dei tempi di assorbimento dell'alcol, ne diminuisce l'impatto per la salute. Tali consumatori rappresentano nel 2003 il 25.8% (38.0% nei maschi e 14.3% nelle femmine) contro il 23.2% del 2002 (35.1% tra i maschi e 12.1% tra le femmine), interrompendo il calo rilevato in quest'ultimo anno rispetto al 2001 (25% di cui 37,8% tra i maschi e 13,1% tra le femmine) e confermando la tendenza all'aumento evidenziabile fin dal 1993, particolarmente evidente nel passaggio dal 2000 al 2001.

In diminuzione appaiono i consumatori di oltre ½ litro di vino al giorno, che rappresentano nel 2003 il 4,5% della popolazione, contro il 5,3% rilevato sia per il 2002 che per il 2001. Si conferma dunque, soprattutto in relazione alla popolazione maschile, quella tendenza al calo dei consumi eccedentari di vino già evidente dal 1993, quando tale consumo interessava ben il 14% dei maschi; mentre nella popolazione femminile, nel complesso meno interessata ai consumi eccedentari, tale tendenza, anche se confermata, incontra alcuni periodi di chiara interruzione.

Tenendo conto dei parametri di rischio definiti dall'O.M.S., secondo cui la dose alcolica giornaliera non deve superare 40 g per gli uomini e 20 g per le donne (corrispondenti, rispettivamente, a circa 3 bicchieri e a 1 bicchiere e mezzo di vino di media gradazione alcolica), considerando i soli consumatori di oltre ½ litro di vino al giorno, il numero delle persone a rischio di sviluppare problematiche alcolcorrelate non può stimarsi comunque in Italia inferiore a 2.230.000 per l'anno 2003.

Per quanto riguarda la distribuzione nel territorio nazionale dei fenomeni rilevati, nelle Regioni centrali si riscontrano le maggiori percentuali di consumatori di oltre mezzo litro di vino al giorno. Molise, Basilicata, Toscana ed Emilia Romagna sono, nell'ordine, le Regioni dove tale consumo eccedentario è più diffuso. Toscana, Marche, Umbria ed Emilia Romagna sono le Regioni in cui è più diffuso il consumo moderato di vino (uno o due bicchieri al giorno).

I consumi fuori pasto hanno la più alta diffusione nelle Regioni del Nord Est e in Valle D'Aosta, ma anche in Lombardia, Emilia Romagna e Sardegna (Tabella 1).

**Tab. 1 - PERSONE DI 14 ANNI E PIU' PER CONSUMO DI VINO, BIRRA E LIQUORI ALMENO QUALCHE VOLTA L'ANNO PER REGIONE**  
ANNI 2001-2003 (per 100 persone della stessa regione)

| REGIONI               | Consuma vino |      |      | Consuma birra |      |      | Consuma liquori |      |      | Consuma oltre 1/2 litro di vino al giorno |      |      | Consuma 1-2 bicchieri di vino al giorno |      |      | Consuma alcolici fuori pasto |      |      |
|-----------------------|--------------|------|------|---------------|------|------|-----------------|------|------|-------------------------------------------|------|------|-----------------------------------------|------|------|------------------------------|------|------|
|                       | 2001         | 2002 | 2003 | 2001          | 2002 | 2003 | 2001            | 2002 | 2003 | 2001                                      | 2002 | 2003 | 2001                                    | 2002 | 2003 | 2001                         | 2002 | 2003 |
| Piemonte              | 64.0         | 60.0 | 58.5 | 48.2          | 44.5 | 45.9 | 26.7            | 23.9 | 25.4 | 6.0                                       | 5.4  | 5.5  | 29.8                                    | 28.5 | 26.1 | 25.9                         | 24.5 | 26.7 |
| Valle d'Aosta         | 66.0         | 62.9 | 59.9 | 49.3          | 50.2 | 46.2 | 35.4            | 31.8 | 30.0 | 8.3                                       | 7.6  | 5.1  | 30.0                                    | 28.4 | 26.0 | 38.7                         | 38.4 | 37.0 |
| Lombardia             | 60.8         | 58.8 | 56.9 | 46.9          | 42.9 | 46.1 | 30.7            | 26.0 | 29.8 | 5.1                                       | 5.6  | 4.7  | 26.4                                    | 27.2 | 24.5 | 30.8                         | 26.1 | 32.3 |
| Trentino Alto Adige   | 54.7         | 59.4 | 57.2 | 47.9          | 50.3 | 52.5 | 30.9            | 35.4 | 35.2 | 3.4                                       | 3.5  | 3.9  | 23.0                                    | 21.9 | 20.1 | 42.3                         | 47.1 | 48.8 |
| Bolzano               | 56.4         | 64.9 | 59.2 | 48.8          | 54.5 | 54.0 | 33.6            | 39.6 | 38.5 | 2.2                                       | 2.1  | 3.1  | 20.6                                    | 21.9 | 17.1 | 47.1                         | 54.7 | 55.0 |
| Trento                | 53.1         | 54.2 | 55.4 | 47.0          | 46.4 | 51.1 | 28.3            | 31.4 | 32.1 | 4.4                                       | 4.8  | 4.8  | 25.3                                    | 21.9 | 23.0 | 37.7                         | 40.0 | 42.9 |
| Veneto                | 63.6         | 63.9 | 63.7 | 48.1          | 49.8 | 50.2 | 32.2            | 29.7 | 32.1 | 5.6                                       | 5.4  | 5.3  | 28.2                                    | 29.5 | 26.7 | 36.5                         | 36.0 | 38.4 |
| Friuli Venezia Giulia | 60.9         | 59.2 | 59.0 | 54.9          | 51.7 | 55.3 | 33.0            | 29.4 | 30.1 | 4.3                                       | 3.9  | 4.5  | 26.0                                    | 26.2 | 27.4 | 41.7                         | 39.2 | 44.8 |
| Liguria               | 65.8         | 62.0 | 61.3 | 45.7          | 44.6 | 46.0 | 24.7            | 26.8 | 24.9 | 5.8                                       | 6.3  | 5.6  | 31.7                                    | 30.6 | 27.4 | 24.0                         | 25.7 | 27.3 |
| Emilia Romagna        | 67.6         | 64.2 | 65.0 | 47.7          | 45.1 | 47.4 | 27.4            | 26.0 | 31.2 | 6.6                                       | 7.0  | 6.2  | 30.7                                    | 29.0 | 28.3 | 27.0                         | 23.6 | 30.4 |
| Toscana               | 63.8         | 65.0 | 62.9 | 44.4          | 46.6 | 46.9 | 23.1            | 25.0 | 24.8 | 7.5                                       | 7.9  | 6.3  | 31.2                                    | 31.3 | 31.8 | 21.9                         | 23.0 | 23.9 |
| Umbria                | 61.4         | 61.2 | 58.4 | 42.4          | 42.6 | 43.4 | 26.3            | 26.8 | 25.8 | 8.5                                       | 7.5  | 4.5  | 30.1                                    | 28.0 | 29.5 | 24.3                         | 24.1 | 25.9 |
| Marche                | 66.4         | 66.3 | 62.6 | 49.1          | 48.1 | 47.4 | 25.3            | 26.8 | 26.9 | 8.0                                       | 7.4  | 5.9  | 31.7                                    | 31.1 | 31.3 | 24.4                         | 25.7 | 26.5 |
| Lazio                 | 57.7         | 54.2 | 53.3 | 51.7          | 46.0 | 45.9 | 29.1            | 28.1 | 29.7 | 4.1                                       | 4.1  | 4.4  | 26.1                                    | 26.4 | 22.6 | 20.5                         | 19.5 | 21.1 |
| Abruzzo               | 58.7         | 55.2 | 56.8 | 48.5          | 48.8 | 47.9 | 24.0            | 20.4 | 21.9 | 6.5                                       | 4.9  | 4.6  | 28.0                                    | 26.4 | 26.3 | 23.5                         | 24.0 | 25.7 |
| Molise                | 58.2         | 53.6 | 53.5 | 52.4          | 45.7 | 45.3 | 19.4            | 22.1 | 23.1 | 7.5                                       | 6.6  | 6.8  | 27.0                                    | 25.7 | 27.1 | 24.3                         | 22.8 | 25.5 |
| Campania              | 55.0         | 51.8 | 48.2 | 49.8          | 46.1 | 44.2 | 21.4            | 16.7 | 18.7 | 4.9                                       | 4.9  | 3.2  | 25.6                                    | 24.0 | 20.5 | 17.2                         | 12.1 | 13.6 |
| Puglia                | 56.8         | 56.5 | 52.5 | 50.5          | 50.6 | 49.2 | 21.0            | 21.4 | 20.8 | 5.3                                       | 5.7  | 3.4  | 28.7                                    | 28.8 | 26.6 | 16.9                         | 18.4 | 16.8 |
| Basilicata            | 54.4         | 54.0 | 53.4 | 41.6          | 44.4 | 47.4 | 21.7            | 17.3 | 22.4 | 8.9                                       | 4.6  | 6.7  | 27.8                                    | 27.3 | 26.3 | 20.9                         | 18.3 | 21.8 |
| Calabria              | 57.6         | 53.1 | 52.2 | 55.5          | 52.1 | 53.8 | 23.0            | 19.9 | 20.1 | 4.2                                       | 3.3  | 2.9  | 24.4                                    | 22.6 | 22.3 | 20.4                         | 18.9 | 16.8 |
| Sicilia               | 48.6         | 45.5 | 44.4 | 45.1          | 44.6 | 46.2 | 18.9            | 18.4 | 19.2 | 2.4                                       | 3.0  | 1.8  | 19.1                                    | 16.4 | 16.7 | 17.1                         | 15.3 | 16.8 |
| Sardegna              | 55.4         | 49.2 | 49.0 | 51.5          | 45.3 | 47.3 | 25.5            | 22.1 | 21.0 | 5.1                                       | 4.4  | 3.3  | 22.9                                    | 20.2 | 20.7 | 30.8                         | 26.9 | 30.0 |
| Italia                | 59.6         | 57.4 | 55.9 | 48.4          | 46.3 | 47.2 | 26.1            | 24.1 | 25.8 | 5.3                                       | 5.3  | 4.5  | 27.0                                    | 26.4 | 24.7 | 25.0                         | 23.2 | 25.8 |

