

1.7. Riduzione dei fattori di rischio

1.7.1. Introduzione

Malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie e diabete, secondo i più recenti dati dell'OMS, sono responsabili della maggior parte delle morti, delle sofferenze e dei costi sanitari nel mondo. Si tratta di malattie croniche che hanno in comune alcuni fattori di rischio (fumo, abuso di alcool, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, sedentarietà) accomunati dall'essere legati, in gran parte, a comportamenti individuali non salutari modificabili, ma condizionati dal contesto economico, sociale e ambientale in cui si vive e si lavora. L'attenzione dell'OMS, nell'ultimo decennio, per esempio attraverso il Piano d'azione OMS 2008-2013, si è fortemente concentrata sulla necessità di definire strategie efficaci per la prevenzione delle patologie croniche, con particolare riguardo ai “determinanti della salute”, favorendo l'attuazione di adeguate politiche “intersettoriali” a livello nazionale, regionale e locale e lo sviluppo di interventi per ridurre i principali fattori di rischio modificabili. Il programma “Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari”, promosso dal Ministero della Salute e approvato con Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 4 maggio 2007, sviluppa un analogo approccio strategico, in un'ottica intersettoriale, al fine di diffondere e facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sulla salute della popolazione, agendo sui principali fattori di rischio nel nostro Paese, attraverso forti investimenti nel campo della prevenzione e interventi il più possibile trasversali e multisettoriali, con il coinvolgimento di molti altri soggetti istituzionali e della società civile. Un recente rapporto dell'OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico) analizza, in particolare, le dimensioni e le caratteristiche dell'attuale epidemia di obesità e gli effetti di programmi di prevenzione, mettendo a confronto dati provenienti da 11 Paesi. Dallo studio emerge che interventi governativi, basati sull'impiego di strumenti normativi o fiscali, potrebbero risultare più efficaci, ma avrebbero costi politici e sociali potenzialmente elevati, oltre a poter determinare effetti regressivi. I Governi, però, possono facilitare l'accesso a scelte salutari e informare ed educare i cittadini per rendere più attraenti le opzioni salutari. Questo approccio “discreto” può essere costoso e difficile da realizzare, ma il settore privato, compresi i datori di lavoro, l'industria alimentare, l'industria farmaceutica e l'industria dello sport possono avere un ruolo importante. Combinare diversi interventi in una strategia di prevenzione rivolta a diverse fasce d'età e gruppi a rischio, pertanto, può essere una soluzione efficace e a costi sostenibili, garantendo un guadagno di salute molto superiore rispetto a singoli interventi. L'obiettivo primario della prevenzione è migliorare la salute e l'aspettativa di vita e lo studio dell'OCSE dimostra che questo obiettivo è possibile attraverso approcci complementari in cui le strategie di massa (campagne di promozione della salute, forme di regolamentazione) sono accompagnate da strategie mirate ai soggetti a rischio (anche se le strategie valutate possono ridurre la spesa sanitaria nell'ordine dell'1%). Le conclusioni dell'OCSE, riguardo la prevenzione dell'obesità, suggeriscono che, per la prevenzione delle malattie croniche, la soluzione da perseguire è un approccio “*multi-stakeholder*”, in cui i Governi devono mantenere il controllo complessivo delle iniziative di prevenzione e allo stesso tempo incoraggiare l'impegno e il contributo del settore privato. Tale approccio è, dunque, analogo a quello sviluppato dal programma “Guadagnare salute”, che investe nella prevenzione attraverso un approccio innovativo alla “salute”, ritenuta non più responsabilità solo del sistema sanitario, ma obiettivo prioritario di tutto il Paese, a livello di Governo, centrale e periferico. La “Piattaforma nazionale su alimentazione, attività fisica e tabagismo”, composta da rappresentanti delle Amministrazioni cen-

trali, delle Associazioni di categoria della filiera alimentare, delle Associazioni dei consumatori e delle Organizzazioni sindacali, per esempio, è stata istituita, presso il Ministero della Salute quale sede d'incontro fra tutte le Istituzioni, le Associazioni e gli organismi interessati, dove concertare e proporre interventi intersettoriali a favore della salute di tutti i cittadini; essa rappresenta un elemento importante per il conseguimento degli obiettivi del programma "Guadagnare salute".

1.7.2. Rappresentazione dei dati

Sovrappeso. I dati Istat (Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2009) rivelano che sta aumentando la percentuale di coloro che sono in sovrappeso (dal 35,5% del 2008 al 36,1% del 2009) o obesi (dal 9,9% del 2008 al 10,3% del 2009).

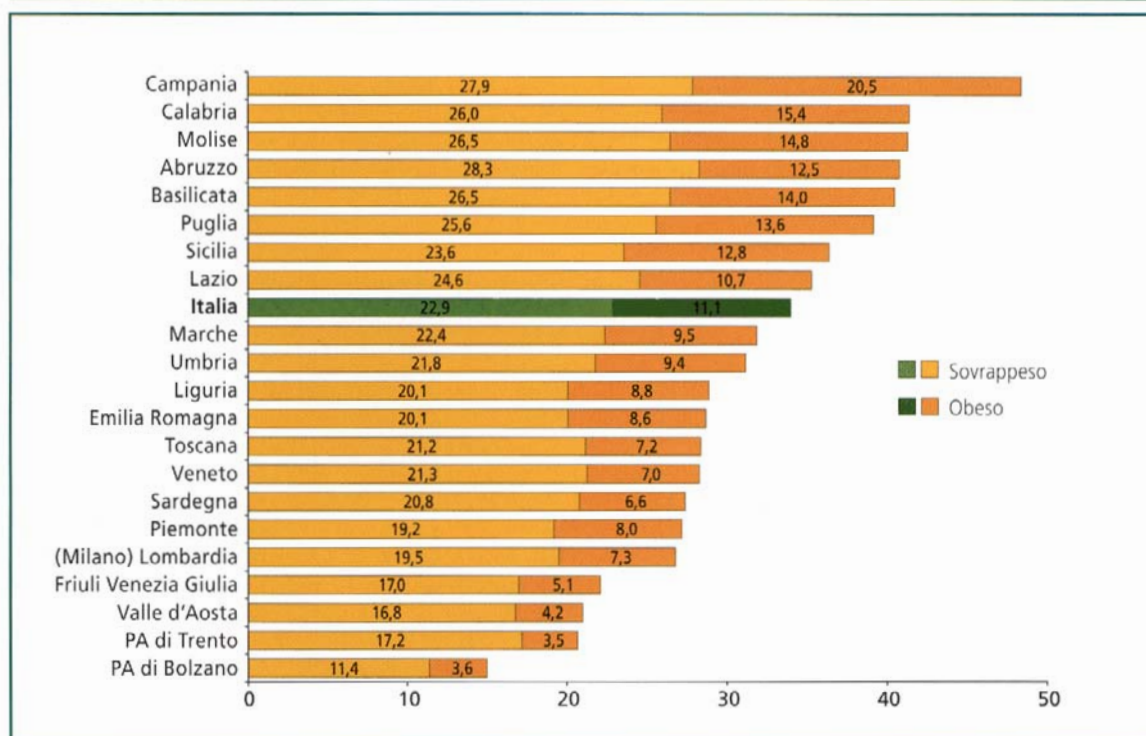
La percentuale di popolazione obesa o sovrappeso cresce al crescere dell'età: dal 19% tra i 18-24 anni a oltre il 60% tra i 55-74 anni, per poi diminuire lievemente tra gli anziani (55,9% tra gli ultrasettantacinquenni). La condizione di sovrappeso è più diffusa tra gli uomini (45,2% contro il 27,75% delle donne). Per l'obesità le differenze sono minori (11,3% degli uomini e 9,3% delle donne). Il programma PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) conferma che l'eccesso ponderale è associato in maniera statisticamente significativa all'età, ma anche al sesso, al livello di istruzione e alla situazione economica percepita. Secondo i dati raccolti nel 2009, circa 3 adulti su 10 (32%) sono in sovrappeso, mentre 1 su 10 è obeso (11%); complessivamente, quindi, circa 4 adulti su 10 (42%) sono in eccesso ponderale. Il programma PASSI ha inoltre evidenziato differenze statisticamente significative nel confronto inter-regionale, con un gradiente Nord-Sud; la PA di Trento è il territorio con la percentuale più bassa di persone in sovrappeso o obese (35%), mentre la Calabria è l'area con la percentuale più alta (51%). Nell'ambito del sistema di sorveglianza sui giovani in età scolare dai 6 ai

