

Analisi del contesto

PAGINA BIANCA

1

Quadro generale sullo stato di salute del Paese

1.1. Quadro epidemiologico

Quadro programmatico. Malattie del sistema circolatorio e tumori rappresentano, ormai da anni, le prime due più frequenti cause di morte. Le malattie del sistema circolatorio costituiscono in quasi tutti i Paesi ad alto reddito, e tra questi l'Italia, uno dei più importanti problemi di sanità pubblica: sono, infatti, tra le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati.

È necessario, dunque, ridurre l'impatto sulla popolazione di tumori, malattie cardiovascolari, diabete e malattie polmonari croniche, sviluppando e rafforzando politiche e programmi che tengano in debito conto tutti i "determinanti della salute", attraverso l'attuazione di adeguate politiche "inter-settoriali" a livello nazionale, regionale e locale. L'attenzione deve essere focalizzata sulla prevenzione, riducendo i fattori di rischio a livello individuale e agendo in maniera interdisciplinare e integrata per rimuovere le cause che impediscono ai cittadini scelte di vita salutari.

Sono noti diversi fattori che aumentano il rischio di sviluppare la malattia, alcuni di essi modificabili, sui quali, pertanto, la prevenzione può intervenire, e altri non modificabili. I fattori di rischio modificabili sono ipertensione, dislipidemia, diabete, fumo di sigaretta, sovrappeso/obesità, sedentarietà e abuso di alcool; età avanzata, sesso maschile e familiarità sono, invece, fattori di rischio non modificabili. Questi fattori interagiscono in modo causale o concausale; il controllo del peso corporeo, per esempio, mediante la corretta alimentazione e l'atti-

vità fisica, oltre a essere fondamentale per la riduzione del rischio cardiovascolare, costituisce il cardine della prevenzione primaria del diabete.

Un approccio trasversale ai fattori di rischio e "inter-settoriale" consente, pertanto, di attuare interventi che modificano i comportamenti non salutari, agendo sullo stile di vita individuale, ma anche creando condizioni ambientali atte a favorire il cambiamento dei comportamenti individuali, mantenendoli nel tempo.

Esistono prove scientifiche che la prevenzione primaria e secondaria per le malattie cardiovascolari e il diabete è non solo possibile, ma anche sostenibile dal punto di vista economico e organizzativo. Interventi semplici ma efficaci, come smettere di fumare, aumentare l'attività fisica, migliorare l'alimentazione e ridurre l'apporto di alcool, permettono non solo di ridurre le morti premature per malattie cardiovascolari, ma anche la morbosità e la morbidità che queste malattie comportano. È necessario, tuttavia, che il contrasto a questi fattori di rischio sia inserito in un approccio coordinato e integrato, al fine di consentire una risposta sistemica al problema di salute. L'Italia ha adottato, pertanto, la strategia nazionale "Guadagnare salute: rendere facili le scelte salutari", promossa dal Ministero della salute e basata sul principio della "Salute in tutte le politiche" ("*health in all policies*"), con l'obiettivo di diffondere e facilitare l'assunzione di comportamenti che influiscono positivamente sulla salute della popolazione. Già da molti anni l'Italia è impegnata, per esempio, nella prevenzione e cura del taba-

gismo, un compito complesso che richiede grande impegno e lo sviluppo di politiche e interventi in ambiti diversi da quello strettamente sanitario. Il controllo del tabagismo rappresenta una delle aree di azione del Programma “Guadagnare Salute”.

Stato di attuazione nei contesti regionali. Le Regioni rappresentano le Istituzioni maggiormente in grado di attuare politiche intersettoriali di promozione della salute, sia per il ruolo che ricoprono, sia per la “vicinanza” ai cittadini. La condivisione con le Regioni degli obiettivi prioritari di salute pubblica ha consentito l'avvio e lo sviluppo di azioni e interventi a livello locale per la prevenzione delle principali malattie croniche non trasmissibili. Tali interventi sono caratterizzati da un approccio trasversale e dallo sviluppo di accordi e collaborazioni tra Istituzioni diverse ed esponenti della Società civile, secondo quanto delineato anche dal Programma “Guadagnare Salute”. Progetti CCM, che coinvolgono più Regioni nella sperimentazione di modelli d'intervento e Piani Regionali di Prevenzione, stanno rendendo gradualmente possibile il coinvolgimento di ampie fasce di popolazione attraverso iniziative di informazione e comunicazione, nonché la modifica dei contesti ambientali locali, per renderli più favorevoli a scelte salutari, secondo una modalità di lavoro che mira sempre più alla partecipazione competente e consapevole delle comunità locali, per il miglioramento del benessere e della salute di tutti i cittadini.

Rappresentazione dei dati. I dati Istat indicano che nel 2009 il numero dei decessi avvenuti in Italia ammonta a 588.438; in particolare, 286.619 maschi (48,7%) e 301.819 femmine (51,3%). L'analisi della mortalità per causa conferma che le malattie del sistema circolatorio sono la prima causa di morte con 224.830 decessi (38,2%), seguite dai tumori con 174.678 decessi (29,7%). Tra le donne, le malattie cardiovascolari si confermano principale causa di morte con 127.060 decessi (42,1%), mentre i tumori rappresentano la seconda causa con 76.112 decessi (25,2%). Tra gli uomini, la prima causa di morte è rappresentata invece dai tumori con

98.566 decessi (34,4%), seguita immediatamente dalle malattie del sistema cardiocircolatorio con 97.770 decessi (34,1%). Le malattie del sistema respiratorio in Italia sono la terza causa di morte, responsabili di 39.949 decessi (6,8%), di cui 22.329 tra gli uomini e 17.620 tra le donne.

I dati Istat 2011 indicano che la prevalenza del diabete mellito in Italia è in regolare aumento nell'ultimo decennio. Risulta, infatti, diabetico il 4,9% della popolazione (5,0% nelle donne, 4,7% negli uomini), pari a circa 3 milioni di persone. La prevalenza del diabete aumenta con l'età fino al 19,8% nelle persone con età uguale o superiore ai 75 anni. Nelle fasce d'età tra 35 e 64 anni la prevalenza è maggiore fra gli uomini, mentre oltre i 65 anni è più alta fra le donne. Per quanto riguarda la distribuzione geografica, la prevalenza è più alta nel Sud e nelle Isole, con un valore del 6,0%, seguita dal Centro con il 5,1% e dal Nord con il 4,0%.