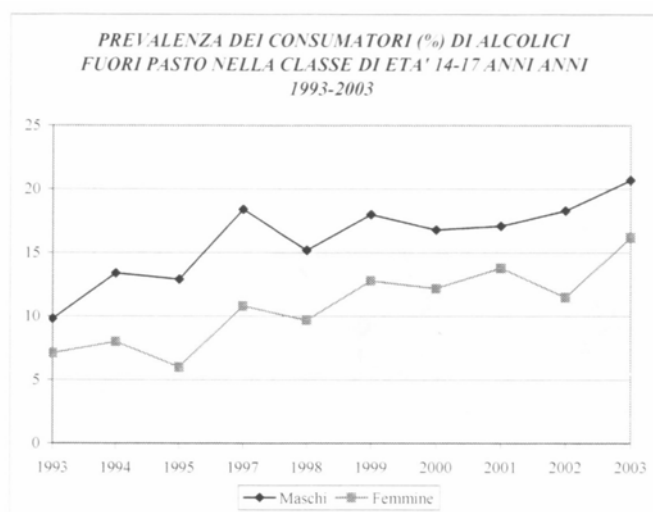
Fonte: ISTAT - Indagine Multiscopo sulle famiglie: Aspetti della vita quotidiana-Anni 2001-2002-2003

Il consumo di bevande alcoliche appare sempre più diffuso, anche con modalità di consumo particolarmente a rischio, tra i giovani italiani, anche in conseguenza del contatto con i modelli di consumo dei Paesi del Nord Europa. Secondo le stime dell'Osservatorio Nazionale Fumo-Alcol-Droga (OssFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità, 800.000 giovani italiani al di sotto dell'età legale (14-16 anni), corrispondenti al 40 % dell'intera popolazione di tale età, dichiarano di consumare bevande alcoliche.

**GRAF.1 - PREVALENZA DEI CONSUMATORI (%) DI ALCOLICI FUORI PASTO  
NELLA CLASSE DI ETÀ 14-17 ANNI - ANNI 1993-2003 (a)**

|         | 1993 | 1994 | 1995 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Maschi  | 9,8  | 13,4 | 12,9 | 18,4 | 15,2 | 18,0 | 16,8 | 17,1 | 18,3 | 20,7 |
| Femmine | 7,1  | 8,0  | 6,0  | 10,8 | 9,7  | 12,8 | 12,2 | 13,8 | 11,5 | 16,2 |

(a) nel 1996 le informazioni non sono state rilevate



La tendenza all'aumento dei consumi fuori pasto si conferma fra il 2002 e il 2003 anche nelle altre fasce di età giovanile.

Secondo i dati dell'indagine "Eurobarometro" 2002 della Commissione Europea, l'Italia presenta l'età più bassa di avvio al consumo di bevande alcoliche, con una media di 12,2 anni contro i 14,6 anni che rappresentano la media dell'età di avvio nell'Unione Europea.

Secondo i dati dello studio europeo ESPAD, fra i giovani studenti italiani di età compresa fra i 15 e i 19 anni nell'anno 2003 il 56,4% riferisce di essersi ubriacato almeno una volta nella vita, contro il 54,6% riferito per il 2002, confermando la tendenza all'aumento di tale comportamento a rischio, rilevabile a partire dal 1999. In aumento anche i comportamenti di ubriachezza ripetuta (tre o più ubriacature negli ultimi trenta giorni), che nel 2003 hanno riguardato il 7% dei giovani studenti contro il 3% del 1999; nonché la persistenza del comportamento nel corso della vita (venti o più ubriacature nel corso della vita), che nel 2003 ha interessato il 5% degli studenti contro il 2% del 1999.

Sembra affermarsi tra i più giovani, rispetto agli anni passati, una maggiore consapevolezza del rischio rappresentato dal consumo eccessivo. Si abbassa infatti al 2,3% la percentuale di studenti che non percepisce alcun rischio nel bere 4 o 5 bicchieri ogni giorno, contro il 4% del 2002 e 2001 e il 3,0% del 2000 e 1999. A tale accresciuta consapevolezza non sembrano peraltro corrispondere comportamenti e atteggiamenti consequenziali; infatti comportamenti di trasgressione ed eccesso quali le ubriacature sembrano riscuotere nel tempo sempre meno disapprovazione, secondo una tendenza che si va progressivamente affermando fin dal 1999, e gli episodi di ubriacatura riguardano un numero sempre maggiore di soggetti.

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani alcolodipendenti in carico presso i servizi sociosanitari per l'alcolodipendenza, che continuano ad aumentare nel tempo rispetto al totale dell'utenza. Nel 2004 i minori di 20 anni rappresentano lo 0,6% dell'utenza dei servizi alcolologici (contro lo 0,5% del 2003) e i giovani fra i 20 e i 29 anni ne rappresentano il 9,8%, contro il 9,1% del 2003. La tendenza all'aumento appare ancora più evidente con riferimento ai soli nuovi utenti di tale età, che passano dal 10,7% del 1998 al 14% del 2004. In questa fascia di età si rileva, rispetto alle altre fasce di età, la crescita maggiore nel tempo, a partire dal 1996 (Grafico 2).

**La mortalità e la morbidità alcolcorrelate**

Le stime della mortalità alcolcorrelata si basano su indicatori di danno sia diretto, correlato ad abuso cronico (psicosi alcolica, cirrosi epatica, alcuni tumori, etc.) che indiretto e correlato anche a consumi relativamente limitati (incidenti stradali, sul lavoro, domestici etc.).

Tra gli indicatori del primo tipo l'O.M.S. considera il tasso nazionale di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato uno dei più importanti.

Tale dato è stato calcolato nel nostro Paese pari a 10,73 per 100.000 abitanti nel 2004, confermando la tendenza alla diminuzione ormai in atto da molti anni (13,64 nel 2001, 13,89 nel 2000, 17,91 nel 1995, 22,60 nel 1990), in concomitanza con la diminuzione della quantità del consumo medio pro capite di alcol puro nella popolazione.