17 anni, nel 2010 è stata realizzata la seconda rilevazione dati di "OKkio alla SALUTE", che ha coinvolto 2.416 classi terze della scuola primaria, distribuite in tutta Italia, per un totale di 42.155 alunni. I dati raccolti hanno confermato i risultati della rilevazione del 2008, evidenziando livelli preoccupanti di eccesso ponderale: il 22,9% dei bambini misurati è risultato in sovrappeso e l'11,1% in condizioni di obesità. È evidente un'accentuata variabilità inter-regionale, con percentuali tendenzialmente più basse nell'Italia Settentrionale e più alte nel Sud (dal 15% di sovrappeso e obesità nella PA di Bolzano al 48% in Campania). Estrapolando le stime all'intera popolazione di alunni della scuola primaria, il numero di bambini in eccesso ponderale sarebbe pari a circa 1 milione e 100.000, di cui quasi 400.000 obesi (Figura 1.8).

Lo studio multicentrico internazionale *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) ha raccolto, nel 2010, informazioni sui comportamenti a rischio e gli stili di vita degli adolescenti tra gli 11 e i 15 anni, su un campione nazionale di 77.113 ragazzi. Lo studio ha evidenziato che (in base a peso e altezza autoriferiti) la frequenza dei ragazzi in sovrappeso/obesi va dal 29,3% nei maschi e dal 19,5% nelle femmine undicenni al 25,6% nei maschi e al 12,3% nelle femmine di 15 anni. Sono, dunque, soprattutto i maschi a essere in sovrappeso o obesi, mentre i livelli di sovrappeso/obesità diminuiscono, in entrambi i sessi, al crescere dell'età. Per quanto concerne in particolare gli obesi, si nota una diminuzione di circa 2 punti percentuali per i maschi, dagli 11 ai 15 anni (da 6,0% a 4,0%), mentre si riscontra una diminuzione di 1 punto percentuale nelle femmine della stessa età (dal 2,4% all'1,4%). Le Regioni del Centro-Sud Italia sembrano presentare la maggiore percentuale di ragazzi e ragazze in sovrappeso e, soprattutto, obesi.

Fumo. Vedi Capitolo 2.2 in "I determinanti della salute".

Alcool (vedi anche Capitolo 2.4 in "I determinanti della salute" e Capitolo 2.11 in "Le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazio-

Figura 1.8. Sovrappeso e obesità per Regione, bambini di 8-9 anni della 3^a primaria.

Fonte: Istituto Superiore di Sanità: Report Indagine "OKkio alla SALUTE 2010" – 2010.

nale"). I dati più recenti del nostro Paese confermano la trasformazione che nell'ultimo decennio ha progressivamente allontanato la popolazione, soprattutto i giovani e i giovani adulti, dal tradizionale modello di consumo mediterraneo, basato su consumi quotidiani e moderati, con prevalenza del vino. L'Istat ha rilevato per il decennio 1999-2009 sia la riduzione dei consumatori di solo vino e birra (–50,5% tra i 14-17enni, –31,5% tra i 18-24enni e –14,1% tra i 25-44enni), sia l'aumento della percentuale di chi consuma, oltre a vino e birra, altri alcolici, quali aperitivi, amari e superalcolici (+18,5% tra i 14-17enni, +12,3% tra i 18-24enni e +1,9% tra i 25-44enni). Nel decennio si rileva contestualmente un crescente aumento della percentuale di consumatori fuori pasto, che nel 2009 rappresenta il 25,4% della popolazione di età superiore a 11 anni (circa 13.592.000 persone), con una marcata differenza di genere (maschi = 36,4%; femmine = 15,3%). Particolarmente rilevante l'incremento del consumo fuori pasto tra le donne, pari secondo l'Istat al 23,6%. Si sono ormai stabilmente diffuse

nel nostro Paese modalità di bere di importazione nordeuropea come il *binge drinking*, che implica il consumo di numerose unità alcoliche (5-6 o più) in un breve arco di tempo, praticato nel 2009 dal 12,4% degli uomini e dal 3,1% delle donne. Accanto ai rischi derivanti dalle nuove abitudini di consumo permangono quelli derivanti dal consumo tradizionale, con riferimento soprattutto alla popolazione anziana, che frequentemente non si attiene alle indicazioni di moderazione specifiche per l'età. Secondo l'ISS, nella popolazione di oltre 65 anni il 44,7% dei maschi e l'11,3% delle femmine hanno presentato consumi a rischio nel 2009, per un totale di circa 3 milioni di persone. Complessivamente, il 15,8% degli italiani al di sopra degli 11 anni ha avuto almeno un comportamento di consumo a rischio nel 2009, il 25% fra i maschi e il 7,3% fra le femmine. Si tratta di circa 8 milioni e mezzo di persone di tutte le fasce di età, fra le quali vanno segnalati, in particolare, circa 475.000 minori al di sotto dell'età legale che bevono in un'età in cui i consumi dovrebbero essere pari a 0.

1.7.3. Valutazione critica

Sovrappeso (vedi anche Capitolo 2.3 in “I determinanti della salute”). Sovrappeso e obesità sono, dunque, problemi di sanità pubblica la cui soluzione impone forti investimenti nel campo della prevenzione e interventi il più possibile trasversali e multi-settoriali, con il coinvolgimento di molti soggetti istituzionali e della società civile, per facilitare negli individui scelte e comportamenti adeguati, attraverso azioni regolatorie, modifiche ambientali, nonché promuovendo l'educazione, l'informazione e la comunicazione quali strumenti di “*empowerment*”.

Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2003-2005 aveva già sottolineato il ruolo dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute. Il nuovo PSN 2011-2013, in via di definizione, ribadisce che la salute è un bene collettivo da conquistare e tutelare attraverso l'integrazione fra le azioni che competono alle Istituzioni e alla Società, ponendo attenzione non solo agli aspetti specificatamente sanitari, secondo i principi della “Salute in tutte le politiche” (*Health in all policies*), come promossa dall'OMS e dall'UE. Il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2012 approvato con Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010, prevede, in continuità con il precedente, diverse linee di intervento da attuarsi a livello regionale, nell'ottica di un approccio integrato al contrasto dei fattori di rischio correlati alle malattie croniche, tra cui la prevenzione dell'obesità. Secondo l'approccio intersettoriale proprio del programma “Guadagnare salute”, attraverso le Intese siglate tra il Ministro della Salute, altri Dicasteri ed Enti e Associazioni della società civile, sono state attivate numerose e articolate attività, finalizzate alla promozione di comportamenti salutari. In particolare, l'Intesa con il Dipartimento della Gioventù ha consentito di realizzare azioni per la prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare e per la promozione del movimento in tutte le età della vita; con il Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali (MIPAAF)