I dati del sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) 2010 indicano che il 32% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre l'11% è obeso; dal 2007, inoltre, si osserva una tendenza all'aumento del numero di sedentari.

Per quanto riguarda il fumo di tabacco, si stima che a esso siano attribuibili dalle 70.000 alle 83.000 morti l'anno, con oltre il 25% di questi decessi compreso tra i 35 e i 65 anni di età. Secondo i dati Istat, su 52 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni i fumatori sono circa 11,6 milioni (22,3%), di cui 7,1 milioni di uomini (28,4%) e 4,5 milioni di donne (16,6%).

In merito al consumo di alcool, secondo lo specifico indicatore di rischio adottato dall'Istituto superiore di sanità-Osservatorio Nazionale Alcool, che recepisce le indicazioni delle Linee guida nazionali per una sana alimentazione dell'INRAN (Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione), che tengono conto delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e della Società Italiana di Alcolologia, nel 2010 la prevalenza dei consumatori a rischio nella popolazione di età superiore a 11 anni è risultata pari al 25,4% tra i maschi e al 7,3% tra le femmine, per un totale di oltre 8.600.000

individui che non si attengono alle indicazioni di sanità pubblica per il consumo di alcool. Permangono forti differenze di genere in tutte le classi di età, tranne che in quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni), nella quale non si registrano differenze statisticamente significative tra maschi e femmine ed è molto alta la prevalenza delle consumatrici a rischio, superiore alla media nazionale.

Esposizione e valutazione critica dei dati.

Anche nel nostro Paese il cambiamento dello stile di vita e l'allungamento della vita media sono, in larga parte, responsabili dell'aumento della prevalenza delle malattie croniche non trasmissibili, in particolare del diabete di tipo 2; l'incremento più rilevante, con una prevalenza pari al 14%, è stato registrato negli anziani (età > 65 anni), che attualmente rappresentano i due terzi della popolazione diabetica italiana. È ancora elevata, inoltre, la prevalenza dei fumatori e desta preoccupazione la modifica delle modalità di assunzione di bevande alcoliche, specie tra i più giovani. Nonostante la frequenza, queste malattie sono in gran parte prevenibili attraverso l'adozione di stili di vita sani, ma per disincentivare comportamenti non salutari è essenziale affrontarle anche i determinanti ambientali, sociali, economici, culturali.

In assenza di iniziative volte alla prevenzione, nonché all'ottimizzazione dell'assistenza alle persone già affette da patologie croniche, le risorse disponibili in termini sia umani sia economici potrebbero, presto, non essere più sufficienti a garantire cure adeguate.

Attraverso il sistema di sorveglianza PASSI,

inoltre, sono state documentate disuguaglianze sociali in relazione a stili di vita, presenza di malattie croniche e fattori di rischio. In particolare, fumo, sedentarietà, obesità, diabete e malattie respiratorie sono più frequenti nelle persone con un minore livello di istruzione e con maggiori difficoltà economiche. Ridurre le disuguaglianze, causate in particolare dalle diverse condizioni sociali ed economiche in cui vivono determinati strati di popolazione, rappresenta un imperativo improcrastinabile per continuare a perseguire la promozione e la tutela della salute di tutta la popolazione.

Bibliografia essenziale

Ferro A, Varreri V, Menegon T, et al. Prevenzione cardiovascolare: organizzazione di percorsi innovativi per la valutazione e il contenimento del rischio cardiovascolare. In: Rapporto Prevenzione 2011 - Le attività di prevenzione, pp. 283-302

Istat. Cause di morte. www.istat.it/it/archivio/58063. Ultima consultazione: settembre 2012

Ministero della salute. Appropriately clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito. Quaderni del Ministero della salute, n. 10, luglio-agosto 2011

Ministero della salute. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010. <http://rssp.salute.gov.it/rssp/homrRssp.jsp>. Ultima consultazione: settembre 2012

Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, et al.; Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcool). Epidemiologia e monitoraggio alcool-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcool-CNESPS sull'impatto del consumo di alcool ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcool e Salute. Rapporto 2012. Roma: Istituto superiore di sanità, 2012 (Rapporti ISTISAN 12/3)

1.2. Ambiente

1.2.1. Inquinamento ambientale e salute

Quadro programmatico. Lo studio della mortalità delle popolazioni residenti in prossimità di siti contaminati è prioritario nell'esame degli effetti dell'inquinamento ambientale sulla salute e in questo ambito rientra

il Progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento), finanziato dal Ministero della salute nel quadro della ricerca finalizzata 2006, coordinato dall'Istituto superiore di sanità (ISS) e concluso nel 2011.

Il Progetto SENTIERI ha analizzato la mortalità delle popolazioni residenti in prossimità di aree dove sono ubicati grandi centri industriali attivi o dismessi, o di aree oggetto di smaltimento di rifiuti industriali e/o pericolosi. Tali aree presentano un quadro di contaminazione ambientale e di possibile rischio sanitario che ne ha determinato l'inserimento nell'ambito dei "siti di interesse nazionale per le bonifiche" (SIN).

Lo studio ha preso in considerazione 44 dei 57 SIN compresi al 2010 nel "Programma nazionale di bonifica", che coincidono con i maggiori agglomerati industriali nazionali; per ciascuno di essi si è proceduto a una raccolta di dati di caratterizzazione e successivamente a una loro sintesi.

La maggior parte dei dati raccolti proviene dai progetti di bonifica ipotizzati per i diversi siti, da cui emerge che sono state prevalentemente oggetto di caratterizzazione e di valutazione del rischio le aree private industriali, quelle, cioè, ritenute causa delle diverse tipologie di inquinamento (definite nel Progetto SENTIERI esposizioni ambientali). Le aree pubbliche cittadine e/o a verde pubblico e le aree agricole comprese all'interno dei SIN sono state caratterizzate con un minore livello di dettaglio.