Tra gli indicatori di danno indiretto va segnalata la mortalità per incidente stradale, che in Italia è stata stimata come correlata all'uso di alcol alla guida per una quota compresa tra il 30% e il 50% del totale della mortalità per questa causa.

Nell'anno 2004 sono stati rilevati dall'ISTAT 224.553 incidenti stradali (contro i 231.740 del 2003) che hanno provocato 5.625 morti (contro i 6.065 del 2003), con un indice di mortalità (rapporto tra numero di morti e numero di incidenti) pari a 2,5% (contro il 2,6% del 2003).

La fascia di età tra i 25 e i 29 anni appare nel 2004 quella più colpita dagli incidenti stradali, con 614 morti e 43.354 feriti.

Valori molto alti di mortalità si presentano anche tra i conducenti di età compresa fra i 21 e i 24 anni, con 395 morti. Nell'ambito della fascia di età tra i 15 e i 24 anni, l'incidente stradale ha rappresentato la causa del 46,2% del totale dei decessi rilevati nel 2002, con un dato in aumento rispetto al 44,1% rilevato nel 2000.

Tra tutti gli incidenti stradali dell'anno 2004, 16.192 sono avvenuti nelle notti di venerdì e sabato, rappresentando il 44,1% del totale degli incidenti notturni. Tale dato appare particolarmente allarmante data l'elevata correlazione tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di alcol o sostanze illegali, soprattutto tra i giovani. I morti e feriti in tali incidenti rappresentano, rispettivamente, il 49,1 ed il 46,9% del totale degli incidenti notturni.

Le cause di incidente stradale imputabili a stato di ebbrezza alcolica rappresentano nel 2004 il 72% del totale delle cause dovute allo stato psicofisico del conducente, con 4.140 casi rilevati (contro i 3.548 del 2003).

Nell'anno 2003 il numero delle diagnosi ospedaliere per patologie totalmente attribuibili all'alcol è pari a 108.294, contro 113.651 nel 2002; 84.963 (78,5%) sono riferite a maschi e 23.331 (21,5%) a femmine.

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (valore per 100.000 abitanti) è di 167,9 nel 2003, in diminuzione rispetto al dato del 2002 (177,1) e del 2001 (172,2).

Valle D'Aosta, con 459,8, P.A. di Bolzano, con 420,9 e P.A. di Trento, con 349,0, appaiono anche nel 2003 le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione, seguite da Molise e Friuli Venezia Giulia (considerando complessivamente i ricoveri di residenti e non residenti).

I tassi di ospedalizzazione più bassi si hanno in Campania (82,7) e Sicilia (84,5).

In controtendenza rispetto all'andamento del dato nazionale, tra il 2000 e il 2002 appare in aumento il tasso di ospedalizzazione nelle Regioni Valle D'Aosta, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna (Tabella 2).

La distribuzione percentuale delle diagnosi totalmente attribuibili all'alcol ci mostra anche per il 2003 i valori più elevati (44,9%) nelle fasce di età più alte (oltre i 55 anni), che si riferiscono, in ordine di prevalenza, a cirrosi epatica alcolica, cardiomiopatia alcolica, gastrite alcolica e steatosi epatica.

Nelle fasce di età più giovani (15-35 anni), a cui si riferisce il 12,2 % delle diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'alcol, i valori più elevati riguardano abuso di alcol ed effetti tossici dell'alcol.

Alla fascia di età fino a 14 anni si riferisce lo 0,2% delle diagnosi, con riferimento quasi esclusivo agli effetti tossici dell'alcol.

Nell'anno 2003 la cardiomiopatia alcolica si caratterizza ancora più che nel 2002 come diagnosi di ricovero prevalente per i maschi (86,8%) in rapporto alle femmine (13,2%), assieme al danno epatico da alcol non specificato (Tabella 4c).

Le diagnosi che interessano maggiormente le femmine in rapporto ai maschi riguardano la gastrite alcolica (29,8% nelle femmine contro 70,2% nei maschi) e gli effetti tossici dell'alcol (28,5 % nelle femmine contro 71,5% nei maschi) (Tabella 4c).

Nell'anno 2004 sono stati presi in carico presso i servizi alcolologici territoriali 53.914 soggetti alcolodipendenti, con un aumento del 5,3% rispetto al dato dell'anno precedente.

Per quanto riguarda la distribuzione nel territorio nazionale dei fenomeni rilevati, nelle Regioni centrali si riscontrano le maggiori percentuali di consumatori di oltre mezzo litro di vino al giorno.

Molise, Basilicata, Toscana ed Emilia Romagna sono, nell'ordine, le Regioni dove tale consumo eccedentario è più diffuso.

Toscana, Marche, Umbria ed Emilia Romagna sono le Regioni in cui è più diffuso il consumo moderato di vino (uno o due bicchieri al giorno).

I consumi fuori pasto hanno la più alta diffusione nelle Regioni del Nord Est e in Valle D'Aosta, ma anche in Lombardia, Emilia Romagna e Sardegna. In quasi tutte le Regioni si conferma la tendenza nazionale all'aumento di tale modello di consumo, tranne che in Campania, Puglia, Calabria, che sono in controtendenza rispetto al dato nazionale.

**Tab. 2 - Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi (\*) totalmente attribuibili all'alcool**

(cod. ICD 9-CM 291, 303, 305.0, 357.5, 425.5, 535.3, 571.0, 571.1, 571.2, 571.3, 977.3, 980)

**Anni 2000-2005**

| Regione di dimissione | 2000         | 2001         | 2002         | 2003         | 2004         | 2005         |
|-----------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Piemonte              | 174,2        | 181,3        | 178,6        | 168,2        | 169,5        | 168,5        |
| Valle d'Aosta         | 398,0        | 441,0        | 560,5        | 459,8        | 514,6        | 444,4        |
| Lombardia             | 215,8        | 232,4        | 320,1        | 204,6        | 193,4        | 179,0        |
| Prov. Auton. Bolzano  | 448,0        | 434,8        | 426,6        | 420,9        | 510,8        | 493,4        |
| Prov. Auton. Trento   | 421,1        | 400,2        | 337,6        | 349,0        | 331,9        | 308,7        |
| Veneto                | 263,9        | 276,8        | 251,6        | 244,8        | 232,2        | 212,0        |
| Friuli Venezia Giulia | 300,0        | 290,9        | 283,7        | 264,0        | 255,6        | 268,0        |
| Liguria               | 279,2        | 294,3        | 272,7        | 250,6        | 241,7        | 237,6        |
| Emilia Romagna        | 180,2        | 187,3        | 184,5        | 176,9        | 179,5        | 177,5        |
| Toscana               | 143,2        | 146,6        | 149,8        | 138,9        | 139,7        | 124,8        |
| Umbria                | 153,7        | 133,7        | 119,1        | 125,0        | 115,9        | 112,5        |
| Marche                | 200,9        | 216,0        | 203,6        | 194,7        | 189,5        | 189,6        |
| Lazio                 | 137,4        | 151,1        | 146,1        | 143,0        | 142,7        | 142,2        |
| Abruzzo               | 243,2        | 260,3        | 259,4        | 259,6        | 250,7        | 236,0        |
| Molise                | 234,2        | 279,0        | 286,8        | 274,7        | 242,5        | 218,4        |
| Campania              | 80,3         | 83,9         | 93,5         | 82,7         | 86,9         | 87,1         |
| Puglia                | 125,4        | 138,4        | 123,7        | 113,5        | 111,1        | 109,6        |
| Basilicata            | 177,2        | 171,5        | 164,0        | 153,1        | 159,0        | 146,5        |
| Calabria              | 145,3        | 156,0        | 149,8        | 144,8        | 138,5        | 132,3        |
| Sicilia               | 72,5         | 83,2         | 85,7         | 84,5         | 86,0         | 79,0         |
| Sardegna              | 161,1        | 160,6        | 205,2        | 195,2        | 198,0        | 210,3        |
| <b>Italia</b>         | <b>172,2</b> | <b>181,9</b> | <b>177,1</b> | <b>167,9</b> | <b>165,5</b> | <b>159,0</b> |