viene condiviso il sostegno alla dieta mediterranea, alla tradizione agroalimentare italiana e a un maggiore consumo di frutta e verdura; gli accordi con il settore privato promuovono, in particolare con le Associazioni di categoria della filiera alimentare e del commercio, un maggiore impegno non solo nel garantire la sicurezza alimentare, ma anche nell'adeguare i prodotti alle esigenze di una sana alimentazione, attraverso la riformulazione di alcuni prodotti (riduzione del sale e riduzione/eliminazione degli acidi grassi “trans”) e per una maggiore attenzione alla salute nella divulgazione pubblicitaria. Il programma “Guadagnare salute”, inoltre, ha stabilito un'alleanza con il mondo della scuola, attraverso un protocollo d'intesa con il Ministero dell'Istruzione. La scuola, infatti, insieme alla famiglia, è il luogo in cui ogni individuo, fin dai primi anni di vita, è aiutato e guidato nella sua formazione, non solo sotto l'aspetto didattico-contenutistico, ma anche come persona e cittadino. Con la scuola sono state condivise e sviluppate molte attività, dalla sensibilizzazione degli operatori, secondo la metodologia della “Ricerca-Azione” attraverso il Progetto “Scuola e Salute”, alla sperimentazione di interventi educativi su alcune principali aree tematiche (alimentazione e attività fisica, fumo e dipendenze, igiene orale). Per consentire ai bambini e agli adulti di acquisire conoscenze e competenze per adottare uno stile di vita salutare, in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione e con il contributo dell'ISS e dell'INRAN sono stati realizzati, partendo dai dati di OKkio alla SALUTE, diversi materiali didattici informativi con i quali attuare iniziative di educazione e promozione della salute, sia all'interno della scuola sia in contesti extrascolastici. Il kit didattico multimediale “Forchetta e Scarpetta”, rivolto ai bambini della scuola primaria, affronta i temi della sana alimentazione e del movimento. Il corredo coordinato di comunicazione “Canguro SaltalaCorda” comprende un “totem” e un poster interattivo per le scuole e un poster per gli ambulatori pediatrici, per coinvolgere i genitori. Il materiale didattico

“iDentiKIT” affronta in modo intersettoriale e multidisciplinare la prevenzione delle patologie del cavo orale.

Fumo. A seguito della realizzazione di alcuni progetti del Ministero della Salute/CCM coordinati dalla Regione Emilia Romagna, nel 2009, tutte le Regioni e le PA risultano aver inserito la lotta al tabagismo in atti d'indirizzo per la promozione della salute o all'interno di documenti più generali e hanno, di conseguenza, sviluppato interventi di prevenzione e cura a livello aziendale, in un'ottica di rete locale.

Per ridurre la prevalenza di giovani fumatori, sono stati promossi dal Ministero della Salute/CCM alcuni progetti, identificati come “buone pratiche”, che, come raccomanda anche il *Center for Disease Control and Prevention* di Atlanta (USA), sviluppano la prevenzione del tabagismo dalla scuola dell'infanzia e fino alla scuola secondaria di secondo grado. Negli anni scolastici 2008-2009 e 2009-2010, 16 e 15 Regioni rispettivamente (con il coordinamento del Veneto) hanno aderito ad almeno uno dei progetti proposti e 15 Regioni hanno partecipato al progetto Europeo “*Smoke Free Class Competition*”, rivolto alle scuole secondarie di primo grado e secondo grado, con un totale di oltre 18.000 studenti coinvolti, per anno scolastico.

Il programma nazionale “Mamme libere dal fumo”, finalizzato a favorire la disassuefazione delle donne fumatrici, in particolare nel periodo gestazionale e puerperale, ha consentito la formazione al counseling motivazionale antitabagico di ostetriche e professioniste selezionate da tutte le Regioni. Sono in corso di svolgimento, nelle diverse Regioni, le attività di formazione locale da parte delle operatrici formate; il progetto prevede, inoltre, l'effettuazione dell'intervento di counseling alle donne fumatrici in gravidanza, con distribuzione dei materiali di supporto informativo – prodotti in diverse lingue – e la valutazione dell'impatto a un anno dal parto.

Alcool. Dopo l'approvazione della Legge 125 del 30 marzo 2001 “Legge quadro in

materia di alcool e problemi alcolcorrelati” si è progressivamente accresciuta anche nelle Regioni e PA l'attenzione per l'alcool quale fattore di rischio per la salute e la sicurezza. Attualmente tutte le Regioni contemplano il contrasto ai danni alcolcorrelati nell'ambito dei loro più importanti atti programmatori ed è stato creato uno specifico sottogruppo tecnico di coordinamento inter-regionale per l'alcolologia nell'ambito della Commissione degli Assessori Regionali alla Salute della Conferenza Stato-Regioni.

Dal monitoraggio delle attività regionali in attuazione della Legge 125/2001, che il Ministero della Salute cura per la Relazione annuale del Ministro al Parlamento, è possibile rilevare il crescente impegno delle Regioni nelle attività di prevenzione, soprattutto in relazione alla guida e ai contesti del divertimento giovanile, con un sempre maggiore coinvolgimento del mondo scolastico per interventi destinati a studenti, insegnanti e genitori. Attiva è anche su questi temi la collaborazione con le forze di Polizia Stradale e le associazioni del settore del divertimento giovanile. Secondo la rilevazione annuale del Ministero della Salute, l'83,7% dei servizi alcolologici territoriali ha effettuato attività di prevenzione nel 2008, con valori sostanzialmente simili nelle varie Regioni (*Tabella 1.7*). Per promuovere l'implementazione del Piano Nazionale Alcool e Salute (PNAS), adottato nel 2007, concordato con le Regioni e approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, sono stati promossi e realizzati alcuni progetti nazionali strategici per il sostegno e l'orientamento delle politiche alcolologiche nelle Regioni, che hanno riguardato, in particolare, il monitoraggio dell'uso e abuso di alcool e delle politiche di contrasto e la diffusione della metodologia dell'intervento breve secondo il percorso validato e standardizzato nel progetto europeo PHEPA (*Primary Health Care European Project on Alcohol*). La prevenzione dei danni alcolcorrelati trova uno spazio specifico anche nel PNP 2010-2012, sia in relazione agli interventi da attuare da parte delle Regioni, sia per le azioni di supporto centrale da attivare da

Tabella 1.7. Percentuale di servizi alcologici o gruppi di lavoro che hanno svolto funzioni di prevenzione (Anno 2008)

Regione	Attività di prevenzione (%)
Piemonte	93,1
Valle d'Aosta	100,0
Lombardia	89,7
PA di Bolzano	100,0
PA di Trento	100,0
Veneto	92,3
Friuli Venezia Giulia	100,0
Liguria	100,0
Emilia Romagna	-
Toscana	100,0
Umbria	62,5
Marche	100,0
Lazio	81,8
Abruzzo	100,0
Molise	100,0
Campania	93,8
Puglia	87,5
Basilicata	100,0
Calabria	-
Sicilia	100,0
Sardegna	-
Italia	83,7

Fonte: Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30 marzo 2001 n. 125. 13 dicembre 2010.

