

Prevenzione, fattori di rischio e stili di vita

Sempre più numerose evidenze scientifiche documentano la stretta correlazione tra l'insorgenza di alcune patologie e l'adozione di stili di vita non corretti, alcuni dei quali influenzati da fattori sociali ed economici, che si pongono al di fuori delle possibilità di controllo individuale ed esulano dalla sfera di intervento del sistema dei servizi sanitari. Gli interventi su questi determinanti di salute richiedono più ampi sforzi nazionali e locali.

Già il PSN 1998-2000, individuate le patologie che provocano il maggior carico di morbosità, disabilità e morte, si proponeva di promuovere l'adozione di comportamenti e stili di vita sani e di sostenere la diffusione di attività di controllo e di riduzione dei fattori di rischio, soprattutto con riguardo ai gruppi sociali più svantaggiati.

Il successivo PSN 2003-2005 indica, fra gli obiettivi prioritari del Ministero della Salute, la lotta alle malattie prevenibili attraverso interventi di sanità pubblica appropriati: nei confronti sia di patologie delle quali si conosce l'agente eziologico, ma il cui impatto potrebbe essere limitato da interventi di prevenzione primaria, sia di alcune forme neoplastiche contrastabili con programmi di screening selettivi.

Proprio allo scopo di ostacolare la diffusione delle malattie cronico-degenerative, spesso prevenibili e che tuttavia hanno un impatto sempre più rilevante nella nostra popolazione e di fornire servizi di diagnosi precoce e prevenzione accessibili a tutti i cittadini, uniformemente su tutto il territorio nazionale, l'Intesa tra Stato, Regioni e Province autonome del 23 marzo 2005 ha incluso il Piano Nazionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007. Il coordinamento è stato affidato al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), che ha predisposto le Linee Operative per la pianificazione dei progetti regionali, secondo i seguenti ambiti di intervento: la prevenzione della patologia cardiovascolare (diffusione della carta del rischio, prevenzione dell'Obesità, delle complicanze del diabete e delle recidive), lo screening dei tumori, la prevenzione degli incidenti ed il piano delle vaccinazioni). Su questa base ogni regione si è impegnata nella stesura di piani locali che, pur tenendo conto delle realtà territoriali, sono finalizzati ad obiettivi uniformi ed integrati a livello nazionale.

Centri antifumo

Significato. Parallelamente ad una crescente attenzione per la disassuefazione da fumo, negli ultimi anni in Italia si è assistito ad una continua espansione della rete dei Centri Antifumo, tra Ospedali, ASL e Centri della Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT). Dalla collaborazione tra Ministero della Salute e coor-

dinamento tecnico delle Regioni sul tabagismo congiuntamente all'Istituto Superiore di Sanità è nato un progetto di ricerca per il potenziamento delle offerte di sostegno ai fumatori, con la finalità di ottenere dati omogenei e confrontabili nelle diverse realtà regionali.

Tasso centri antifumo

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Numero Centri Antifumo}}{\text{Popolazione media residente}} \times 100.000$$

Validità e limiti. L'indicatore fornisce dati probabilmente sottostimati, in quanto non tiene conto delle attività svolte in ambito privato, volontaristico o di altre realtà che non hanno formalizzato l'offerta.

Le strutture censite sono, di fatto, estremamente eterogenee nelle modalità di accesso, nell'iter di valutazione del fumatore, nella formazione culturale degli operatori e, di conseguenza, nella tipologia di approccio terapeutico (counseling individuale o di gruppo, terapia farmacologica o non convenzionale).

Valori di riferimento. Il numero di centri antifumo può essere considerato a confronto con il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il numero totale di centri antifumo sul territorio nazionale è 327, di cui 248 appartenenti al Sistema Sanitario Nazionale e 79 alla Lega Italiana per la Lotta ai Tumori, con una media nazionale di 0,5 centri per ogni 100.000 abitanti. In assoluto il maggior numero di centri è dislo-

Tabella 1 - Centri Antifumo (numero e tasso per 100.000 abitanti) del Sistema Sanitario Nazionale e della Lega Italiana per la Lotta ai Tumori per regione - Anno 2005