I SIN studiati includono uno o più Comuni. La mortalità per 63 cause singole o gruppi di cause è stata studiata per ogni sito, nel periodo 1995-2002, attraverso i seguenti indicatori: tasso grezzo, tasso standardizzato, rapporto standardizzato di mortalità (SMR), SMR corretto per un indice di deprivazione socioeconomica messo a punto *ad hoc*. Nella standardizzazione indiretta sono state utilizzate come riferimento le popolazioni regionali. Alla stima dell'SMR è stato associato il corrispondente intervallo di confidenza al 90% (IC 90%). L'indice di deprivazione è stato calcolato sulla base di variabili censuarie appartenenti ai seguenti domini: istruzione, disoccupazione, proprietà dell'abitazione, densità abitativa. Gli indicatori di mortalità sono stati calcolati. I risultati dell'analisi di mortalità nei 44 SIN singolarmente e nel loro complesso sono stati pubblicati nel 2011.

Nel Progetto SENTIERI le esposizioni ambientali estratte dal decreto di perimetra-

zione dei SIN sono state classificate in: impianto chimico, impianto petrolchimico e/o raffineria, impianto siderurgico, centrale elettrica, miniera e/o cava, area portuale, amianto o altre fibre minerali, discarica, inceneritore. Un elemento caratterizzante del Progetto SENTIERI è stata la valutazione a priori dell'evidenza epidemiologica dell'associazione causale tra le cause analizzate e le esposizioni ambientali; tale evidenza è stata classificata come Sufficiente, Limitata e Inadeguata. Procedure e risultati della valutazione sono riportati in dettaglio in un Supplemento del 2010 di Epidemiologia & Prevenzione.

Stato di attuazione nei contesti regionali.

Il Progetto SENTIERI ha coperto l'intero territorio nazionale; la mortalità osservata in ciascun SIN è stata confrontata con quella attesa in base ai dati della Regione nella quale il SIN è ubicato.

Rappresentazione dei dati. La *Tabella 1.1* mostra la mortalità osservata e attesa, per genere, nell'insieme dei SIN, per le esposizioni ambientali presenti nei SIN. Per ogni tipologia di esposizione, vengono forniti i dati relativi alle cause di morte per le quali l'evidenza di un'associazione causale è stata valutata a priori come Sufficiente o Limitata.

Esposizione e valutazione critica dei dati.

Nell'insieme dei SIN (dati non presenti nella *Tabella 1.1*) la mortalità per le cause di morte con evidenza a priori Sufficiente o Limitata con le esposizioni ambientali presenti supera l'atteso, con un SMR di 115,8 per gli uomini (IC 90% 114,4-117,2; 2.439 decessi in eccesso) e 114,4 per le donne (IC 90% 112,4-116,5; 1.069 decessi in eccesso). Anche nell'analisi di tutte le cause di morte (dati non presenti nella *Tabella 1.1*), cioè non ristretta alle cause di morte con evidenza a priori Sufficiente o Limitata, si osserva tale sovrarmortalità: il totale dei decessi, per uomini e donne, è di 403.692, in eccesso rispetto all'atteso di 9.969 casi (SMR 102,5; IC 90% 102,3-102,8), con una media di oltre 1.200 casi annui. La quasi totalità dei decessi in eccesso si osserva nei SIN del Cen-

Tabella 1.1. Decessi in eccesso o in difetto per tipologia di esposizione ambientale: cause di morte con evidenza a priori valutata Sufficiente o Limitata. Periodo 1995-2002, correzione per età e deprivazione socioeconomica

Amianto												
Causa	Uomini				Donne				Totale			
	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att
Tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni	4.935	4.612	107,0	323	838	831	100,8	7	5.773	5.443	106,1	330
Tumore della pleura	440	164	268,6	276	204	65	315,8	139	644	228	281,9	416
Tumore dell'ovaio					471	465	101,2	6	471	465	101,2	6
Petrochimico e raffinerie												
Causa	Uomini				Donne				Totale			
	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att
Malattie dell'apparato respiratorio	4.884	4.875	100,2	9	3.744	3.618	103,5	126	8.628	8.493	101,6	135
Malattie respiratorie acute	1.213	1.125	107,8	88	1.422	1.335	106,5	87	2.635	2.460	107,1	175
Asma	97	134	72,5	-37	121	142	85,3	-21	218	276	79,1	-58
Tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni	6.674	6.139	108,7	535	1.572	1.464	107,4	108	8.246	7.603	108,5	643
Siderurgia												
Causa	Uomini				Donne				Totale			
	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att
Malattie dell'apparato respiratorio	3.083	2.828	109,0	255	2.291	2.205	103,9	86	5.374	5.033	106,8	341
Malattie polmonari croniche	1.616	1.499	107,8	117	823	833	98,8	-10	2.439	2.332	104,6	107
Malattie respiratorie acute	783	714	109,7	69	904	840	107,7	64	1.687	1.553	108,6	134
Asma	49	68	72,4	-19	63	83	76,0	-20	112	151	74,4	-39
Discariche												
Causa	Uomini				Donne				Totale			
	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att
Malformazioni congenite	490	502	97,5	-12	462	450	102,7	12	952	952	100,0	0

Tabella 1.1. (Continua)

Inceneritori												
Causa	Uomini				Donne				Totale			
	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att
Tumore dello stomaco	172	167	103,0	5	120	129	92,8	-9	292	296	98,6	-4
Tumore primitivo del fegato e dei dotti biliari intraepatici	137	60	230,0	77	43	30	144,7	13	180	89	201,6	91
Tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni	617	475	130,0	142	91	104	87,8	-13	708	578	122,4	130
Tumori maligni del connettivo e di altri tessuti molli	4	7	58,8	-3	7	6	121,9	1	11	13	87,7	-2
Tumori maligni del tessuto linfo-ematopoietico	153	122	125,5	31	129	124	104,1	5	282	246	114,7	36
Linfomi non Hodgkin	57	46	124,2	11	49	46	106,2	3	106	92	115,2	14
Area portuale												
Causa	Uomini				Donne				Totale			
	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att
Malattie dell'apparato respiratorio	5.050	4.966	101,7	84	3.823	3.757	101,7	66	8.873	8.723	101,7	150
Asma	89	123	72,3	-34	116	140	82,7	-24	205	263	77,9	-58
Tumore della pleura	514	291	176,4	223	103	85	121,7	18	617	376	164,1	241
Poli chimici												
Causa	Uomini				Donne				Totale			
	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att
Malattie dell'apparato respiratorio	8.338	8.005	104,2	333	5.734	5.806	98,8	-72	14.072	13.811	101,9	261
Asma	194	219	88,7	-25	202	222	91,0	-20	396	441	89,9	-45
Tumore del colon-retto	3.520	3.493	100,8	27	3.283	3.224	101,8	59	6.803	6.718	101,3	85
Tumore dello stomaco	2.404	2.443	98,4	-39	1.709	1.814	94,2	-105	4.113	4.257	96,6	-144