parte del Ministero. Gli obiettivi da raggiungere riguardano la riduzione delle diverse categorie di consumatori di alcool a rischio, quali i consumatori fuori pasto, i consumatori di quantità giornaliera non compatibili con una buona salute, i “*binge drinkers*”, i consumatori che guidano dopo aver bevuto alcool, i consumatori all'interno dei luoghi di lavoro. La Legge 125/2001 consente al Ministero, tramite uno specifico stanziamento di fondi, di attivare attività di informazione e comunicazione per il contrasto del consumo dannoso di alcool. La campagna più recente è stata finalizzata a promuovere nei ragazzi più giovani una riflessione critica sugli effetti dannosi

dell'abuso di alcool, soprattutto in relazione ai pericoli dell'assunzione prima della guida. L'annuale *Alcohol Prevention Day*, curato dall'ISS, costituisce, inoltre, un momento di incontro e di sintesi del dibattito scientifico, sanitario e sociale sul tema alcool. In collaborazione con il Centro di documentazione dell'Osservatorio Nazionale Alcool dell'ISS, il Ministero cura la produzione di materiali informativi, cui è attribuito il logo di “Guadagnare Salute”. Il materiale prodotto nel 2010 ha avuto come target adolescenti, donne, famiglie, responsabili della programmazione e delle politiche sanitarie ai vari livelli. Di particolare rilievo sono state le nuove norme finalizzate a promuovere la sicurezza stradale (Legge 160 del 2 ottobre 2007; Legge 120 del 29 luglio 2010) che hanno introdotto alcuni divieti o obblighi relativi al tasso alcolemico di giovani, neopatentati e trasportatori professionisti, alla vendita e somministrazione di bevande alcoliche nelle autostrade, agli orari di somministrazione di bevande alcoliche nei locali, alla disponibilità di apparecchi per la misurazione volontaria del tasso alcolemico all'uscita dei locali, all'obbligo di esporre nei locali apposite tabelle orientative per conoscere il tasso alcolemico raggiunto e riconoscere i sintomi correlati all'abuso. Tali misure hanno un'importante valenza non solo sul piano della salute e sicurezza, ma anche sul piano culturale, contribuendo a far emergere nella coscienza collettiva gli aspetti dell'alcool in quanto fattore di rischio. Nell'ambito del programma “Guadagnare salute”, in attuazione del Protocollo d'Intesa tra la LegaCoop e il Ministero della Salute, COOP-Italia e “Cooperative di Consumatori Associate” hanno sviluppato interventi di sensibilizzazione sui rischi derivanti da un consumo eccessivo e/o non responsabile di bevande alcoliche, comprendenti l'apposizione di avvertenze per la salute sui prodotti a marchio COOP, l'affissione di specifica cartellonistica in apposite aree di 600 punti vendita in tutta Italia (tranne Valle d'Aosta, Molise, Calabria e Sardegna) e l'attuazione di una politica aziendale che vieta la vendita ai minori di 18 anni.

1.7.4. Indicazioni per la programmazione

Sovrappeso e obesità. Le problematiche del sovrappeso e dell'obesità dovranno continuare a essere affrontate secondo un approccio intersettoriale, ponendo attenzione non solo agli aspetti specificatamente sanitari, ma anche ai determinanti ambientali, sociali ed economici. In particolare, è indispensabile consolidare l'alleanza con il mondo della scuola, per diffondere interventi di educazione alla salute, privilegiando quelli già sperimentati e di provata efficacia, e per favorire anche il coinvolgimento delle famiglie. È fondamentale, inoltre, sostenere azioni finalizzate a favorire comportamenti salutari fin dalla nascita, attraverso la promozione dell'allattamento al seno, una corretta informazione sull'alimentazione dell'infanzia, la valorizzazione del modello alimentare mediterraneo, l'educazione alimentare intesa come un percorso formativo stabile per i ragazzi in età scolare, la qualificazione dei servizi di ristorazione collettiva. In tale contesto, il pediatra 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. Sono stati siglati, pertanto, specifici Protocolli d'Intesa fra il Ministero della Salute, la Federazione Italiana dei Medici Pediatri e la Società Italiana di Pediatria, finalizzati a sostenere l'educazione a una sana alimentazione e a corretti stili di vita, sin dalle prime età della vita, anche sviluppando eventi formativi rivolti ai pediatri, a promuovere attività di sensibilizzazione dei genitori per la riduzione della prevalenza di eccesso ponderale a 6 anni, a sviluppare programmi di sorveglianza per la valutazione di efficacia degli interventi attuati a partire dalla nascita e per tutti i primi anni di vita.

Fumo (vedi anche Capitolo 2.2 in "I determinanti della salute"). Per favorire l'adozione di uno stile di vita libero dal fumo è necessario il coinvolgimento dei diversi soggetti che compongono la comunità, a

partire dalla scuola. Sostenere l'applicazione della Legge 3/2003 e vigilare sull'osservanza del divieto di fumo è un intervento di promozione della salute pubblica e, soprattutto, della salute dei soggetti più vulnerabili come i bambini. Al di là della norma, agli operatori sanitari – medici di medicina generale (MMG), pediatri, ostetriche, personale infermieristico, farmacisti ecc. – spetta, nelle diverse occasioni che offre loro l'attività professionale, promuovere l'astensione dal fumo anche in ambiente domestico – dove cessa l'intervento legislativo – per proteggere i bambini e sostenere e favorire la motivazione degli adulti fumatori a smettere.

Alcool. L'attuale coesistenza di diverse modalità di consumo a rischio richiede nel nostro Paese la messa in atto di interventi di prevenzione complessi e articolati, che possano rispondere in maniera efficace ai problemi derivanti sia dal tradizionale modello di consumo mediterraneo sia da quelli di più recente affermazione, diffusi soprattutto tra i giovani, anche tenendo conto delle differenze tra i diversi contesti regionali e macroterritoriali. Sono necessari approcci di prevenzione indirizzati sia alla popolazione generale sia alle diverse fasce a rischio in relazione all'età, al genere e alle altre variabili sociodemografiche influenti. È necessaria una maggiore informazione e sensibilizzazione della popolazione adulta sugli aspetti pericolosi dell'alcool, tenendo conto che la propensione al consumo e al *binge drinking* si correla positivamente a più alti livelli di scolarizzazione e che nei genitori essa si correla a un'analoga propensione nei figli. La popolazione anziana deve essere supportata a calibrare la tradizionale modalità di bere vino durante i pasti alle esigenze specifiche proprie dell'età e delle patologie che a essa spesso si accompagnano. Per quanto riguarda i giovani appare importante rafforzare la capacità di fronteggiare le pressioni sociali al bere con azioni condotte in contesti sociali significativi, quali la scuola, i luoghi del divertimento e dello sport. Anche per le donne appaiono necessari specifici approcci di ge-

nere, in grado di contrastare la negativa omologazione attualmente in atto con il consumo maschile (*binge drinking* e consumi fuori pasto), soprattutto per le più giovani. Gli interventi di prevenzione devono tenere conto delle metodologie e degli strumenti accreditati dalla letteratura internazionale di *Evidence Based Prevention*, per incidere efficacemente nella riduzione dei danni alcolcorrelati. Il Ministero ha promosso recentemente, in collaborazione con le Regioni nell'ambito dell'implementazione del Piano Nazionale Alcool e Salute, la diffusione di metodologie di identificazione precoce dell'abuso e di intervento breve nella medicina di base e negli ambienti di lavoro, inserendole anche tra gli obiettivi del prossimo PSN. Con il PNP 2010-2012 si è aperto per le Regioni un ampio campo di programmazione e lavoro, che potrà costituire un'occasione importante per l'adeguamento delle politiche agli standard indicati dalla ricerca scientifica e dalle più importanti agenzie di salute a livello internazionale.

Un aspetto irrinunciabile della prevenzione dell'uso dannoso di alcool in quanto sostanza legale e socialmente accettata è la necessità di un approccio interistituzionale in grado di coinvolgere in modo più diretto e puntuale tutte quelle Amministrazioni non sanitarie che possono svolgere in meri-

to un ruolo strategico. Con il rinnovo della "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo", prevista dal programma governativo "Guadagnare Salute", sarà possibile sostenere e promuovere, secondo l'approccio intersettoriale dei programmi europei di "Salute in tutte le politiche", nuove iniziative finalizzate a ridurre il consumo dannoso di alcool e a educare a un consumo consapevole e moderato o all'astensione nei casi indicati.