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

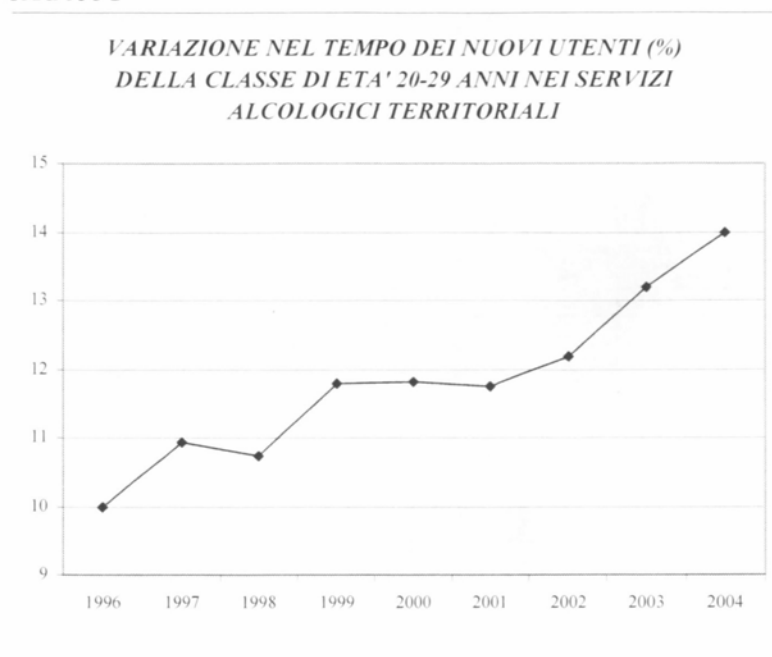
Fonte: Ministero della Salute - Scheda di dimissione ospedaliera

Il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol è di 159,0 per 100.000 abitanti, in diminuzione rispetto agli anni che precedono.

Le regioni con più elevato tasso di ospedalizzazione nel 2005, considerando complessivamente i ricoveri di residenti e non, sono la P.A. di Bolzano (493,4), Valle d'Aosta (444,4) e P.A. di Trento (308,7).

Si registrano al contrario tassi di ospedalizzazione più bassi in Campania (87,1) e Sicilia (79,0).

GRAFICO 2



Fonte: Ministero della Salute-Dipartimento della Prevenzione e Comunicazione-Direzione Generale della Prevenzione sanitaria-Ufficio VII-“Tutela della salute dei soggetti vulnerabili”

#### Breve spiegazione del Grafico

Il fenomeno della diffusione dell'abuso giovanile è ben rappresentato anche dalla percentuale di giovani alcolodipendenti in carico presso i servizi sociosanitari per l'alcolodipendenza, che continuano ad aumentare nel tempo rispetto al totale dell'utenza. La tendenza all'aumento appare particolarmente evidente nei nuovi utenti di tale età, che passano dal 10,7% del 1998 al 14% del 2004. In questa fascia di età si rileva, rispetto alle altre fasce di età, la crescita maggiore nel tempo, a partire dal 1996.

#### Le principali tendenze

Continua la tendenza al calo dei consumi medi pro-capite di alcol puro già in atto dal 1981 (-33,3% tra il 1981 e il 1998), anche se il dato più recente per i consumi della popolazione al di sopra dei 15 anni, riferito all'anno 2003, interrompe la tendenza affermatasi negli ultimi due decenni.

Per la popolazione italiana sembrano peraltro complessivamente confermarsi, per l'anno 2003, le tendenze rilevate a partire da metà degli anni 90 relativamente all'espandersi della platea dei consumatori (fatta eccezione per i consumatori di vino, compresi quelli eccedentari) e alla diffusione di modelli di consumo a rischio e lontani dalla tradizione nazionale quali i consumi al di fuori dei pasti, con particolare riferimento ai giovanissimi.

Fra questi ultimi, in particolare, continuano a crescere sia l'uso di bevande alcoliche che i comportamenti di abuso e gli atteggiamenti ad esso favorevoli, nonostante una più diffusa percezione del rischio correlato.

Sono da tenere in particolare considerazione, alla luce dei dati disponibili per il 2003:

l'aumento, rispetto al 2002, dei consumatori di birra e liquori;

l'aumento dei comportamenti di consumo al di fuori dei pasti, che erano sembrati in calo nel 2002 sia tra i maschi che tra le femmine;

il persistere della tendenza all'aumento dei consumi fuori pasto tra i giovani fra i 14 e i 17 anni, già ben rilevabile nel 2002 nella classe maschile e confermata nel 2003 anche tra le ragazze, con una crescita di 4,7 punti percentuali;

l'alta percentuale e l'aumento della mortalità per incidente stradale tra i giovani.

La diminuzione del tasso di ospedalizzazione per patologie totalmente riferibili all'alcol, evidente sia rispetto al dato del 2002 che del 2000, deve essere interpretata anche tenendo conto della crescita dell'utenza dei servizi territoriali per l'alcolodipendenza, in continua espansione dal 1996, contestualmente al rafforzamento della rete dei servizi.

I più recenti comportamenti di consumo da parte dei giovani possono spiegarsi anche con l'influenza di altri Paesi, soprattutto del Nord Europa, che hanno favorito la sostituzione del modello mediterraneo, caratterizzato da assunzione

moderata di vino a completamento dei pasti, con l'uso di bevande ad alto contenuto alcolico e in quantità spesso eccessive, al di fuori dei pasti e in occasioni di tipo ricreazionale.

L'innesto di tali diversi modelli comportamentali nella tradizionale cultura di tolleranza e approvazione sociale del bere moderato del nostro Paese può rappresentare, se non correttamente compreso e affrontato, un ulteriore, specifico elemento di rischio per i soggetti più giovani, che potrebbero non percepire adeguatamente i pericoli correlati ai nuovi modelli di consumo.

I dati relativi alla popolazione giovanile inducono a rafforzare la vigilanza già in atto da qualche anno, anche perché esistono numerose evidenze sulla tendenza dei giovani che consumano alcol a praticare altri comportamenti a rischio e a utilizzare spesso l'alcol secondo le stesse modalità e motivazioni che sottendono l'uso di altre sostanze illecite.

#### **Le politiche di prevenzione**

Elemento cruciale delle politiche di prevenzione appare dunque ancora, e in particolare per la protezione della salute psico-fisica dei più giovani, l'adozione di misure adeguate alle trasformazioni culturali in atto, che tengano conto dell'aumento dei comportamenti di consumo a rischio, intervengano sulla percezione culturale del bere, favoriscano la diffusione di dati e orientamenti di provata evidenza scientifica, la corretta conoscenza dei rischi correlati alle diverse modalità di consumo e la promozione di fattori protettivi nei diversi contesti sociali.

Il Piano Sanitario nazionale 2006-2008 prende atto del consolidamento delle politiche alcolologiche nel nostro Paese, riconoscendo che già a partire dal Piano sanitario nazionale 2003-2005 le problematiche connesse al consumo di bevande alcoliche rappresentano una specifica tematica da tenere in considerazione nei programmi per il controllo degli stili di vita e l'abbattimento dell'uso e abuso di sostanze, con particolare riferimento al mondo giovanile.

Nel Piano Sanitario 2006-2008 viene dunque ribadita la necessità di intervenire sulla percezione culturale del bere al fine di rendere evidenti le diverse implicazioni di rischio connesse con i diversi comportamenti e di trasmettere in proposito adeguati e chiari orientamenti, intervenendo altresì sulla disponibilità e accessibilità dei servizi per accrescere la capacità di contenimento dei problemi conclamati.

Anche in ambito regionale appare evidente la maturazione di una nuova cultura in campo alcolologico, che si riflette nel rafforzamento del sistema di misure programmatiche e organizzative e nella realizzazione di progetti anche di ambito locale, soprattutto in relazione al mondo giovanile e scolastico. Si è ampliato e qualificato il sistema dei servizi territoriali, che operano non solo per il trattamento e la riabilitazione ma anche per la prevenzione, collaborando spesso e strettamente con il mondo del volontariato e dell'autoaiuto.