Regioni	Centri (SSN)	Centri (LILT)	Totale centri	Tasso
Piemonte	14	5	19	0,44
Valle d'Aosta	1	1	2	1,63
Lombardia	36	7	43	0,46
Bolzano-Bozen	4	1	5	1,05
Trento	6	1	7	1,41
Veneto	29	7	36	0,77
Friuli Venezia Giulia	6	2	8	0,66
Liguria	8	4	12	0,75
Emilia Romagna	30	6	36	0,87
Toscana	25	8	33	0,92
Umbria	9	2	11	1,28
Marche	9	4	13	0,86
Lazio	16	5	21	0,40
Abruzzo	9	1	10	0,77
Molise	2	2	4	1,24
Campania	13	4	17	0,29
Puglia	15	5	20	0,49
Basilicata	1	1	2	0,34
Calabria	3	3	6	0,30
Sicilia	8	6	14	0,28
Sardegna	4	4	8	0,48

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Osservatorio Fumo, Alcol e Droga-Istituto Superiore di Sanità. Dati aggiornati a maggio 2005.

Tasso centri antifumo per 100.000 abitanti. Anno 2005

cato in Lombardia (43), Veneto (36), Emilia Romagna (36) e Toscana (33); riferendo questi dati alla popolazione residente si osserva una distribuzione piuttosto uniforme su tutto il territorio nazionale, ad eccezione della Valle D'Aosta con un rapporto pari a 1,6 e la Provincia Autonoma di Trento con un rapporto di 1,4.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le strategie d'intervento per la lotta al tabagismo, oltre alla prevenzione dell'iniziazione, non possono prescindere dall'aiuto a coloro che già fumano a smettere definitivamente. Dal Rapporto sul fumo in Italia-2004 del Dipartimento del Farmaco dell'ISS, emerge che nell'ultimo anno il numero di persone che hanno smesso di fumare è aumentato (dal 16,6% nel 2003 al 17,9% nel 2004); di questi, il 90,4% non ha cercato alcun tipo di supporto, psicologico o farmacologico. Tuttavia, la maggior parte di coloro che hanno smesso di fumare riprende entro un anno ed indubbiamente i trattamenti sanitari migliorano la probabilità di successo.

La nascita dei primi centri di disassuefazione risale alla fine degli anni '80; oggi sono 327, molti dei quali di recente costituzione, a testimonianza della crescente attenzione posta al problema del fumo, nell'ambito delle politiche sanitarie nazionali.

Contestualmente, nel 2000 è stato attivato il Telefono Verde contro il Fumo, servizio anonimo e gratuito, che fornisce attività di consulenza alla popolazione ed agli operatori sanitari, elabora materiale informativo e gestisce una banca dati.

L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga dell'ISS, con gli

operatori del Telefono Verde, svolge funzione di coordinamento dei Servizi per la Cessazione del fumo di tabacco e, attraverso la diffusione delle informazioni raccolte sulle strutture, ne facilita l'accessibilità.

Prevalenza di fumatori

Significato. Il fumo di tabacco è la principale causa di morte prevenibile e rappresenta uno dei più importanti problemi di Sanità Pubblica a livello mondiale. Secondo la Commissione Europea, ogni anno in Europa oltre 650.000 morti sono imputabili al tabacco ed oltre 13 milioni sono le persone che soffrono di una malattia cronica derivata da questa dipendenza.

Il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, dalla constatazione che negli ultimi 10 anni (1991-2000) la distribuzione percentuale dei fumatori non mostra significative diminuzioni, sottolinea la necessità di appositi interventi legislativi, coniugati a campagne di educazione ed informazione sui danni procurati dal fumo attivo e passivo.

Prevalenza di persone di 15 anni e oltre per abitudine al fumo

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 15 anni e oltre per abitudine al fumo}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'indagine (DOXA e Istat) di 15 anni e oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. L'indagine campionaria è stata effettuata dalla DOXA per conto dell'Istituto Superiore di Sanità, in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e la Lega Italiana per la lotta contro i Tumori. I dati sono stati messi a confronto con quelli rilevati, con la stessa metodologia, nelle edizioni precedenti. Le informazioni sono state raccolte nel periodo 15 marzo 30 aprile 2005 in 149 comuni di tutte le regioni italiane, attraverso 3114 interviste condotte su un campione rappresentativo, costituito da soggetti adulti di almeno 15 anni di età. I dati sul consumo di tabacco rilevati dall'Istat provengono dall'indagine multiscopo sulle famiglie "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". L'indagine campionaria ha rilevato in passato (1980, 1983, 1987, 1991, 1994) circa 20.000 famiglie per un totale di oltre 60.000 individui. Nell'ultima indagine relativa al 1999/2000 il campione è stato notevolmente ampliato a circa 60.000 famiglie per un totale di quasi 140.000 individui. I dati sono raccolti per singolo individuo mediante autocompilazione del questionario. Alle persone di 14 anni e oltre viene chiesto se fumano o hanno fumato in passato, l'età di inizio e, se hanno smesso di sfumare, l'età in cui hanno smesso, nonché la quantità di sigarette fumate giornalmente.