Bibliografia essenziale

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

Istat. Indagine multiscopo annuale sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana" anno 2009. http://www.istat.it/dati/catalogo/20110121_00/inf_10_05_la_vita_quotidiana_nel_2009.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

ISTISAN: rapporto OKkio alla SALUTE 2010

OCSE 2010: Obesity and the economics of prevention: fit not fat

Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30 marzo 2001 n. 125. 13 dicembre 2010. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1451_allegato.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

World Health Organization. Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable disease 2008-2013. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf. Ultima consultazione: settembre 2011

1.8. Prevenzione delle malattie infettive

1.8.1. Introduzione

Le malattie infettive rappresentano, ancora oggi, una priorità in Sanità Pubblica, principalmente a causa della loro contagiosità e, conseguentemente, diffusibilità. Ciò comporta che un singolo caso possa dare luogo a un'epidemia di entità variabile a seconda di diversi fattori, quali la contagiosità e aggressività dell'agente microbico, l'età e le condizioni di base degli individui coinvolti, le possibili complicanze e sequele della malattia, gli eventuali fattori ambientali impli-

cati nel determinare il rischio per l'individuo e per la collettività. Ne consegue che un caso di malattia infettiva, oltre agli effetti sanitari sul singolo individuo primariamente interessato, potrà avere esiti anche, e spesso in misura non trascurabile, sull'impianto socioeconomico.

Sebbene diverse malattie infettive possano essere efficacemente prevenute, l'impegno per il loro controllo e, ove possibile, per la loro eliminazione ed eradicazione deve essere costante. I germi, infatti, non conoscono confini e nessun Paese e nessuna area

geografica, per quanto socialmente ed economicamente evoluti, si possono considerare al sicuro dal rischio di introduzione o reintroduzione di malattie infettive, anche eliminate o sotto controllo.

Per molte malattie trasmissibili, alcune endemiche, sono presenti nel nostro Paese programmi dedicati di prevenzione che vedono impegnate risorse umane e finanziarie, al fine di mantenere quel livello di benessere globale per la collettività raggiunto nel corso degli ultimi cinquant'anni.

1.8.2. Rappresentazione dei dati

La prevenzione delle malattie infettive risulta concettualmente semplice se si parte dall'assioma che a una causa (agente microbico) corrisponde un effetto (malattia). Tuttavia, il principio enunciato è solo parzialmente vero: si pensi, a titolo di esempio, alle numerose possibili manifestazioni cliniche, talora confondenti nell'inquadramento eziologico e, di conseguenza, nell'attuazione di adeguati interventi di profilassi, alla possibilità che l'infezione, pur presente, sia asintomatica, o esiti nello stato di portatore cronico.

Ne consegue che si tratta, in realtà, di un processo complesso il cui punto cardinale è rappresentato dalla sorveglianza, che fornisce il razionale per la pianificazione e l'attuazione degli interventi preventivi.

Il monitoraggio dell'incidenza delle malattie infettive è disciplinato in Italia fin dal 1934 (art. 254 Testo Unico delle Leggi Sanitarie).

In Italia, la sorveglianza delle malattie infettive è basata sul Sistema di notifica obbligatorio, che, in base al DM 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive", prevede la segnalazione obbligatoria, da parte dei medici, dei casi di malattie elencate nel decreto stesso. Oltre alla normativa nazionale, oggi si deve tenere conto anche di quella comunitaria. In particolare, la Decisione della Commissione Europea del 28 aprile 2008 reca la modifica della Decisione 2002/253/CE, che stabilisce la definizione dei casi ai fini della dichiara-

zione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria istituita ai sensi della Decisione 2119/98/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio. Dalle citate Direttive scaturisce l'obbligo di raccogliere, analizzare, validare e comunicare i dati, a livello europeo e internazionale, delle malattie infettive verificatisi nei singoli Paesi.

Il contesto istituzionale attuale, in cui si muovono anche gli interventi concernenti la prevenzione delle malattie infettive, è estremamente articolato.

L'anno 2001 segna un momento storico per il nostro Paese con l'approvazione, con referendum confermativo, della modifica del Titolo V della Costituzione e il conferimento alle Regioni di poteri molto più forti del passato in una serie di settori, primo fra tutti la Sanità.

Nell'ambito della prevenzione assumono grande rilevanza alcuni atti programmatici e legislativi intervenuti tra Stato e Regioni:

- Accordo di Cernobbio 2004;
- Piano Prevenzione Attiva 2004-2006;
- Intesa Stato-Regioni del marzo 2005;
- Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007;
- Piano Nazionale Vaccinazioni 2005-2007;
- Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012.

Stato e Regioni devono, pertanto, impegnarsi concretamente per la "prevenzione attiva" relativamente ad alcune problematiche individuate come prioritarie (rischio cardiovascolare, complicanze del diabete, screening oncologici, vaccinazioni), attraverso un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio, con un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del SSN impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria.

Nel frattempo, il percorso di innovazione culturale avviato con l'esperienza del PNP 2005-2007, in termini di modalità di programmazione regionale e di governance del sistema, sta proseguendo, in una forma più matura e radicata, con il PNP 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010) in cui gli ambiti di intervento si sono ulterior-

mente ampliati, interessando anche argomenti solo marginalmente affrontati nel passato. Nel caso delle malattie infettive, accanto al tema consolidato delle malattie prevenibili mediante vaccinazione, viene inserito quello delle malattie infettive non prevenibili mediante vaccinazione.

Un altro strumento introdotto dalla nuova Intesa sul PNP 2010-2012 è rappresentato dalle Azioni Centrali del Ministero della Salute a supporto della progettazione e successiva attuazione degli adempimenti da parte delle Regioni. In tale cornice, vengono individuati Progetti nazionali nell'ambito delle malattie infettive e delle vaccinazioni, in cui i temi affrontati sono di rilievo nazionale e internazionale.

Tuttavia, per quanto attiene le malattie prevenibili con i vaccini, pur rappresentando uno degli argomenti chiave del PNP, dopo il Piano Nazionale Vaccinazioni 2005-2007 non si è riusciti, per una negativa combinazione di fattori, a dare al Paese un nuovo documento tecnico di indirizzo sulle politiche vaccinali in Italia.

Nel nuovo panorama dei rapporti tra Stato e Regioni creato dalla modifica del Titolo V della Costituzione riveste un ruolo di primo piano nell'ambito della prevenzione delle malattie infettive anche il Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita (PNEMoRc) approvato come Accordo Stato-Regioni nel 2003. Il PNEMoRc fissava come obiettivi finali quelli di "raggiungere e mantenere l'eliminazione del morbillo a livello nazionale, interrompendone la trasmissione indigena" e "ridurre e mantenere l'incidenza della rosolia congenita a valori inferiori a 1 caso ogni 100.000 nati vivi" entro il 2007. Nonostante l'impegno profuso nel quinquennio 2003-2007, gli obiettivi finali del Piano non sono stati ancora raggiunti e continuano a verificarsi focolai di morbillo e casi di rosolia congenita. Allo scopo di mettere in atto le opportune azioni correttive, è stata predisposta, da un apposito gruppo di lavoro tra Ministero della Salute-Regioni-ISS, una bozza condivisa di aggiornamento del PNEMoRc, che si trova attualmente nella fase conclusiva del suo

iter istituzionale per essere approvata come Intesa Stato-Regioni.

1.8.3. Esposizione e valutazione critica dei dati, con eventuali confronti territoriali (regionali o europei)

Per la natura stessa della patologia infettive, è evidente che un'efficace sorveglianza non può limitarsi all'ambito regionale o nazionale. Il Ministero, pertanto, ha messo a punto un progetto, attualmente in fase avanzata di sperimentazione, che prevede la creazione di una piattaforma informativa via web in cui far confluire il sistema routinario di notifica, i sistemi speciali di sorveglianza e il sistema di sorveglianza delle zoonosi, per recepire le Direttive europee sulla costruzione di una rete di sorveglianza comunitaria finalizzata al controllo epidemiologico delle malattie trasmissibili e per l'istituzione di un sistema di allarme rapido, mediante il quale possano essere scambiate informazioni su eventi passibili di provvedimenti urgenti per la tutela della salute pubblica.