Tabella 1.1. (Continua)

Miniere e/o cave												
Causa	Uomini				Donne				Totale			
	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att
Tumore della pleura	26	15	173,8	11	10	5	197,4	5	36	20	179,8	16
Centrale elettrica												
Causa	Uomini				Donne				Totale			
	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att	Osservati	Attesi	SMR	Oss-att
Malattie dell'apparato respiratorio	1.186	1.137	104,3	49	790	742	106,5	48	1.976	1.879	105,2	97
Malattie respiratorie acute	275	241	114,2	34	330	279	118,5	51	605	519	116,5	86
Asma	20	30	65,9	-10	25	31	79,8	-6	45	62	73	-17
Tumore della trachea, dei bronchi e dei polmoni	1.417	1.305	108,6	112	275	265	103,7	10	1.692	1.570	107,8	122

Att, attesi; Oss, osservati; SMR, rapporto standardizzato di mortalità.

Fonte: Dati Istat. Elaborazione a cura dell'Istituto superiore di sanità, 2012.

tro-Sud. La distribuzione delle cause di morte mostra che l'innalzamento della mortalità rispetto all'atteso nei residenti dei 44 SIN non è uniforme per le diverse cause: la mortalità per tumori è il 30% di tutti i decessi, ma è il 43,2% dei decessi in eccesso (4.309 decessi per tumore su 9.969 decessi totali). Al contrario, la percentuale dell'eccesso per le cause non tumorali è pari al 19%, più bassa del 42% sul totale dei decessi.

I risultati indicano, coerentemente con studi precedenti, che lo stato di salute della popolazione residente in prossimità dei SIN, per quanto sinora misurato attraverso l'analisi della mortalità, è meno favorevole di quello della popolazione di riferimento regionale. Nonostante alcune limitazioni dei dati e delle metodologie, l'analisi ristretta alle cause identificate nel Progetto SENTIERI come maggiormente plausibili, quelle cioè con evidenza a priori Sufficiente o Limitata, fornisce un'ulteriore indicazione della necessità di promuovere e realizzare efficaci azioni di bonifica dei SIN e comunque di minimizzare le sorgenti di contaminazione, o, nel caso

dei siti industriali in attività, di ridurre significativamente le emissioni industriali, al fine di limitare quanto più possibile le ricadute sulla salute dell'esposizione a inquinanti ambientali.

Bibliografia essenziale

- Pirastu R, Ancona C, Iavarone I, et al. SENTIERI - Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: valutazione della evidenza epidemiologica. *Epidemiol & Prev* 2010; 34 (Suppl. 3)
- Pirastu R, Conti S, Forastiere F, et al. SENTIERI - Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e degli Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento: Risultati. *Epidemiol & Prev* 2011; 35 (Suppl. 4)

1.2.2. Aria indoor

Quadro programmatico. La prevenzione e il controllo degli inquinanti indoor si configurano come obiettivi prioritari del Piano di Azione Ambiente e Salute 2004-2012 dell'Unione Europea (UE), che sostiene con

forza l'importanza di proteggere la salute dei bambini dalle minacce presenti negli ambienti di vita.

Tali obiettivi figurano anche tra le priorità della Dichiarazione di Parma, sottoscritta dai Ministri della salute e dell'ambiente dei 53 Paesi dell'OMS Euro, in occasione della V Conferenza paneuropea Ambiente e Salute "Proteggere la salute dei bambini in un ambiente che cambia" (Parma 2010).

In linea con gli orientamenti dell'UE e dell'OMS, il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 fissa alcuni obiettivi di grande scala sui temi ambiente e salute e tra le priorità di salute include l'obiettivo di assicurare a tutti i bambini di vivere e studiare in ambienti sani e sicuri. Analogamente, il nuovo Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, varato con l'Intesa Stato-Regioni del 29 aprile 2010, tra le linee centrali (sulla base delle quali le Regioni predispongono i rispettivi Piani Regionali di Prevenzione) include linee strategiche mirate a migliorare i requisiti igienici di qualità dell'aria indoor (*indoor air quality*, IAQ) nelle scuole e negli altri ambienti frequentati dai bambini. In attuazione agli indirizzi programmatici sopracitati, l'Accordo Stato-Regioni del 18 novembre 2010, recante "Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole dei fattori di rischio indoor per allergie e asma", delinea un programma di interventi integrati da attuare nelle scuole, volti a limitare il contatto degli studenti con i fattori di rischio indoor maggiormente implicati nell'induzione e aggravamento delle malattie respiratorie, asma e allergie. Il programma indica una serie di azioni intersettoriali e multidisciplinari che ricadono nei settori della prevenzione sanitaria e ambientale, comunicazione, educazione, istruzione e ricerca.

Stato di attuazione. Il Ministero della salute, al fine di sviluppare un approccio globale per la sorveglianza, la diagnosi, la prevenzione e il controllo delle malattie respiratorie croniche, nel 2009 è entrato a far parte della GARD (*International Global Alliance Against Chronic Respiratory Disease*) internazionale, un'alleanza promossa dall'OMS, comprendente organizzazioni, istituzioni e

agenzie che lavorano per il comune obiettivo di migliorare la salute respiratoria globale. Nell'ambito della GARD italiana è stato istituito il "gruppo di lavoro GARD-1 per la prevenzione indoor nelle scuole", con il compito specifico di facilitare l'attuazione delle Linee guida per la prevenzione nelle scuole dei rischi indoor per malattie respiratorie, asma e allergie. Il gruppo di lavoro ha concluso nel novembre 2011 un'analisi di contesto sulla situazione dell'inquinamento indoor nelle scuole italiane e sui relativi effetti sulla salute degli studenti. Il prossimo obiettivo del gruppo è mettere a punto le Linee guida per migliorare la IAQ nelle scuole; a tale scopo sono stati attivati sinergie e collegamenti con altri gruppi di lavoro che operano nell'ambito di progetti di ricerca europei e nazionali sull'inquinamento indoor nelle scuole, di seguito elencati.