Tali tendenze riflettono del resto gli orientamenti delle politiche alcolologiche della U.E., che hanno avuto negli ultimi anni un forte impulso con l'inserimento delle problematiche sanitarie alcolcorrelate nell'ambito del Programma di azione comunitaria di sanità pubblica per gli anni 2003-2008.

Tale quadro di riferimento e il generale consolidamento delle politiche alcolologiche del nostro Paese negli ultimi anni ha consentito al Ministero della Salute di elaborare un Piano Nazionale Alcol e Salute, da proporre alla approvazione delle Regioni quale strumento per favorire azioni di ampio respiro per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati, anche in attuazione degli indirizzi e dei principi introdotti dalla legge 30.3.2001 n. 125. La sua formulazione trova pieno riscontro nelle politiche di ambito internazionale, in quanto il Piano recepisce i contenuti dei più recenti documenti elaborati in materia alcolologica a livello di U.E. e di OMS: il II Piano di Azione europeo per l'alcol dell'O.M.S., la Raccomandazione del Consiglio U.E. sul consumo alcolico di bambini e adolescenti, le Conclusioni del Consiglio dell'U.E. per una strategia comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati.

Il Piano Nazionale Alcol e Salute (PNAS)

individua alcuni obiettivi prioritari e, in relazione ad essi, otto aree strategiche e azioni da implementare nelle Regioni per la prevenzione e riduzione della mortalità e morbidità alcolcorrelate nel nostro Paese: informazione/educazione; bere e guida; ambienti e luoghi di lavoro; trattamento del consumo alcolico dannoso e dell'alcol dipendenza; responsabilità del mondo della produzione e distribuzione; capacità sociale di fronteggiare il rischio derivante dall'uso dell'alcol; potenzialità delle organizzazioni di volontariato e di mutuo aiuto; monitoraggio del danno alcolcorrelato e delle relative politiche di contrasto.

#### **RISULTATI DI ALTRE RICERCHE**

##### **Progetto PR.I.S.M.A**

(Progetto per la promozione di strategie di prevenzione precoce dell'alcol dipendenza per la riduzione del danno alcolcorrelato nei settings e nei servizi socio-sanitari di base).

-Ricerca per l'identificazione precoce dei bevitori a rischio in assistenza primaria in Italia (adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale).

Numerosi studi e trials clinici hanno dimostrato che l'identificazione e l'intervento breve, in assistenza primaria, se applicati in modo strutturato e duraturo, possono ridurre del 25% la quota di bevitori a rischio ed i relativi problemi alcolcorrelati. In linea con la valorizzazione di tali evidenze il Ministero della Salute ha pertanto promosso e finanziato il Progetto PR.I.S.M.A "Progetto per la promozione di strategie di prevenzione precoci dell'alcol dipendenza per la riduzione del danno alcolcorrelato nei settings e nei servizi socio-sanitari di base", nell'ambito del quale è stata realizzata una ricerca per verificare la possibilità di utilizzare una forma più breve del questionario AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).

Il questionario AUDIT è stato sviluppato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come uno strumento di screening da utilizzare per l'identificazione dei bevitori a rischio di problemi alcolcorrelati. È stato pensato per assistere gli

operatori di assistenza sanitaria primaria (medici di medicina generale, infermieri, operatori domiciliari etc.) sia sul territorio che in ambienti specifici come le fabbriche, le strutture di emergenza ma anche in ambienti non sanitari come gli esercizi pubblici, le discoteche, le feste di paese etc.

Le dieci domande dell'AUDIT sono risultate peraltro troppo impegnative per la pratica della medicina generale, come dimostrato da alcuni progetti pilota svolti anche in Italia. In Italia il test è stato validato e utilizzato sperimentalmente negli ambulatori dei medici di medicina generale, ma non ha incontrato un eccessivo entusiasmo a causa delle ristrettezze dei tempi di consultazione e dell'eccessiva burocratizzazione dell'attività ambulatoriale.

Tale problematica, presente anche in altri Paesi europei, sembra richiedere un ripensamento della modalità di effettuazione dell'identificazione precoce, che deve essere quanto mai breve, efficace e facilmente memorizzabile da parte degli operatori sanitari riducendo, così, anche l'onere burocratico dell'operatore ed i costi del progetto.

Metodi. 232 questionari, somministrati in precedenza ad un campione opportunistico di persone afferenti ad una serie di studi medici, sono stati analizzati per verificare la validità interna sui tre primi items proposti. Test parametrici (Pearson) e non parametrici (Spearman) sono stati utilizzati per verificare la predittività delle prime tre domande utilizzando un cut-off point di 5.

Risultati. Sia il test non parametrico di Spearman ( $r = .991$ ) (considerando la natura non ordinale degli items) che il test parametrico di Pearson ( $r = .954$ ) (considerando che il valore è dato dalla somma di altri valori) hanno evidenziato che i primi tre items sono predittivi dei risultati ottenuti con tutte le domande.

Conclusioni. Pur considerando il contesto locale dove è stato applicato e valutato, questo lavoro contribuisce in modo significativo allo sviluppo di strategie nazionali volte alla applicazione sistematica della identificazione precoce ed intervento breve dei bevitori a rischio in assistenza sanitaria primaria.

Il questionario AUDIT

L'AUDIT, pur essendo stato creato per essere semplice metodo di screening per l'individuazione di bevitori a rischio, si è dimostrato utile anche per l'identificazione dei principali sintomi della dipendenza da sostanze alcoliche e della presenza di alcune specifiche conseguenze del bere eccessivo. Può essere utilizzato sotto forma di intervista orale oppure come test scritto, può essere proposto da un operatore oppure auto-somministrato. Le domande presentano una serie di risposte in forma chiusa e ad ogni risposta viene assegnato un punteggio che varia da 0 a 4. Prima di somministrarlo al paziente è necessario rendere noto che per singola bevanda alcolica si intende quella che contiene 10 grammi di alcol, ovvero un bicchiere di vino, 300 cc di birra od un bicchierino di superalcolico.

È costituito da 10 items divisi in 3 gruppi.

I Gruppo: Items che indagano se l'uso di alcolici è a rischio o meno

1. Con quale frequenza consuma bevande contenenti alcool?
2. Quante bevande contenenti alcool consuma di solito in un giorno?
3. Quante volte le capita di bere sei o più bevande alcoliche in una sola occasione?

II Gruppo: Items che riguardano i sintomi da dipendenza

4. Quante volte nell'ultimo anno si è accorto che non era in grado di smettere di bere dopo aver iniziato?
5. Quante volte nell'ultimo anno le è capitato di non riuscire a fare quanto normalmente atteso a causa del bere?
6. Quante volte nell'ultimo anno ha sentito il bisogno di bere al mattino dopo aver bevuto molto la sera prima?

III Gruppo: Items che riguardano l'utilizzo di alcool in quantità nocive

7. Quante volte nell'ultimo anno si è sentito in colpa dopo aver bevuto?
8. Quante volte durante l'ultimo anno non è stato capace di ricordare quanto è successo la sera prima perché aveva bevuto?
9. Ha mai fatto del male a qualcuno per aver bevuto?
10. I suoi parenti, i suoi amici, il suo dottore o un altro operatore sanitario le hanno mai suggerito di ridurre il suo consumo di alcool?

Fonte

Pierluigi Struzzo, Sara De Faccio, Ermanno Moscatelli, Emanuele Scafato (per il gruppo di ricerca Prisma).

Identificazione precoce dei bevitori a rischio in Assistenza Primaria in Italia: adattamento del questionario AUDIT e verifica dell'efficacia d'uso dello short-AUDIT test nel contesto nazionale.

Bollettino per le Farmacodipendenze e l'Alcolismo XXIX - N. 1-2/2006

### 2.2.3 Obesità: rischio emergente per le patologie croniche

L'obesità è una condizione caratterizzata da un eccessivo accumulo di grasso corporeo, legata ad un aumentato introito alimentare e a una ridotta attività fisica.

Sta assumendo le caratteristiche di una vera e propria epidemia a livello mondiale, costituendo uno dei maggiori problemi di salute non solo nei paesi industrializzati, ma anche in quelli in via di sviluppo.