Questo strumento andrebbe a semplificare, migliorandone l'efficienza e la tempestività, il lavoro che già si svolge relativamente alla trasmissione dei dati, per fini di Sanità Pubblica, riguardanti l'incidenza delle malattie infettive e l'insorgenza di focolai, oltre che a livello nazionale anche verso l'ECDC e l'OMS. Esso permetterebbe, altresì, l'immediata identificazione delle situazioni di allerta internazionale, in cui è presente il rischio di diffusione tra Paesi dell'UE, passibili di interventi comunitari ben articolati e coordinati.

Sul versante della programmazione degli interventi, la principale innovazione rispetto al passato, introdotta dalla modifica del Titolo V della Costituzione e i successivi atti normativi, è stata di tipo culturale: si punta non sull'obbligatorietà e sul controllo, ma sulla promozione e adesione consapevole da parte del cittadino e sul coinvolgimento di tutte le strutture sanitarie e articolazioni organizzative delle aziende del SSN, pur con diversi livelli di responsabilità e opera-

tività: dai Dipartimenti di Prevenzione ai MMG, fino alle strutture ospedaliere e specialistiche e ai servizi sociosanitari.

Le aree di intervento inserite nel PNP vengono individuate in base a un duplice criterio:

- l'alto rapporto costo-efficacia, anche nel medio periodo;
- la semplice identificabilità di una popolazione bersaglio o di un problema di salute bersaglio (passibile di un intervento integrato delle diverse componenti strutturali e professionali del SSN).

Un altro elemento di innovazione è rappresentato dalle modalità operative: seguendo le indicazioni presenti nell'Intesa sul PNP, le Regioni devono elaborare dei progetti, mentre, per la certificazione di verifica degli adempimenti, interviene un nuovo organismo, il Centro Nazionale per il controllo delle malattie (CCM), istituito con la Legge 138 del 26 maggio 2004 "Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica" e avente, tra i suoi compiti istituzionali, il coordinamento con le Regioni dei Piani di sorveglianza e di prevenzione attiva e la promozione, aggiornamento e formazione, funzionali all'attuazione dei programmi annuali per i quadri nazionali e regionali.

Tutte le Regioni, sebbene alcune con lieve ritardo, hanno rispettato il mandato PNP 2005-2007.

Quasi tutte le Regioni hanno presentato, nei tempi previsti, i nuovi Piani Regionali di Prevenzione per il triennio 2010-2012, rispettando il nuovo mandato, e tutte hanno previsto progetti relativi alle due aree di "Prevenzione delle malattie infettive", ovvero prevenibili e non prevenibili mediante vaccinazione.

Sono in fase di definizione anche le azioni centrali prioritarie di supporto alla pianificazione regionale.

1.8.4. Indicazioni per la programmazione

Nel panorama descritto, emerge quanto mai la necessità che le nuove definizioni di caso delle malattie infettive, come da Decisione

della Commissione Europea del 28 aprile 2008, vengano al più presto recepite a livello nazionale e che il nuovo Sistema di notifica delle malattie infettive venga messo a regime in tutte le Regioni, capillarmente.

L'armonizzazione delle definizioni di caso, lasciando spazio limitato alle incertezze, è, infatti, il presupposto per la condivisione delle informazioni, l'individuazione dei "segnali" e la pianificazione partecipata.

Riguardo, in particolare, alle malattie prevenibili con i vaccini, il loro monitoraggio consente di:

- mettere in evidenza situazioni critiche relativamente alle malattie attualmente sotto controllo;
- avere una misura dell'evidenza di efficacia dei preparati disponibili;
- avere a disposizione strumenti di monitoraggio degli eventi avversi e del fenomeno del rimpiazzamento;
- valutare l'impatto sulla malattia, nei contesti regionali ove sono stati introdotti, dei cosiddetti nuovi vaccini (anti-meningococco C, anti-pneumococco, anti-varicella).

Questa attività si configura, pertanto, come un indicatore dell'applicazione delle misure di prevenzione delle malattie infettive.

Contemporaneamente, è opportuno porre nuova enfasi sulla sorveglianza dell'incidenza delle paralisi flaccide acute e delle infezioni da poliovirus. Sebbene l'Italia, come l'intera Regione Europea dell'OMS, sia stata dichiarata polio-free nel 2002 e, attualmente, non esista un rischio noto di contrarre il virus selvaggio della polio in Italia e in molte altre parti del mondo, la poliomielite è ancora presente, in forma endemica o di focolai epidemici, in diversi Paesi e il rischio di reintroduzione è sempre presente. Inoltre, essendo in atto un Piano di eradicazione della poliomielite, si ritiene opportuno focalizzare l'attenzione sulle attività di sorveglianza previste dal Piano stesso.

Infine, alla luce delle nuove istanze comunitarie cui l'Italia non può sottrarsi, si ritiene che sia opportuno implementare le attività di sorveglianza e controllo delle zoonosi, estendendole anche alle malattie trasmesse da alimenti.

Sull'altro versante, nonostante il peculiare momento storico, è necessario un impegno politico forte e condiviso per giungere a un'Intesa sul nuovo Piano Nazionale Vac-

nazioni, che consenta di superare l'eterogeneità, in termini di offerta vaccinale, sul territorio nazionale e per dare piena realizzazione al nuovo PNEMoRc.

1.9. Prevenzione in oncologia

1.9.1. Rappresentazione dei dati

Nel loro complesso i tumori sono una patologia dell'età adulto-avanzata, infatti il rischio di ammalarsi o di morire quasi raddoppia considerando anche la decade d'età successiva (0-84 anni). Il rischio di morire per tumore nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 165,2‰ fra i maschi (1 decesso ogni 6 uomini) e di 89,7‰ per le donne (1 decesso ogni 11 donne). I tassi di incidenza per tutti i tumori variano molto nel nostro Paese, con i valori più bassi generalmente nel Meridione. Il rapporto fra i tassi delle aree a incidenza più elevata e quelli delle aree a minore incidenza è circa 1,5.

Per quanto riguarda gli andamenti nel tempo, l'incidenza per tutti i tumori nel loro complesso è in crescita in entrambi i sessi, mentre la mortalità è in diminuzione sia nei maschi sia nelle femmine.

Altre informazioni si possono trovare in questa Relazione nel Capitolo 2.2 in "I determinanti della salute".

L'Italia, in accordo con le Direttive Comunitarie, è da anni impegnata a ridurre il burden del cancro con la ricerca, con la prevenzione, con il miglioramento della cura e dell'assistenza. Per quanto attiene alla prevenzione, essa riguarda due ambiti principali: la prevenzione primaria e la secondaria.

1.9.2. Prevenzione primaria

L'obiettivo di ridurre l'incidenza dei tumori riguarda l'attuazione di interventi di prevenzione primaria, che siano efficaci contro determinanti che possono essere caratteristici della popolazione e/o di suoi sottogruppi e/o degli individui.

Appare evidente come molti determinanti di salute siano fuori dal controllo del Sistema Sanitario e, tra questi, rischi molto rilevanti per l'insorgere di tumori, come: abitudine al fumo e all'alcool, alimentazione non salutare, scarsa attività fisica. Il carico complessivo di patologie derivanti da questi determinanti è assolutamente rilevante e cruciale per la sostenibilità del sistema di welfare (determinano oltre l'80% dei decessi e assorbono il 70-80% delle risorse sanitarie).