- Il progetto triennale (2009-2012) dal titolo "Esposizione a inquinanti indoor: Linee guida per la valutazione dei fattori di rischio in ambiente scolastico e definizione delle misure per la tutela della salute respiratoria degli scolari e degli adolescenti", approvato e finanziato dal Ministero della salute nell'ambito del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM). Lo studio ha come obiettivo primario quello di implementare le Linee guida sul controllo dei rischi dell'esposizione a una cattiva IAQ per malattie respiratorie e allergiche nelle scuole primarie e secondarie di primo grado. Nello studio sono incluse le scuole di 7 Regioni italiane: Lombardia, Friuli, Toscana, Lazio, Puglia, Sardegna, Sicilia.
- Il progetto europeo SINPHONIE (*Schools Indoor Pollution and Health: Observatory Network in Europe*), della durata di 2 anni, approvato e finanziato dalla Commissione europea tramite il DG SANCO (*Directorate General for Health and Consumer Affairs, Luxemburg*), che rientra nel piano d'azione europeo su Ambiente e Salute 2004-2012. Il progetto, che si concluderà a fine 2012, include 24 Paesi europei. L'Italia vi partecipa con 3 Regioni: Lombardia, Toscana e Sicilia. Gli obiettivi primari dello studio sono:

- revisione critica sugli effetti più rilevanti dell'esposizione a inquinamento nell'ambiente scolastico;
 - valutazione della qualità dell'aria nelle classi delle scuole selezionate e degli effetti sulla salute degli alunni.
- Il progetto *RESPIRA (Indoor and outdoor Air quality and Respiratory Health in Malta and Sicily)*: si tratta di un progetto biennale sviluppato nell'ambito del Programma di Cooperazione Transfrontaliera (PO 2007-2013) Italia-Malta, che si concluderà nella primavera 2013. Esso coinvolge 1.200 ragazzi della Provincia di Caltanissetta (Sicilia) e 600 coetanei maltesi. Nello studio i dati sanitari verranno incrociati con quelli ambientali rilevati, sia all'interno delle aree scolastiche sia nelle abitazioni, con particolare attenzione nei confronti degli inquinanti chimici (gassosi e $PM_{2.5}$) e biologici (allergeni ed endotossine batteriche). Sarà valutato anche un campione di genitori per meglio comprendere la componente familiare delle patologie respiratorie allergiche.
- Infine, il gruppo GARD-1 ha avviato una collaborazione anche con il gruppo di studio nazionale sull'indoor, istituito dall'ISS, per la definizione di Linee guida sui principali inquinanti indoor e di regole per il monitoraggio e la valutazione delle esposizioni indoor.

Rappresentazione dei dati. Nell'ambito del suo mandato il gruppo GARD-1 ha condotto un'indagine conoscitiva sulla situazione dell'igiene edilizia e ambientale nelle strutture educative e scolastiche in Italia e raccolto le evidenze scientifiche disponibili sugli effetti dell'inquinamento dell'aria indoor sulla salute degli studenti. L'indagine ha evidenziato che negli edifici scolastici sono presenti diverse criticità strutturali e igienico-ambientali, conseguenti sia a lacune normative, sia a carenze gestionali; il patrimonio edilizio scolastico italiano è composto da una percentuale di scuole ancora troppo vecchie, ben il 17% costruite prima del 1945 e il 59% costruite prima del 1975; lo stato di efficienza energetica del parco scolastico è critico, perché gran parte di esso è stata

costruita nel trentennio 1950-1980, in assenza di normative specifiche sul risparmio energetico negli edifici. A fronte di ciò alcuni studi condotti in Europa e in Italia hanno evidenziato che una cattiva qualità dell'aria nelle aule scolastiche e condizioni microclimatiche non ottimali possono influenzare negativamente la salute e la performance degli studenti (*Tabella 1.2*).

Esposizione e valutazione critica dei dati.

Gli studi epidemiologici condotti finora in Italia, oltre a fornire indicazioni generali su come affrontare la problematica dell'IAQ nelle scuole, rappresentano una fonte di nuove metodologie di lavoro multidisciplinare, basato sulla collaborazione di varie istituzioni ed enti e sulle competenze e le esperienze di tecnici, ricercatori, insegnanti e studenti. Si tratta, pertanto, di esperienze che vanno riprodotte e diffuse sul territorio per garantire la diffusione di maggiori conoscenze sul fenomeno dell'inquinamento indoor, sulle sue conseguenze sulla salute e sulle reali possibilità di prevenzione. Parallelamente, altri importanti passi da compiere per la tutela della salute di tutti coloro che frequentano la scuola o per studio o per lavoro sono: rafforzare e aggiornare gli strumenti normativi (es. applicazione del divieto assoluto di fumo nelle scuole e revisione dell'attuale legislazione edilizia per il risanamento degli edifici scolastici esistenti e la progettazione/costruzione di edifici nuovi); definire Linee guida per migliorare la qualità dell'aria indoor e promuovere attraverso l'istituzione scolastica comportamenti e stili di vita salutari.

Bibliografia essenziale

Accordo, ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs. 27 agosto 1997, n. 281, tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano, Province, Comuni e Comunità montane concernente "Linee di indirizzo per la prevenzione nelle scuole dei fattori di rischio indoor per allergie e asma". Repertorio atti n. 124/CU, 18 novembre 2010. GU del 13 gennaio 2011, SG n. 9

Colaiacomo E, De Maio F, Zauli Sajani S, et al. School environment and children respiratory health: the SEARCH project. *Epidemiol Prev* 2009; 33: 239-41

Kim JL, Elfman L, Mi Y, et al. Indoor molds, bacteria, microbial volatile organic compounds and

Tabella 1.2. Studi sulle evidenze di associazioni tra la qualità dell'aria indoor in ambiente scolastico e sintomatologia respiratoria/allergica nei bambini