Negli adulti, la definizione di obesità è basata sull'indice di massa corporea (BMI) che è pari al peso in chilogrammi diviso per il quadrato dell'altezza in metri. In base al BMI si definiscono in sovrappeso i soggetti con BMI tra 25 kg/m<sup>2</sup> e 29.9 kg/m<sup>2</sup> e obesi i soggetti con BMI superiore a 30 kg/m<sup>2</sup>.

Per i bambini, la definizione di obesità si basa sul 95° percentile aggiustato per età e sesso.

Le stime dell'OMS (Global InfoBase) relative all'anno 2005 indicano che più di un miliardo di persone nel mondo presentano sovrappeso delle quali 805 milioni sono donne, con almeno 300 milioni obese. Viene stimato che nel mondo circa 22 milioni di ragazzi di età inferiore a 15 anni siano obesi, con un trend in costante aumento.

L'obesità e il sovrappeso sono condizioni associate a morte prematura e ormai universalmente riconosciute come fattori di rischio per alcune importanti patologie croniche:

1. malattie cardiovascolari
2. ictus
3. diabete tipo 2
4. alcuni tipi di tumore (endometriale, colon-rettale, renale, della colecisti e della mammella in post-menopausa)
5. malattie della colecisti
6. osteoartriti

Inoltre l'obesità e il sovrappeso sono associati a problemi di salute come:

- ipertensione
- ipercolesterolemia
- apnea notturna e problemi respiratori
- asma
- aumento del rischio chirurgico
- complicanze in gravidanza
- irsutismo e irregolarità mestruali
- disturbi psicologici come la depressione
- difficoltà psicologiche dovute alla stigmatizzazione sociale.

L'obesità e le malattie ad essa correlate sono prevalenti tra i gruppi con basso livello socio-economico. Infatti, è stato rilevato che i soggetti a più basso livello socio-culturale consumano più carne, grassi e carboidrati, mentre quelli a più alto reddito consumano più frutta e verdura e curano di più la loro immagine e il loro benessere fisico.

In tale quadro epidemiologico, l'OMS ha elaborato una Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute, con una serie di raccomandazioni per i governi e per tutte le parti in causa, nella quale si raccomanda un approccio multisettoriale per interventi che modifichino i comportamenti non salutari, raccomandando interventi di tipo comportamentale (per modificare lo stile di vita individuale) e sociale (per creare condizioni atte a cambiare i comportamenti individuali).

Nell'Unione Europea, la nutrizione, l'attività fisica e l'obesità rientrano come "priorità chiave" nella politica di sanità pubblica e sono incluse nel programma di azioni 2003-2008.

In Italia, il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, nell'ambito del progetto "Promuovere gli stili di vita salutari. la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" ribadisce che le conoscenze scientifiche attuali dimostrano come l'incidenza di molte patologie sia legata agli stili di vita e sottolinea il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute.

La successiva Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 ha varato l'attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, che individua l'obesità e, in particolare quella infantile, tra i problemi di salute prioritari, affidando al Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) il compito di individuare le linee operative e coordinare i piani di azione delle Regioni e Province autonome.

#### DATI: PRESENTAZIONE E DISCUSSIONE

In Italia le informazioni epidemiologiche sulla frequenza di obesità e sovrappeso sono attualmente lacunose; non esiste, infatti un sistema di sorveglianza nazionale su questo fenomeno.

L'unica fonte di dati che coinvolge tutto il territorio nazionale è l'indagine multiscopo sulle famiglie condotto dall'ISTAT, anche se numerosi sono gli studi locali, incluso quello, ancora in corso, promosso dal Ministero della Salute (Studio PASSI: vedi BOX).

Si tratta di dati riferiti, raccolti tramite questionari o interviste, mentre solo alcuni studi effettuati su campioni di popolazione regionali o aziendali riferiscono dati di sorveglianza attiva (ragazzi 11-15 anni, anziani residenti in RSA,...).

I dati disponibili sono quelli relativi all'indagine multiscopo dell'ISTAT e si riferiscono per la popolazione di età compresa tra i 6 e i 17 anni agli anni 1999-2000 (dati riferiti dai genitori, su un campione di 17.500 ragazzi), mentre per la popolazione di età uguale o superiore a 18 anni l'anno di riferimento è il 2003 (dati riferiti dai soggetti interessati, su un campione di 20.574 famiglie).

Per quanto riguarda la popolazione in età preadolescenziale e adolescenziale (6 -17 anni) sono stati adottati i valori soglia dell'International Obesity Task Force (IOTF), utilizzando il BMI, modificato da Cole. In base alla definizione di obesità infantile adottata dallo IOTF, negli anni 1999-2000, la quota di soggetti tra i 6 e i 17 anni in eccesso ponderale (in sovrappeso e obesi) è pari al 24,1 per cento (in sovrappeso circa il 20 per cento e obesi circa il 4 per cento). Si stima che il fenomeno coinvolga un milione e 700 mila ragazzi tra 6 e 17 anni, con notevoli differenze per fasce di età, per sesso e per distribuzione geografica.

Infatti, nella fascia di età 6 – 13 anni si osserva una prevalenza pari al 30,4 per cento, con picchi del 33,6 per cento per i bambini e del 34,6 per cento per le bambine di età 6 – 9 anni, contro il 14,5 per cento relativo ai soggetti di età 14 – 17 anni, mentre per tutte le fasce di età i ragazzi presentano una percentuale di eccesso ponderale (27,0 per cento) maggiore che nelle coetanee (21,2 per cento).

Per quanto riguarda la distribuzione territoriale, le regioni meridionali hanno una prevalenza più elevata (28,7 per cento) rispetto a quelle del nord (19,3 per cento).

Dai dati epidemiologici relativi alla popolazione di età uguale o superiore a 18 anni, risulta che il 33,6 per cento è sovrappeso e quasi un decimo (9,4 per cento) è obesa.

La distribuzione territoriale mostra la presenza di una percentuale di soggetti in eccesso ponderale (in sovrappeso e obesi) maggiore nell'Italia meridionale (46,5 per cento) e insulare (45,6 per cento), in particolare in Basilicata (51,8 per cento), Molise (49,5 per cento), Sicilia (48,4 per cento) e inferiore nell'Italia nord-occidentale (38,5 per cento), soprattutto in Piemonte (37,0 per cento).

La percentuale di popolazione obesa cresce con l'aumento dell'età (1,3 per cento tra i 18 e i 24 anni), raggiungendo il massimo sopra i 55 anni (14,3 per cento tra i 55 e i 64 anni e 15,7 per cento nei 65 -74enni) per diminuire nelle età più anziane (10,9 per cento negli ultrasettantacinquenni).

La condizione di sovrappeso è più diffusa tra gli uomini (42,1 per cento) rispetto alle donne (25,8 per cento), mentre per quanto riguarda la popolazione obesa la differenza si riduce (9,3 per cento degli uomini contro 8,7 per cento delle donne). Tra le donne comunque l'eccesso ponderale (sovrappeso e obesità) è rilevato in maggior percentuale tra le casalinghe (43,2 per cento) rispetto alle donne occupate (22,9 per cento), mentre questo fenomeno non si rileva in tutte le condizioni professionali degli uomini.

L'eccesso ponderale è una condizione più diffusa nella popolazione adulta con basso titolo di studio (licenza elementare o nessun titolo: 58,8 per cento) e riguarda sia gli uomini che le donne in qualsiasi fascia di età.

I dati illustrati relativi all'eccesso ponderale in Italia pongono il nostro Paese tra i primi in Europa per la presenza di soggetti in sovrappeso e obesi. In particolare il fenomeno dell'obesità in età pediatrica, fino a qualche decennio fa poco diffuso, è un dato allarmante in quanto evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età pre-adolescenziale e adolescenziale una forte capacità predittiva dello stato di obesità in età adulta.