Pertanto, una risposta cruciale consiste nell'attuazione di politiche intersettoriali per la salute, di collaborazione tra il settore salute e gli altri settori della società, sia pubblici sia privati, con l'intenzione di facilitare, direttamente o indirettamente, l'assunzione di corretti stili di vita da parte della popolazione. Gli interlocutori principali sono la scuola, il mondo della produzione (in particolare, quello degli alimenti), i trasporti, l'urbanistica, il lavoro. Si tratta in generale di proseguire sulla strada indicata dall'UE il 18 dicembre 2007 nel documento "La salute in tutte le politiche" e definita nel Programma di Governo "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM del 4 maggio 2007).

Gli obiettivi di salute da conseguire con interventi in questa strategia intersettoriale riguardano:

- *fumo di tabacco*. È il principale fattore di rischio oncogeno per l'uomo. In Italia si stima che siano attribuibili al fumo di tabacco da 70.000 a 83.000 morti l'anno. Oltre il 25% di questi decessi è compreso tra i 35 e i 65 anni di età. Il tabacco è una causa nota o probabile di almeno 25 malattie, non solo oncologiche. Negli uomini il fumo è responsabile del

91% di tutte le morti per cancro al polmone e nelle donne del 55% dei casi, per un totale di circa 30.000 morti l'anno; nel corso degli ultimi vent'anni in Italia, mentre si è registrata una diminuzione, sia per incidenza sia per mortalità, per cancro al polmone per gli uomini (mortalità: -2,6%), un trend opposto si è osservato per le donne, con un'accelerazione dal 1990 per le più giovani (mortalità: +1%). Le azioni di contrasto al tabagismo sono molteplici e si dividono in grandi gruppi:

- impedire o ritardare l'inizio,
- favorire la disassuefazione,
- eliminare o ridurre l'esposizione al fumo passivo.

Tutte le azioni possono essere mirate a diversi "target", tra i quali i principali sono: i giovani, le donne, gli adulti;

- **alimentazione e attività fisica.** È stato stimato che circa il 30% di tutte le forme di tumore nei Paesi industrializzati è ricollegabile a fattori nutrizionali, collocando la dieta al secondo posto dopo il tabagismo fra le cause di cancro prevenibili. In Italia, 3-4 abitanti su 10 sono in sovrappeso o sono obesi. Il fenomeno non risparmia i bambini: la prevalenza media del sovrappeso e dell'obesità tra i bambini di 6-9 anni, tra le più alte in Europa, è del 34%. In accordo con il Codice europeo contro il cancro, le azioni preventive raccomandate sono:

- evitare l'obesità,
- fare ogni giorno attività fisica,
- mangiare ogni giorno almeno cinque porzioni di frutta e verdura e limitare il consumo di alimenti contenenti grassi di origine animale,
- moderare il consumo di alcolici (birra, vino o liquori) a due bicchieri al giorno per gli uomini e a uno per le donne;

- **alcohol.** Il consumo di alcolici, specialmente se combinato con il fumo di tabacco, è un importante fattore di rischio per l'insorgenza di cancro di vie aeree, apparato digerente, fegato e mammella. I consumatori sono circa l'81% tra i maschi e il 57% tra le femmine. In Italia, il consumo medio annuo procapite è in

calo dai primi anni Ottanta ed è in 20 anni più che dimezzato. Questi andamenti favorevoli devono essere mantenuti e superati, anche perché il livello di consumo medio procapite (pari a 8 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni) è ancora superiore a quello raccomandato dall'OMS 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. Le persone con consumo di oltre 2 unità alcoliche nelle donne e 3 unità alcoliche nei maschi [l'unità alcolica considerata dall'Istat corrisponde a un bicchiere piccolo (125 ml) di vino di media gradazione, o a una lattina di birra (330 ml) di media gradazione o a un bicchierino di superalcolico (40 ml)], e che sono pertanto esposte a un consistente rischio di patologie alcolcorrelate rappresentano nel 2009, secondo l'Istat, il 25% della popolazione maschile e il 7,3% della popolazione femminile al di sopra degli 11 anni;

- **agenti infettivi.** Studi epidemiologici e biologici hanno confermato in via definitiva che gli agenti infettivi sono tra i fattori eziopatogenetici più rilevanti e specifici per tumori maligni, determinandone il 15-20% (26% nei Paesi in via di sviluppo; 8% nei Paesi sviluppati). Tra gli interventi di sanità pubblica tesi a prevenire l'insorgenza di tumori da infezioni si segnala il programma di vaccinazione contro il papillomavirus (HPV), riconosciuto dall'*International Agency for Research on Cancer* (IARC) causa del cervicocarcinoma, concordato con le Regioni come programma di sanità pubblica incentrato sull'offerta attiva della vaccinazione alle ragazze dodicenni. Tutte le Regioni hanno attivato la vaccinazione mediante invito per la coorte delle nate nel 1997 e con metodologie differenziate per la coorte 1996;

- **ambienti di vita e di lavoro.** Secondo l'OMS, l'ambiente, inteso in senso sia fisico sia socioeconomico, è un fattore determinante per la salute umana; in particolare, dal punto di vista oncologico sono

da tenere in considerazione i seguenti elementi:

- inquinamento atmosferico,
- inquinamento del suolo e della catena alimentare,
- campi elettromagnetici,
- campi a radiofrequenza,
- amianto,
- inquinamento indoor,
- esposizione a sostanze chimiche,
- radiazioni ultraviolette,
- esposizione a cancerogeni nei luoghi di lavoro.

1.9.3. Indicazioni per la programmazione

Poiché i determinanti dell'incidenza a livello di popolazione e della suscettibilità individuale sono inter-relati, gli interventi contro di essi dovranno essere articolati su più piani ed efficientemente coordinati. Pertanto, le principali azioni sono articolate in:

- “azioni centrali di sistema”: riguardano in primo luogo gli obiettivi il cui raggiungimento è legato alla responsabilità di governo nazionale, ma anche, per il rispettivo ambito, quelle azioni di governo regionale, nonché l'assunzione di responsabilità da parte dei principali soggetti sociali (associazioni industriali, sindacati ecc.);
- “azioni affidate al Sistema Sanitario”: riguardano gli obiettivi e le azioni attuate sotto responsabilità del Sistema Sanitario nelle sue dimensioni nazionali, regionali e locali e, quindi, per gli aspetti sia strutturali sia di erogazione.

Gli obiettivi di salute ritenuti allo stato attuale delle conoscenze, supportati da evidenze di efficacia e/o sui quali sono state definite a livello internazionale delle politiche cui l'Italia ha aderito sono:

- combattere il fumo;
- promuovere alimentazione salubre e attività fisica;
- combattere il consumo di alcool;
- combattere gli agenti infettivi oncogeni;
- combattere l'esposizione a oncogeni ne-

gli ambienti di vita e di lavoro;

- sviluppo tecnologico.

Sono strumentali al raggiungimento di tali obiettivi e funzionali agli interventi da implementare le seguenti macroazioni:

- le politiche intersettoriali;
- la realizzazione di partnership;
- il coordinamento e la sinergia con la ricerca anche di base (aumento delle conoscenze sui determinanti).

Tali indicazioni sono state compiutamente recepite, nel corso del 2010, in due importanti atti:

- il PNP 2010-2012, che è stato approvato con Intesa Stato-Regioni e PPAA il 29 aprile 2010. Tale Piano è stato accompagnato e supportato da una riflessione sistematica sulla governance del sistema, alla luce della modifica del Titolo V della Costituzione; il modello di riferimento adottato dal Ministero (con il DM di adozione del progetto esecutivo per l'attuazione delle linee di supporto centrali al PNP 2010-2012 del 10 novembre 2010) e condiviso dalle Regioni (con l'Allegato 2 all'Intesa Stato-Regioni e PPAA del 29 aprile 2010) è stato quello della Stewardship, proposto dall'OMS;
- il Documento di indirizzo per ridurre il carico di malattia del cancro (cosiddetto Piano Oncologico Nazionale) approvato con Intesa Stato-Regioni e PPAA il 10 febbraio 2011.