Studio	Paese, N. soggetti, Età	Tipo di esposizione	Esiti	Associazione Odds ratio*
Taskinen et al., 1999	Finlandia N. 622 7-13 anni	Muffa/umidità (sì vs no)	Visite urgenti Antibiotici	2,0 2,1
Smedje et al., 2001	Svezia N. 1.347 7-13 anni	Allergene gatto Polvere Particelle respirabili	Asma Asma Allergia animali domestici	1,4 per 10 ng 1,4 per 50 mg 1,8 per 10 mg/m ³
Fraga et al., 2008	Portogallo N. 1.607 14 anni	CO ₂ (x 100 ppm)	Tosse notturna Broncostrizione da esercizio fisico	Per CO ₂ > 2.100 ppm: 1,40 1,86
Simoni et al., 2010	Studio HESE** N. 654 10 anni	CO ₂ (x 100 ppm)	Tosse secca notturna Rinite recente	1,06 1,06
Kim et al., 2007	Svezia N. 1.014 Scuola primaria	Temperatura Umidità relativa CO ₂ N. di cambi aria/ora MVOC totali Muffa Formaldeide	Sibili Diagnosi di asma Difficoltà respiratoria diurna Difficoltà respiratoria notturna	Le più alte concentrazioni di MVOC con difficoltà respiratoria notturna (p < 0,01), diagnosi di asma (p < 0,05)
Simoni et al., 2011	Italia, Norvegia, Svezia, Danimarca, Francia N = 654 10 anni	Muffa > 300 cfu/m ³	Tosse secca notturna Rinite Tosse persistente	3,10 2,86 3,79

* OR, odds ratio (rapporto tra esposti a un fattore di rischio e l'evoluzione di una patologia rispetto ai non esposti che abbiano comunque sviluppato quella patologia. Se il valore dell'OR è > 1, il fattore di rischio è o può essere associato nella comparsa della malattia.

** Italia, Svezia, Danimarca, Norvegia, Francia.

plasticizers in schools--associations with asthma and respiratory symptoms in pupils. *Indoor Air* 2007; 17: 153-63

Ministero dell'istruzione e della ricerca, Dipartimento per l'istruzione, Direzione Generale per il personale scolastico, Ufficio X, Anagrafe Edilizia Scolastica-Rapporto Nazionale sullo stato dell'Edilizia scolastica. Presentazione dei risultati della rilevazione effettuata ai sensi dell'art. 7 della legge 11 gennaio 1996, n. 23, Roma, 2012

Simoni M, Annesi-Maesano I, Sigsgaard T, et al.

School air quality related to dry cough, rhinitis, and nasal patency in children. *Eur Respir J* 2010; 35: 742-9

Simoni M, Cai GH, Norback D, et al. Total viable molds and fungal DNA in classrooms and association with respiratory health and pulmonary function of European schoolchildren. *Pediatr Allergy Immunol* 2011; 22: 843-52

Wargocki P, Wyon DP. The effects of moderately raised classroom temperatures and classroom ventilation rate on the performance of schoolwork by children. *HVAC & R Research* 2007; 13: 193-220

1.3. Stili di vita

1.3.1. Alimentazione e attività fisica

Quadro programmatico. Sovrappeso e obesità rappresentano una sfida rilevante per la sanità pubblica; in particolare, l'epide-

mia che sta emergendo nei bambini è preoccupante. Le proiezioni dell'OMS mostrano che, per il 2015, gli adulti in sovrappeso saranno circa 2,3 miliardi e gli obesi più di 700 milioni. Parallelamente, la prevalenza

del diabete arriverà fino al 6,3% nel 2025, coinvolgendo 333 milioni di persone in tutto il mondo. Questa situazione desta particolare preoccupazione per l'elevata morbilità associata, specie di tipo cardiovascolare, oltre al diabete di tipo 2, in genere preceduto dalle varie componenti della sindrome metabolica (ipertensione arteriosa e dislipidemia aterogena), con progressiva aterosclerosi e aumentato rischio di eventi cardio- e cerebrovascolari.

Una sana alimentazione associata a uno stile di vita attivo è un valido strumento per la prevenzione, la gestione e il trattamento di molte malattie. La promozione dell'attività fisica e della corretta alimentazione rappresenta, pertanto, un tema di interesse primario per la sanità pubblica e ha ricadute così positive sullo stato di salute della popolazione da meritare di occupare un posto centrale nella pianificazione sanitaria strategica. Politiche e azioni che promuovono l'attività fisica, oltre a rappresentare un investimento per la prevenzione delle malattie croniche e per il miglioramento della salute, hanno effetti positivi sulla società e sull'economia. L'inattività fisica, infatti, incide anche sul piano economico, sia per i costi diretti e indiretti dell'assistenza sanitaria, sia per l'impatto sulla produttività e sugli anni di vita in buona salute.

Per promuovere uno stile di vita sano e attivo sono necessarie strategie integrate che devono riguardare non solo gli ambienti sanitari, ma anche le politiche educative, di pianificazione urbana e dei trasporti e le politiche agricole. L'approccio intersettoriale consente di modificare i comportamenti non salutari, raccomandando interventi di tipo comportamentale (per agire sullo stile di vita individuale) e sociale (per creare condizioni ambientali atte a cambiare i comportamenti individuali e a mantenerli nel tempo), come indicato dal programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari", approvato con DPCM del 4 maggio 2007. La strategia proposta dal Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, inoltre, non si limita a promuovere azioni in ambiti specificamente sanitari, ma interviene anche in altri settori, in particolare su quelli (ambientali,

sociali ed economici) che maggiormente influenzano i comportamenti individuali e gli ambienti di vita e di lavoro.

Stato di attuazione nei contesti regionali.

Una sana alimentazione e uno stile di vita attivo sono validi strumenti per la prevenzione, la gestione e il trattamento di molte malattie e, pertanto, sono punti cardine dei Piani Regionali della Prevenzione per il triennio 2010-2012, nonché oggetto di progetti specifici sul territorio che prevedono anche attività di formazione dedicate agli operatori e di informazione e comunicazione.

Tutte le Regioni, nell'ambito della macro-area sulla Prevenzione Universale del Piano Nazionale della Prevenzione, hanno sviluppato linee di intervento generali per la prevenzione e la sorveglianza di abitudini, comportamenti, stili di vita non salutari e patologie correlate, con particolare riferimento alle problematiche della scorretta alimentazione e della sedentarietà, che si stanno realizzando secondo l'approccio metodologico proposto da "Guadagnare Salute".