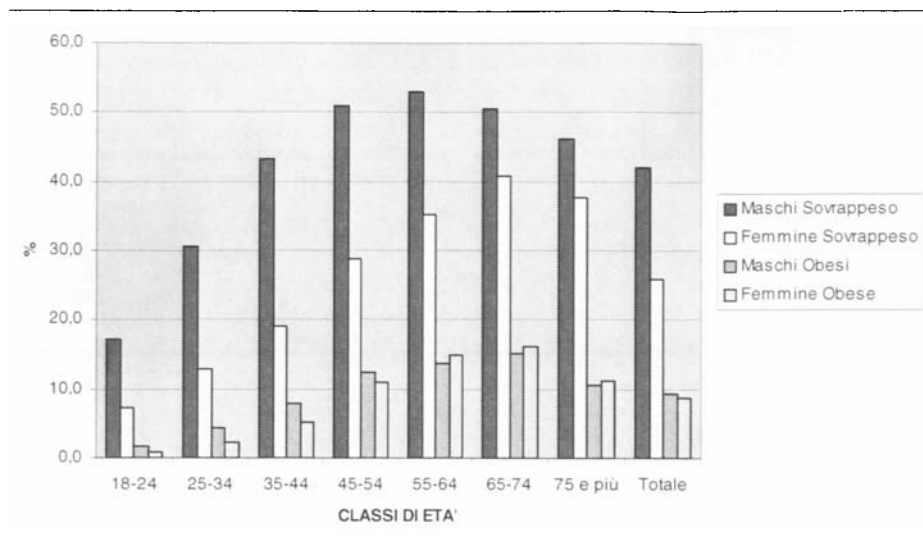
**Tavola 1 - Percentuale della popolazione italiana di età uguale/superiore a 18 anni in sovrappeso e obesa per regione - Anno 2003**

| REGIONI               | Sovrappeso  | Obesi      |
|-----------------------|-------------|------------|
| Piemonte              | 29,4        | 7,6        |
| Valle d'Aosta         | 32,7        | 9,0        |
| Lombardia             | 31,1        | 8,0        |
| Trentino-Alto Adige   | 30,9        | 7,3        |
| <i>Bolzano-Bozen</i>  | <i>30,8</i> | <i>8,2</i> |
| <i>Trento</i>         | <i>31,0</i> | <i>6,5</i> |
| Veneto                | 33,2        | 9,0        |
| Friuli-Venezia Giulia | 34,5        | 9,3        |
| Liguria               | 31,2        | 7,8        |
| Emilia-Romagna        | 33,5        | 10,3       |
| Toscana               | 31,0        | 9,4        |
| Umbria                | 35,0        | 9,6        |
| Marche                | 35,3        | 9,0        |
| Lazio                 | 33,1        | 8,2        |
| Abruzzo               | 37,1        | 9,7        |
| Molise                | 36,3        | 13,2       |
| Campania              | 37,1        | 9,8        |
| Puglia                | 34,8        | 10,0       |
| Basilicata            | 41,6        | 10,2       |
| Calabria              | 37,3        | 9,7        |
| Sicilia               | 38,8        | 9,6        |
| Sardegna              | 29,6        | 7,8        |
| <b>Italia</b>         | <b>33,6</b> | <b>9,0</b> |

Fonte: ISTAT Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" – Anno 2003

Le regioni dall'Italia meridionale presentano la maggior prevalenza di soggetti pre-obesi e obesi rispetto alle regioni nord-occidentali

Grafico 1 Percentuale della popolazione italiana di età uguale/superiore a 18 anni in sovrappeso e obesa per sesso e classe d'età – anno 2003



Fonte: ISTAT Indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" – Anno 2003

Gli uomini in sovrappeso si presentano in percentuale maggiore rispetto alle donne, mentre per la condizione di obesità non vi sono differenze significative tra i due sessi.

#### INDICAZIONI PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

L'obesità e le patologie croniche ad essa associate costituiscono un grave problema di salute e hanno un significativo impatto economico sul sistema sanitario e nazionale. Si stima che il costo dell'obesità si avvicina a 30 milioni di euro l'anno per perdita di produttività e cure delle complicanze cliniche correlate.

La lotta all'obesità, data la complessità di fattori che intervengono nella sua genesi, è un obiettivo di salute che deve essere perseguito attraverso un'azione intersettoriale che coinvolga e crei alleanze tra i vari attori interessati.

Pertanto sono state elaborate strategie a livello della Regione Europea dell'OMS per contrastare l'avanzare del fenomeno (Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health 2004). Nel settembre 2005 l'OMS - Regione Europea ha iniziato un percorso per concordare tra tutti gli stati membri un documento comune per la lotta all'obesità.

L'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005, con l'allegato Piano Nazionale di Prevenzione 2005-2007, ha recepito tale indirizzo, favorendo da un lato la programmazione regionale attraverso l'opera di coordinamento e di valutazione del CCM e dall'altro con progetti CCM di ampio respiro a valenza nazionale.

L'esigenza di creare un cambiamento culturale che conduca a una riduzione dell'introito calorico e a una vita fisicamente più attiva implica la necessità di orientare le principali politiche a livello locale e regionale per creare le condizioni che favoriscano e incrementino tale cambiamento, che vanno dal creare un ambiente urbano che incoraggia l'attività fisica a quelle che favoriscono il consumo di frutta e verdura.

In alcune realtà regionali, l'attenzione e la sensibilità di amministratori e operatori di sanità pubblica e dei vari settori coinvolti hanno dato vita a iniziative e progetti interessanti che potrebbero essere adottati a livello nazionale. In alcune ASL, ad iniziativa dei SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) o di altre strutture aziendali, sono iniziati progetti di educazione alimentare nelle scuole sia per gli alunni che per gli insegnanti che per gli operatori del settore alimentare. Altri progetti locali hanno riguardato la formulazione di linee guida per la ristorazione scolastica ed esperienze di controllo dei menù scolastici (Friuli Venezia Giulia, Veneto e Lombardia ad esempio) e di diversificazione dei pasti, anche attraverso i controlli dei menù e la sorveglianza nutrizionale nelle RSA per anziani (Lombardia, Lazio). Inoltre, attraverso operazioni di marketing sociale, tramite la distribuzione automatica degli alimenti, sono state coinvolte le associazioni di settore (Emilia-Romagna).

Inoltre molte Regioni hanno iniziato programmi di sorveglianza e di educazione sanitaria coinvolgendo anche i medici di famiglia (Emilia-Romagna, Puglia) e favorendo l'attività motoria con varie iniziative ("a scuola a piedi")

Pertanto, a partire anche dall'esperienza di tali progetti, è quanto mai necessario che la pianificazione e l'attuazione degli interventi per il contrasto all'obesità debba avvenire a vari livelli delle amministrazioni pubbliche e prevedere il coinvolgimento di un ampio numero di attori, quali gli amministratori locali, la famiglia, la scuola, i servizi sanitari e sociali, i medici di famiglia, le associazioni del volontariato, i mass media, le associazioni del terziario, i centri riabilitativi e terapeutici, le strutture residenziali, i club sportivi e sociali.

La strategia delineata dovrebbe essere quella di favorire alleanze istituzionali tra i vari Ministeri interessati, Regioni, Istituzioni scientifiche e amministrative per attivare una serie di iniziative e interventi nei vari settori interessati.

Contestualmente dovrebbe essere favorita la creazione di una rete tra professionisti della sanità pubblica, medici di famiglia, nutrizionisti che sviluppino progetti di formazione, sorveglianza e prevenzione dell'obesità.

## **RISULTATI DI ALTRE RICERCHE**

### **Studio PASSI**

Lo studio PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), promosso da CCM, Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Regioni, è stato commissionato da Ministero della Salute e Regioni al gruppo Profea (Programma di Formazione in Epidemiologia Applicata) del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS per testare metodo ed applicabilità di una raccolta di dati locali su fattori di rischio comportamentali e risultati di specifici programmi di Sanità Pubblica. Ciò al fine di verificare la fattibilità di un futuro sistema di sorveglianza permanente su questi temi, interno al Sistema Sanitario e in grado di fornire informazioni e a livello di Azienda Sanitaria.

Una sezione del questionario utilizzato nell'indagine è finalizzata ad indagare le caratteristiche ponderali degli individui, tramite interviste telefoniche su un campione di popolazione di età 18-69 anni  
I dati sono in corso di elaborazione.