1.9.4. Prevenzione secondaria (screening)

La prevenzione secondaria dei tumori (screening) ha per obiettivo la riduzione della mortalità causa-specifica (talora anche dell'incidenza); è perseguita mediante interventi di sanità pubblica di popolazione o mediante un'attività di iniziativa dei professionisti negli ambiti di erogazione della medicina specialistica.

Un intervento di sanità pubblica si caratterizza sostanzialmente per essere:

- basato su valutazioni di *efficacy* (auspicabilmente: *cost-efficacy*);
- organizzato per profili di assistenza e

quindi non soltanto delegato alla competenza/sensibilità/iniziativa tecnico-professionale;

- mirato all'equità e quindi basato sul coinvolgimento attivo della popolazione destinataria;
- dotato di un esplicito sistema informativo e di valutazione.

Tali interventi sono i “programmi organizzati di screening (PS)” e sono inclusi dal 2001 nei LEA per quanto attiene ai tumori della mammella, cervice uterina e colon-retto, per i quali esistono prove di *efficacy* di interventi di popolazione.

Nel 2003 il Parlamento Europeo ha approvato una Risoluzione, proposta dalla Presidenza Italiana, per l'adozione dell'offerta attiva dello screening per i tumori della mammella, della cervice uterina e del colon-retto.

Nel 2008 il “*First Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening*” ha evidenziato un generale positivo aumento di tali attività in Italia e ha ribadito l'importanza di proseguire nella loro implementazione. La programmazione italiana ha agito su due piani: l'inserimento dell'erogazione dei PS nel PNP 2005-2007 e il sostegno alle infrastrutture regionali mediante i finanziamenti previsti dalla Legge 138/2004 e dalla Legge 286/2006; tale doppio livello di pianificazione è stato poi assunto nel nuovo PNP 2010-2012.

Rappresentazione dei dati. Riguardo ai tumori per i quali c'è prova di efficacia della prevenzione secondaria, secondo i dati dei Registri Tumori nel periodo 1998-2002:

- il tumore della mammella (*Tabella 1.8*) ha la più alta incidenza fra i tumori nel sesso femminile (24,9% del totale delle diagnosi tumorali) e la più alta mortalità (17,1% del totale dei decessi per neoplasia). Le stime per l'Italia indicano un totale di 36.634 nuovi casi diagnosticati nel nostro Paese, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 11.251 decessi per tumore della mammella femminile. L'incidenza risulta in crescita, mentre la mortalità è in riduzione;
- il tumore del colon (*Tabella 1.9*) è stato la quarta causa di morte tumorale sia fra gli uomini (7,3% di tutti i decessi tumorali) sia fra le donne (9,1%). Le stime per l'Italia indicano un totale di 20.457 casi di tumore colon-rettale tra i maschi e di 17.276 tra le femmine, mentre per quanto riguarda la mortalità nel 2002 si sono verificati 6.618 decessi per tumore del colon tra i maschi e 5.981 tra le femmine. Si rileva una tendenza all'aumento dell'incidenza, mentre la mortalità è in riduzione in entrambi i sessi;
- il tumore della cervice uterina (*Tabella 1.10*) ha rappresentato l'1,6% di tutti i tumori diagnosticati tra le donne, mentre in termini di mortalità ha rappresen-

Tabella 1.8. Screening per il cancro della mammella (Anno 2009)

	Popolazione residente in età da screening (eleggibile)	Popolazione residente in ASL con programmi attivi	Estensione teorica	Popolazione invitata		Persone che hanno aderito		N. carcinomi individuati
	N.	N.	%	N.	% sulla popolazione target	N.	% sulla popolazione invitata	
Nord	3.360.437	3.360.437	100,00%	1.439.671	42,84%	879.157,00	0,61	
Centro	1.493.550	1.493.550	100,00%	600.102	40,18%	320.752,00	0,53	
Sud-Isole	2.450.496	1.891.783	77,20%	424.928	17,34%	170.363,00	0,40	
Italia	7.304.483	6.745.770	92,35%	2.464.701	33,74%	1.370.272,00	0,56	5.945*

* Si tratta di carcinomi certamente diagnosticati e registrati in seguito all'attività del 2008; questo dato è sottodimensionato per una residua incompletezza nei dati forniti dalle Regioni.

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 8° Rapporto – Anno 2010.

Tabella 1.9. Screening per il cancro del colon-retto (Anno 2009)

	Popolazione residente in età da screening	Popolazione residente in ASL con programmi attivi	Estensione teorica	Popolazione invitata		Persone che hanno aderito		N. carcinomi individuati	N. adenomi avanzati individuati
	N.	N.	%	N.	% sulla popolazione target	N.	% sulla popolazione invitata		
Nord	6.653.363	5.680.467	85,38%	2.290.061	34,42%	1.114.529	48,67%		
Centro	2.879.420	2.119.703	73,62%	507.084	17,61%	244.552	48,23%		
Sud-Isole	4.761.564	980.434	20,59%	178.133	3,74%	63.982	35,92%		
Italia	14.294.347	8.780.604	61,43%	2.975.278	20,81%	1.423.063	47,83%	2.556*	13.554*

* Si tratta di lesioni certamente diagnosticate e registrate in seguito all'attività del 2008; questo dato è sottodimensionato per una residua incompletezza nei dati forniti dalle Regioni.

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 8° Rapporto – Anno 2010.

tato lo 0,6% dei decessi neoplastici. È necessario ricordare che una percentuale rilevante di decessi è definita “utero non specificata” (2,6% di tutti i decessi oncologici) e che una parte di questi può essere rappresentata da tumori della cervice uterina. Le stime per l'Italia indicano un totale di 3.418 nuovi casi diagnosticati ogni anno, con 370 decessi per tumore della cervice, oltre a 1.756 decessi per tumore dell'utero non altrimenti specificato. Il rischio di avere una diagnosi di tumore della cervice uterina nel corso della vita (fra 0 e 74 anni) è di 6,2% (1 caso ogni 163 donne), mentre il rischio di

morire è di 0,8%. L'incidenza e la mortalità mostrano una tendenza alla riduzione nel corso del tempo. La riduzione dell'incidenza è a carico sostanzialmente delle forme squamocellulari, mentre gli adenocarcinomi hanno aumentato nel tempo la loro rilevanza; attualmente è diagnosticato un adenocarcinoma ogni quattro carcinomi squamosi.

Lo stato di avanzamento dei PS è routinariamente pubblicato nel “Rapporto dell'Osservatorio Nazionale Screening”. I dati di attività mostrano che il Paese è nel mezzo di un'importante estensione dei programmi di screening con (nel 2009): per la mammella,

Tabella 1.10. Screening per il cancro della cervice uterina (Anno 2009)

	Popolazione residente in età da screening (eleggibile)	Popolazione residente in ASL con programmi attivi	Estensione teorica	Popolazione invitata		Persone che hanno aderito		N. CIN2+ individuati
	N.	N.	%	N.	% sulla popolazione target	N.	% sulla popolazione invitata	
Nord	7.425.013	4.967.334	66,90%	1.528.455	20,59%	751.283	49,15%	
Centro	3.271.494	3.042.783	93,01%	895.459	27,37%	341.325	38,12%	
Sud-Isole	5.575.296	4.694.109	84,19%	1.123.543	20,15%	300.635	26,76%	
Italia	16.271.803	12.704.226	78,08%	3.547.457	21,80%	1.393.243	39,27%	3.662*

* Si tratta di lesioni certamente diagnosticate e registrate riferite all'anno 2008; questo dato è sottodimensionato per una residua incompletezza nei dati forniti dalle Regioni.

Fonte: Osservatorio Nazionale Screening 8° Rapporto – Anno 2010.