Benchmark. La prevalenza di fumatori può essere considerata a confronto con il dato medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Dall'osservazione dei dati DOXA 2005 (tabella 1), si può notare che la prevalenza di fumatori è lievemente maggiore al Nord (26,4%), rispetto al Centro (23,4) e al Sud (25,8). Per quanto riguarda il numero di sigarette fumate al giorno, si osserva un gradiente decrescente Nord-Sud per i soggetti che fumano meno di 15 sigarette/die; la tendenza subisce, invece, un'inversione se si considerano i forti fumatori (più di 25 sigarette/die). Tuttavia, il Sud e il Centro sono caratterizzati da una maggior percentuale di soggetti che non hanno mai fumato (60,5%) e di ex-fumatori (24,8%), rispettivamente. Valutando la variazione della prevalenza di fumatori, dai dati raccolti nelle indagini DOXA ed Istat negli anni 1957-2000, si nota che questa ha subito una costante diminuzione negli uomini (dal 65 al 32%); nelle donne, invece, è aumentata, dal 6,2 % nel 1957 al 16,3% nel 1975, fino al 18,2% nel 2000.

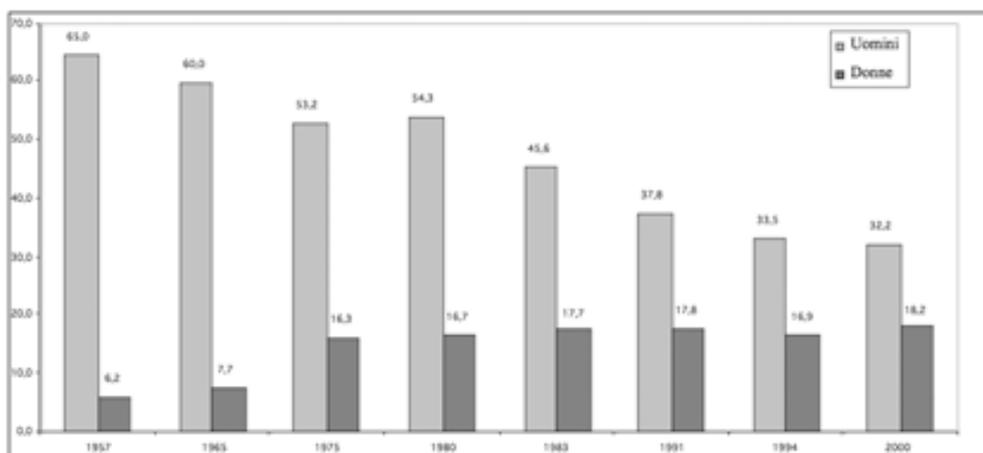
Raccomandazioni di Osservasalute

Il PSN 2003-2005, nell'ambito del Progetto 9 "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute", indirizza l'attività del Servizio Sanitario Nazionale allo sviluppo di un sistema di comunicazione e prevenzione; fra gli obiettivi strategici viene indicata fra l'altro, la necessità di coinvolgimento di soggetti pubblici e privati in comuni iniziative di informazione sulla salute.