Il progetto "Buone pratiche sull'alimentazione – Intervento di promozione di prodotti ortofrutticoli freschi", più noto come "E... Vai con la frutta", ha visto il coinvolgimento delle Regioni Toscana, Campania, Marche, Puglia, Sicilia, con il supporto scientifico del CREPS-Università degli Studi di Siena. Il progetto aveva l'obiettivo di incrementare il consumo di frutta e verdura nella scuola primaria, secondaria di primo e secondo grado e nei luoghi di lavoro, attraverso l'attivazione di percorsi formativi rivolti ai ragazzi, ai docenti e ai lavoratori e con l'ausilio di materiale informativo-divulgativo e specifico materiale didattico, oltre che la predisposizione di campagne informative e di sensibilizzazione. Tali interventi hanno coinvolto anche gli operatori delle Aziende sanitarie. In ciascuna Regione sono state interessate 20 classi, fra intervento e controllo, di ciascun ordine e grado scolastico, attraverso la somministrazione di un questionario pre/post su conoscenze, atteggiamenti e comportamenti. L'analisi dei dati ha evidenziato un miglioramento statistica-

mente significativo riguardo ai tre aspetti indagati, in particolare sull'incremento del consumo di frutta e verdura. Pertanto, l'offerta di frutta nelle primarie e la distribuzione automatica di frutta e verdura nelle secondarie affiancate da percorsi formativi si sono dimostrate validi strumenti per incrementarne il consumo.

Rappresentazione dei dati. I dati del sistema PASSI 2010, sistema continuo di sorveglianza della popolazione italiana adulta sui principali fattori di rischio comportamentali, evidenziano che un terzo della popolazione tra 18 e 69 anni risulta completamente sedentario, perché non svolge alcun tipo di attività fisica, né al lavoro né nel tempo libero. La sedentarietà risulta più diffusa al Sud, tra i 50-69enni, nelle donne, nelle persone con livello di istruzione più basso e in quelle che riferiscono molte difficoltà economiche. Un segnale positivo dovuto, probabilmente, all'attività di sensibilizzazione promossa a vari livelli è la riduzione della percentuale di persone con stile di vita sedentario che percepiscono il proprio livello di attività fisica come sufficiente (passando dal 25,7% del 2007 al 20,1% del 2010).

I dati PASSI 2010 mostrano, inoltre, che il 32% degli adulti risulta in sovrappeso, mentre l'11% è obeso: complessivamente, quindi, più di 4 adulti su 10 (42%) sono in eccesso ponderale. L'eccesso ponderale cresce in modo rilevante con l'età ed è più frequente negli uomini, nelle persone con basso livello di istruzione e in quelle con maggiori problemi economici, con differenze statisticamente significative nel confronto tra Regioni: la Provincia Autonoma di Trento è il territorio con la percentuale più bassa di persone in sovrappeso/obese (29%), mentre la Puglia è la regione con la percentuale più alta (49%).

Il 97% degli intervistati ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno. Tra questi, il 39% ha riferito di mangiarne 3-4 porzioni. Solo il 10%, però, ha aderito completamente alle raccomandazioni, riferendo un consumo di almeno 5 porzioni al giorno di frutta e verdura (*five-a-day*). Le donne sono quelle che consumano

più frequentemente 5 porzioni al giorno, poi le persone più adulte (50-69 anni) e quelle con un alto livello di istruzione. Il valore più basso si registra nelle ASL della Calabria (6%), il più alto in Liguria (20%).

Esposizione e valutazione critica dei dati.

L'attuale quadro epidemiologico caratterizzato dalla prevalenza delle malattie cronico-degenerative e il ruolo assunto nel loro determinismo da numerosi fattori, fra i quali quelli comportamentali o stili di vita, richiedono di focalizzare l'interesse sulla promozione della salute, prima ancora che si instauri una patologia, anche al fine di ridurre le disuguaglianze in salute e i costi sanitari e sociali. La necessità di seguire con attenzione la situazione nutrizionale e le abitudini di vita della popolazione generale e, in particolare, dei bambini è fortemente motivata dalle implicazioni dirette sulla salute. Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale è, pertanto, un principio alla base delle strategie italiane in materia di prevenzione e promozione della salute (il Programma Governativo "Guadagnare Salute" e il Piano Nazionale della Prevenzione).

Nell'ottica dell'intersectorialità del programma "Guadagnare Salute", i sistemi di sorveglianza favoriscono la collaborazione in rete degli operatori coinvolti, consentendo di sperimentare e sviluppare modalità di comunicazione rivolte a molteplici interlocutori e facilitando l'integrazione tra le diverse professionalità e i servizi.

Continuare a monitorare il fenomeno è necessario per consentire la costruzione di trend temporali e la valutazione dei risultati di salute, ma anche per programmare interventi di sanità pubblica che possono risultare incisivi nelle varie fasce d'età e, al tempo stesso, consentano di disporre di elementi necessari per la valutazione in termini di efficacia, costi, accessibilità, disuguaglianze di salute.

Per disincentivare i comportamenti non salutari è essenziale, seguendo i principi di "Guadagnare Salute", affrontare i determinanti ambientali, sociali e individuali dell'inattività fisica e della scorretta alimentazione,

implementare azioni sostenibili attraverso una collaborazione tra più settori a livello nazionale, regionale e locale e rafforzare il ruolo attivo di advocacy da parte dei professionisti della salute, per fare in modo che le politiche economiche, agricole, commerciali, urbanistiche ed educative siano orientate a promuovere e facilitare l'adozione di scelte salutari da parte dei cittadini.

Bibliografia essenziale

Ministero della salute. Appropriatelyzza clinica, strutturale, tecnologica e operativa per la prevenzione, diagnosi e terapia dell'obesità e del diabete mellito. Quaderni del Ministero della salute, n. 10, luglio-agosto 2011

Ministero della salute. Guadagnare Salute – Stili di vita. www.salute.gov.it/stiliVita/stiliVita.jsp. Ultima consultazione: settembre 2012

Ministero della salute. Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2009-2010

1.3.2. Fumo, alcool, sostanze stupefacenti e psicotrope

Quadro programmatico. Il tabagismo, l'abuso di alcool e l'uso di sostanze stupefacenti sono alcuni dei principali fattori di rischio comportamentale di mortalità anche nel nostro Paese.