### **Studio HBSC**

Lo studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children – Comportamenti collegati alla salute in ragazzi in età scolare), cui un'équipe italiana ha aderito, è uno studio multicentrico internazionale svolto in collaborazione con l'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa, che è attivo dal 1982 e che attualmente coinvolge 36 paesi europei ed alcuni extraeuropei. Lo strumento utilizzato per la raccolta delle informazioni è un questionario elaborato da un'équipe multidisciplinare, auto-compilato e anonimo, somministrato nelle scuole con il sostegno degli insegnanti, somministrato nelle scuole con il sostegno degli insegnanti, a ragazzi di 11-15 anni.  
I dati sono in corso di elaborazione.

### **Progetto Cuore**

Nell'ambito del progetto Cuore (vedi anche "Le malattie cardiovascolari e cerebrovascolari"), una linea di ricerca è dedicata alla valutazione della distribuzione dei fattori e delle condizioni a rischio cardiovascolare, tra i quali l'obesità, in campioni di popolazione rappresentativi della popolazione italiana. L'obiettivo è stato realizzato mediante la costituzione, nel 1998, dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare (OEC), frutto di una collaborazione fra Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri (ANMCO), e costituito da una rete di 51 centri ospedalieri pubblici (divisioni, servizi o centri di riabilitazione), dislocati in modo omogeneo su tutto il territorio italiano.

Il peso e l'altezza sono stati misurati con la persona vestita con abiti leggeri: per l'altezza è stato utilizzato lo statimetro a muro, per il peso la bilancia da terra. I dati sono stati conglobati nell'indice di massa corporea ( $IMC = \text{peso in kg} / \text{altezza in metri al quadrato}$ ). In questa analisi le persone con un indice di massa corporea uguale o maggiore a 30  $\text{kg/m}^2$  sono state classificate come obese.

L'arruolamento del campione è stato realizzato con la Procedura suggerita nel manuale delle operazioni del progetto Cuore.

## **BOX COMMISSIONI/STUDI MINISTERIALI**

Comitato per il contrasto all'obesità  
Progetti CCM

1. Programmi efficaci per la prevenzione dell'obesità: il contributo dei SIAN (convenzione Regione Toscana)
2. Buone pratiche per l'alimentazione e l'attività fisica in età prescolare: promozione e sorveglianza (convenzione Regione Friuli Venezia Giulia)
3. Promozione dell'attività fisica (azioni per una vita in Salute) (convenzione Regione Emilia Romagna)

## **3. LE RISPOSTE DEL SERVIZIO SANITARIO**

### **3.1 Prevenzione e promozione della salute. Indicazioni per le politiche sanitarie**

Sulla base della situazione epidemiologica descritta nel capitolo 2, il Ministero della Salute ha avviato una serie di iniziative e di progetti mirati ad affrontare le patologie più frequenti e con maggiore peso sociale ed economico, si con lo scopo di dare precise indicazioni di programmazione, sia con lo scopo di diffondere la cultura della prevenzione. Queste misure vengono illustrate nel presente capitolo.

### 3.1.1 Malattie infettive

#### Indicazioni per la programmazione

La normativa di base per la prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS, è rappresentata dalla legge 135 del 1990, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale dell'8 giugno 1990.

La legge definiva gli interventi di programmazione sanitaria per garantire la migliore assistenza ai pazienti affetti da infezione da HIV e AIDS, attraverso l'adeguamento strutturale delle Unità Operative di Malattie Infettive, la formazione del personale sanitario, la lotta allo stigma sociale mediante campagne di sensibilizzazione pubblica.

Attualmente il Ministero della Salute ha promosso, in collaborazione con le Regioni, la valutazione dello stato di attuazione della legge alla luce della nuova realtà epidemiologica dell'infezione da HIV/AIDS e di altre malattie infettive riemergenti come la tubercolosi e le malattie sessualmente trasmesse.

L'epidemiologia dell'infezione da HIV/AIDS ha subito notevoli modificazioni negli ultimi dieci anni, risulta necessario continuare a implementare il sistema di sorveglianza nazionale delle nuove infezioni da HIV per poter definire le strategie preventive nei diversi ambiti epidemiologici che risultano a maggior rischio in modo tempestivo.

Nell'ambito della prevenzione, le autorità europee hanno stabilito i punti chiave del programma di azione per la lotta contro l'AIDS, nonché le raccomandazioni per la conduzione di campagne informative mirate e i target specifici da raggiungere.

L'Italia ha condiviso tali indicazioni e ne consegue che sarà necessario continuare ad informare sui metodi di prevenzione della trasmissione sessuale (omo ed eterosessuale) e promuovere il test HIV e l'adeguato counselling pre e post test. L'informazione efficace dovrà prevedere il coinvolgimento delle Regioni e Province Autonome, delle Associazioni di lotta contro l'AIDS, delle multi etnie presenti sul territorio nazionale e il ricorso alla educazione tra pari (peer education).

Risulta necessario continuare ad assicurare la formazione degli operatori sanitari anche riguardo alle problematiche psico-sociali del paziente sieropositivo.

E' necessario implementare le strutture extraospedaliere e il rapporto ospedale-territorio nelle varie realtà regionali, al fine di garantire l'assistenza extraospedaliera del paziente cronico che in numero sempre più crescente ricorre all'assistenza ambulatoriale e in day-hospital.

### 3.1.2 Apparato cardiovascolare

#### Indicazioni per la programmazione (aspetti di politica sanitaria)

##### Progetto Cuore

La Legge 138 del 2004 "Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica" ha istituito presso il Ministero della Salute il Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM).

Il CCM sta sviluppando, sull'esempio di analoghe esperienze internazionali, una rete di sorveglianza, intelligence e reazione rapida contro attuali o potenziali pericoli per la salute, predisponendo piani operativi, con un avanzato livello di dettaglio.

Per realizzare quanto sopra sono stati istituiti Comitati Scientifici di progetto all'interno del CCM, tra i quali, uno si occupa in modo specifico della prevenzione del rischio cardiovascolare attraverso la realizzazione del Progetto Cuore.

Il progetto "Cuore" è finalizzato a ridurre il rischio cardiovascolare nella popolazione sana e si articola in tre aree progettuali: prevenzione individuale, prevenzione di comunità e sorveglianza.

La prevenzione individuale mira a migliorare l'insieme degli interventi che un operatore sanitario, primo fra tutti il medico generale, può effettuare nell'ambito del rapporto con la persona che assiste, per ridurre il rischio cardiovascolare.

In quest'area, il piano operativo del progetto "Cuore" ha come obiettivo la diffusione della carta e del punteggio del rischio cardiovascolare.

La carta per il calcolo del rischio cardiovascolare permette di stimare la possibilità di andare incontro a malattia cardiovascolare nel corso degli anni successivi (5/10), ha come obiettivo la stratificazione del rischio all'interno della popolazione sana di età compresa tra i 35 ed i 69 anni. Permette di identificare soggetti a basso, moderato ed elevato rischio e attivare, a seconda della categoria, azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili. Propone una strategia di cambiamento che parte da modifiche dello stile di vita sino all'intervento di tipo farmacologico.

L'introduzione di questa misura è tesa a migliorare l'accuratezza diagnostica, nelle persone che non hanno una malattia cardiovascolare clinicamente manifesta, ma possono essere affette da condizioni quali ipertensione, ipercolesterolemia, abitudine al fumo, obesità che aumentano il rischio cardiovascolare. La stima del rischio globale assoluto è una tecnologia medica che consente di misurare in modo corretto il rischio di un evento cardiovascolare maggiore (infarto del miocardio o ictus cerebrale), a partire da una molteplicità di fattori: pressione arteriosa, glicemia, colesterolemia, fumo, oltre all'età ed al sesso. Questa valutazione è tipicamente, eseguita nell'ambito del rapporto tra l'individuo ed il proprio medico di famiglia (o altro operatore sanitario) che è in grado sia di proporre trattamenti volti a ridurre il rischio, sia di monitorare il rischio nel tempo.

Per questo è necessario sensibilizzare i medici, in primo luogo i Medici di Medicina Generale, riguardo l'importanza della prevenzione cardiovascolare, che si attua attraverso la modifica degli stili di vita.

E', ancora, necessario che i medici siano aggiornati e formati riguardo alla stima del rischio globale assoluto ed al trattamento, farmacologico e non farmacologico, dei fattori di rischio.