Tabella 1 - Prevalenza di persone di 15 anni e oltre per ripartizione e abitudine al fumo (percentuali) - Anno 2005

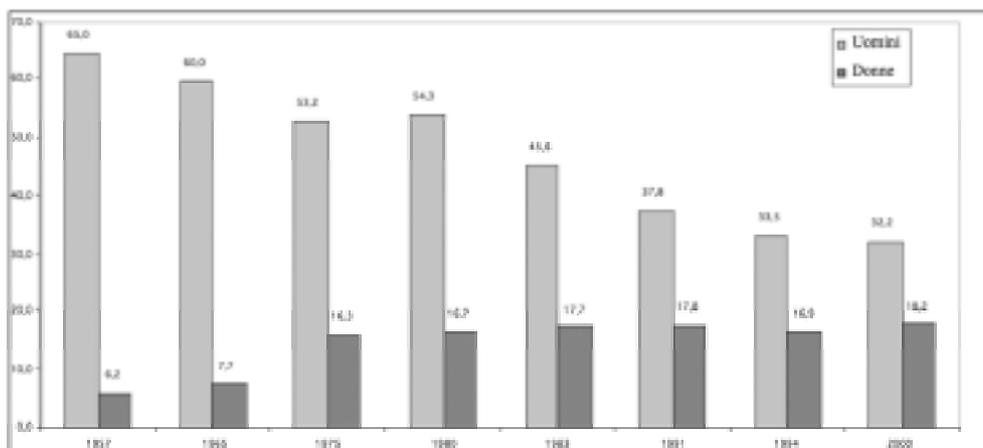
	Nord	Centro	Sud e Isole	Italia
Mai fumatori	54,0	51,8	60,5	55,8
Ex fumatori	19,6	24,8	13,7	18,6
Fumatori di sigarette totali di cui:	26,4	23,4	25,8	25,6
meno di 15 sigarette/ die	14,8	12,5	9,7	12,3
15-24 sigarette / die	10,3	8,5	12,9	10,9
più di 25 sigarette/die	1,3	2,4	3,2	2,4

Fonte dei dati e anno di riferimento: DOXA per l'ISS. Il fumo in Italia. Maggio 2005.

Grafico 1 - Prevalenza del fumo di sigarette per sesso - Anni 1957, 1965, 1975, 1980, 1983, 1991, 1994, 2000

Fonte dei dati ed anno di riferimento: DOXA per l'Istituto Superiore di Sanità. Il fumo in Italia. Anni 1957, 1965, 1975. Indagine Multiscopo sulle Famiglie. "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1980, 1983, 1991, 1994, 2000.

Confronto internazionale

Grafico 2 - Confronto internazionale della percentuale di fumatori adulti - Anno 2002

Fonte dei dati ed anno di riferimento: J. Mackay, M. Eriksen, The Tobacco Atlas - World Health Organization 2002.

te e la progettazione di una Banca-dati di informazioni aggiornate sulla rete di servizi sanitari e sociosanitari; nel contesto, viene ribadita la necessità di interventi di carattere legislativo. Dal 10 gennaio 2005 è entrato in vigore l'art. 51 della legge antifumo n.3 del 16/01/2003, che regolamenta gli esercizi pubblici, i luoghi di lavoro, gli spazi adibiti ad attività ricreative ed ai circoli privati. La normativa definisce i requisiti tecnici delle aree dedicate ai fumatori, dei relativi impianti di ventilazione e di ricambio d'aria e, laddove questo non fosse possibile, prevede il divieto assoluto. Parallelamente prosegue, dopo una prima fase partita a gennaio 2003, la campagna del Ministero

della Salute sulla dissuasione dal fumo, attraverso i principali network televisivi e su internet. L'obiettivo è sensibilizzare i fumatori attivi sui danni che il fumo provoca sui fumatori passivi ed, in generale, prevenire l'iniziazione al fumo dei giovanissimi.

L'importanza della prevenzione dell'abitudine al fumo di tabacco, quale fattore di rischio cardiovascolare, è ribadita anche dal Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 nella definizione della carta del rischio, strumento che consentirà di rendere consapevole il paziente sulla probabilità di andare incontro ad un incidente cardiovascolare, in base ai fattori di rischio che caratterizzano la sua vita.

I consumi alcolici e il rischio alcol-correlato nella popolazione

Significato. Il consumo di alcol è uno dei principali fattori di rischio individuali e di popolazione. La valutazione del numero di consumatori di bevande alcoliche (esposti al potenziale fattore di rischio alcol) e degli individui che consumano quantità di alcol considerate a maggior rischio per la salute rappresentano indicatori essenziali per la programmazione sanitaria e per il monitoraggio dello stato di salute della popolazione.