La prevenzione del tabagismo richiede cooperazione e coordinamento tra numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni, secondo l'approccio intersettoriale e trasversale ai fattori di rischio proposto dal Programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari". La strategia italiana per il contrasto al tabagismo si basa sulla protezione della salute dei non fumatori, la riduzione della prevalenza dei nuovi fumatori, il sostegno alla cessazione degli attuali fumatori. Accanto alla prevenzione primaria e alla cura del tabagismo e delle patologie correlate, è necessario sviluppare e sostenere la legislazione sugli ambienti senza fumo, adottare misure relative all'etichettatura e alla pubblicità dei prodotti, definire le politiche fiscali e dei prezzi, anche prendendo parte alle iniziative internazionali per il controllo del tabacco, dando attuazione, in particolare, alle misure raccomandate dalla Con-

venzione Quadro OMS per il Controllo del Tabacco del 2003, nonché partecipando attivamente al processo di elaborazione normativa e alle altre attività promosse dall'UE.

Per quanto riguarda l'alcool, le attuali politiche di prevenzione del Ministero della salute sono inserite nel Piano Nazionale di Prevenzione 2010-2012, che prevede come obiettivo prioritario la riduzione delle diverse categorie di consumatori di alcool a rischio, quali i consumatori fuori pasto, i consumatori di quantità giornaliere non compatibili con una buona salute, i *binge drinkers*, i consumatori che guidano in stato di alterazione psicofisica dovuta all'alcool, i consumatori all'interno dei luoghi di lavoro.

Anche l'uso/abuso di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi rappresentano un problema di salute pubblica, sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori, sia per la popolazione generale non direttamente esposta. Il Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, approvato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri nel 2010, mira a rafforzare gli interventi di prevenzione basati su prove di efficacia, sia diretti alla popolazione generale, sia, soprattutto, diretti ai target più vulnerabili e a rischio comportamentale della popolazione giovanile. Il Piano sottolinea la necessità di implementare, nei Servizi per le tossicodipendenze, l'offerta del "testing" per le principali malattie infettive droga-correlate, di assicurare azioni di prevenzione delle patologie correlate, favorendo la collaborazione e il coordinamento fra servizi sociosanitari in relazione a situazioni di comorbilità psichiatrica, malattie infettive ecc., con particolare riguardo alle persone reclusi.

Stato di attuazione nei contesti regionali.

Il ruolo delle Regioni, quali Istituzioni prossime ai cittadini, nonché titolari della competenza in materia di organizzazione sanitaria, è fondamentale per lo sviluppo e la diffusione di attività e interventi di promozione di stili di vita salutari e di prevenzione di comportamenti a rischio.

Il CCM del Ministero della salute promuove l'attuazione di numerosi progetti, in gran parte affidati al coordinamento delle Regio-

ni e dell'ISS, a sostegno delle attività di prevenzione e promozione della salute. Dal 2004 al 2011, per esempio, sono stati attivati diciassette progetti CCM per il contrasto al tabagismo, che hanno, tra l'altro, facilitato l'inserimento della lotta al fumo negli atti istituzionali di programmazione di tutte le Regioni. Inoltre, sono stati sperimentati a livello locale modelli di intervento per la prevenzione tra i giovani, il rafforzamento della rete di operatori sociosanitari, lo sviluppo di programmi di comunità e nei luoghi di lavoro, nonché attività di formazione al colloquio motivazionale breve, per operatori sanitari e di altri settori (farmacisti, insegnanti, operatori sportivi ecc.). Sulla base dei risultati e delle indicazioni fornite dai progetti CCM, nell'ambito della linea di intervento specifica per la promozione di stili di vita salutari del Piano Nazionale della Prevenzione 2010-2012, sedici Regioni hanno presentato nei propri piani territoriali progetti di prevenzione del tabagismo (40 progetti su 153 complessivi della linea) [Tabella 1.3].

Tabella 1.3. Progetti sul tabagismo all'interno dei Piani Regionali di Prevenzione 2010-2012

Piemonte	5
Valle d'Aosta	ND
Lombardia	3
PA di Bolzano	ND
PA di Trento	1
Veneto	4
Friuli Venezia Giulia	2
Liguria	1
Emilia Romagna	1
Toscana	3
Umbria	2
Marche	3
Lazio	2
Abruzzo	1
Molise	0
Campania	1
Puglia	2
Basilicata	1
Calabria	6
Sicilia	2
Sardegna	0
Totale	40

ND, non disponibile.

Le Regioni, inoltre, come emerge dalle relazioni di monitoraggio predisposte ai fini della Relazione al Parlamento prevista dalla legge 125/2001, proseguono il loro impegno per il contrasto dei problemi alcool-correlati e hanno curato in particolare la programmazione delle attività di trattamento e prevenzione, adottando sempre più frequentemente un modello di approccio intersettoriale e interdisciplinare.

Sul territorio nazionale sono attivi 525 Servizi pubblici per le tossicodipendenze che assicurano la presa in carico dei soggetti con problemi di dipendenza da sostanze legali e illegali. A seguito dell'Accordo 21 gennaio 1999, tali servizi sono inseriti nell'ambito dei Dipartimenti delle Dipendenze, istituiti da diverse Regioni. Al fine di rendere più efficaci le politiche di contrasto alle tossicodipendenze sono necessari maggiore concertazione e coordinamento degli obiettivi fra Istituzioni centrali, regionali e locali coinvolte, anche per affrontare alcune problematiche emergenti, quali il contrasto al gioco d'azzardo patologico.

Rappresentazione dei dati. La prevalenza dei consumatori di alcool a rischio nella popolazione di età superiore a 11 anni, secondo l'indicatore di rischio adottato dall'ISS, è pari al 25,4% tra i maschi e al 7,3% tra le femmine, per un totale di oltre 8.600.000 individui. Tra i giovani di 11-25 anni presentano consumi a rischio il 20,1% dei maschi e il 10,1% delle femmine e tra gli anziani di oltre 65 anni il 44,3% dei maschi e l'11,4% delle femmine. Permangono forti differenze di genere in tutte le classi di età, tranne che in quella al di sotto dell'età legale (11-15 anni), nella quale non si registrano differenze statisticamente significative tra maschi e femmine. Resta elevata l'articolazione dei consumi e dei modelli di consumo nell'ambito delle diverse Regioni e Province Autonome (Tabella 1.4) e nell'Italia Nord-orientale e Nord-occidentale si concentra la maggior parte dei valori di consumo a rischio superiori alla media nazionale, mentre quelli inferiori si concentrano nell'Italia centrale, meridionale e insulare. In particolare, nella popolazione maschile dell'Italia Nord-