Quantità giornaliere di consumo eccedenti i 20 grammi di alcol al giorno per il sesso femminile e 40 grammi al giorno per quello maschile consentono di individuare i consumatori a maggior rischio, ovvero a maggiore probabilità di insorgenza di problemi e patologie alcol-correlate. Questa definizione scaturisce da quanto raccomandato dalle Linee Guida per una Sana Alimentazione (Italia, 2003, INRAN, Ministero per le Politiche Agricole e Forestali), che acquisiscono le indicazioni dell'Organizzazione

Mondiale della Sanità, del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità e della Società Italiana di Alcolologia. L'uso di tale indicatore è raccomandato anche nell'ambito del progetto European Community Health Indicators – ECHI 1 e ECHI 2 che ha definito lo standard di monitoraggio della salute europea. Tenendo conto delle categorie di consumo rilevate nell'indagine Istat e facendo riferimento a quantità equivalenti di alcol (12 grammi = 1 Unità Alcolica Standard) e delle conversioni necessarie (i cui dettagli sono reperibili sul sito www.ossfad.iss.it) è possibile identificare come a maggior rischio gli individui che dichiarano di consumare le quantità di alcol riportate nelle definizioni che seguono.

Poiché tale indicatore è fortemente determinato dal consumo di vino, si è deciso di accompagnare l'indicatore aggregato relativo alla prevalenza dei consumatori di alcol a maggior rischio a quello relativo ai consumatori di vino a maggior rischio.

Prevalenza di consumatori di bevande alcoliche

Numeratore	Persone di 14 anni e oltre che dichiarano di consumare almeno una bevanda alcolica	x 100
Denominatore	Popolazione dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni	

Prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio - Maschi

Numeratore	Maschi di 14 anni e oltre che assumono oltre mezzo litro di vino al giorno o oltre un litro di birra al giorno o oltre 2 bicchierini di super alcolici, amari o aperitivi alcolici	x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni	

Prevalenza di consumatori di alcol a maggior rischio - Femmine

Numeratore	Femmine di 14 anni e oltre che assumono oltre 1-2 bicchieri di vino al giorno o oltre mezzo litro di birra al giorno o oltre 2 bicchierini di super alcolici, amari o aperitivi alcolici	x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni	

Prevalenza di consumatori di vino a maggior rischio - Maschi

Numeratore	Maschi di 14 anni e oltre che assumono oltre mezzo litro di vino al giorno	x 100
Denominatore	Popolazione maschile dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni	

Prevalenza di consumatori di vino a maggior rischio - Femmine

Numeratore	Femmine di 14 anni e oltre che assumono oltre 1-2 bicchieri di vino al giorno	x 100
Denominatore	Popolazione femminile dell'indagine Multiscopo Istat di età superiore ai 14 anni	

Validità e limiti. Sono stati elaborati secondo i criteri stabiliti dall'Osservatorio Nazionale Alcol OSSFAD-CNESPS e dal Centro dell'OMS per la Ricerca e la promozione della salute sull'Alcol dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), i dati dell'Indagine Multiscopo Istat relativa ad "Aspetti della vita quotidiana" per l'anno 2002. Le classi di età scelte sono rappresentative dei principali target di popolazione ai quali destinare eventuali iniziative preventive opportunamente differenziate in funzione delle caratteristiche e dei modelli culturali del consumo alcolico: adolescenti, giovani, giovani adulti, adulti, giovani anziani, anziani. L'Istat fornisce informazioni disaggregate sulle frequenze dei consumatori delle bevande alcoliche oggetto di rilevazione (vino, birra, superalcolici, amari e aperitivi alcolici). E' tuttavia possibile calcolare un dato aggregato sul consumo complessivo sulla base dell'assunzione, proposta dall'Osservatorio Nazionale Alcol, che possano essere considerati come consumatori di alcol tutti i soggetti che all'indagine Istat dichiarino di consumare almeno una delle bevande alcoliche inserite nel questionario di rilevazione; per converso, possono essere definiti astemi coloro che hanno dichiarato di non consumare alcuna delle bevande alcoliche considerate. Le informazioni sul consumo di bevande vengono rilevate dall'Istat annualmente mediante l'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". L'indagine campionaria rileva circa 21.000 famiglie per un totale di oltre 50.000 individui. I dati sono raccolti per singolo individuo mediante autocompilazione del questionario. Alle persone di 14 anni e oltre (11 anni a partire dal 2003) viene chiesto in quale quantità consumano abitualmente birra e vino, con modalità di risposta che si riferiscono a quantità facilmente misurabili dall'intervistato (oltre 1 litro al giorno, da mezzo a 1 litro al giorno, 1-2 bicchieri al giorno, più raramente, solo stagionalmente, non ne consumo). Un altro quesito misura invece il consumo di alcolici e superalcolici chiedendo anche in questo caso le quantità di consumo abituale (le modalità di risposta sono: più di 2 bicchierini al giorno, 1-2 bicchierini al giorno, qualche bicchierino alla settimana, più raramente, eccezionalmente, non ne consumo). Con tale strumento di indagine non è possibile rilevare direttamente i grammi alcolici giornalieri consumati, in quanto l'intervistato deve essere messo in grado di rispondere secondo quantità facilmente misurabili. Pertanto per convertire i consumi dichiarati in grammi alcolici giornalieri è necessario ricondurre le diverse modalità di risposta a quantità equivalenti di alcol e a riconversioni che non possono garantire la precisione della stima. Inoltre va tenuto presente che le informazioni sono soggettive, in quanto fornite direttamente dall'intervistato, con possibili distorsioni dovute a diversi fattori (problemi di memoria, difficoltà a quantificare il consumo abituale, tendenza a non dichiarare

consumi molto elevati, ecc.).

Benchmark. Le indicazioni dell'OMS, acquisite dai Piani Sanitari Nazionali e dalle Linee Guida per una sana alimentazione, indicano in 20 grammi di alcol puro al giorno per il sesso femminile e in 40 grammi per il sesso maschile le quantità da non superare per non incorrere in un maggior rischio di patologie e problemi alcolcorrelati che peraltro sono sempre possibili anche a quantità inferiori di consumo alcolico.

Descrizione dei risultati

La prevalenza dei consumatori di alcol in Italia è pari all'86,6% degli uomini ed al 60,1% delle donne con età superiore ai 14 anni di età. Tali prevalenze presentano delle differenze regionali più marcate per il sesso femminile per il quale si registra un più evidente gradiente Nord-Sud (tabella 1).

Tabella 1 - Prevalenza di consumatori di bevande alcoliche per sesso e regione (tassi per 100 persone) – Anno 2002

Regioni	Maschi	Femmine
Piemonte e Valle d'Aosta	87,0	62,1
Lombardia	86,5	59,6
Trentino-Alto Adige	89,0	70,2
Veneto	88,4	66,9
Friuli-Venezia Giulia	88,1	65,0
Liguria	87,7	65,0
Emilia-Romagna	86,6	65,9
Toscana	88,8	66,8
Umbria	89,1	65,3
Marche	90,1	67,1
Lazio	86,9	60,2
Abruzzo	85,9	59,6
Molise	87,8	55,7
Campania	84,8	51,9
Puglia	88,8	61,3
Basilicata	86,7	53,7
Calabria	86,5	57,9
Sicilia	80,8	48,4
Sardegna	84,2	51,8
Italia	86,6	60,1

In relazione alle prevalenze di consumatori a maggior rischio, il 9,4 % degli uomini e il 19,2 % delle donne hanno dichiarato un consumo di alcol considerato a maggior rischio. Dodici regioni per i maschi e dieci per le femmine mostrano prevalenza al di sopra della media nazionale. La prevalenza di consumatori a rischio è nel sesso femminile rispetto a quello maschile. Tali risultati sono da considerare con particolare attenzione in termini di possibili esigenze di attività di prevenzione da orientare al target femminile che, fisiologicamente, è più vulnerabile a quantità comunemente percepite come moderate di alcol e pari a 1-2 bicchieri di una qualunque bevanda alcolica. Riguardo la distribuzione dei consumatori di alcol

Tabella 2 - Prevalenza di consumatori di alcol e vino a maggiore rischio, per sesso e regione (tassi per 100 persone) – Anno 2002

Regioni	Maschi		Femmine	
	Vino %	Alcol %	Vino %	Alcol %
Piemonte e Valle d'Aosta*	9,3	9,6	21,8	21,9
Lombardia	9,6	10,3	21,0	21,2
Trentino-Alto Adige	6,4	6,6	14,6	14,7
Veneto	9,5	9,6	23,3	23,3
Friuli-Venezia Giulia	6,9	7,2	17,5	17,9
Liguria	11,2	11,3	24,4	24,5
Emilia-Romagna	11,2	11,3	24,5	24,8
Toscana	12,6	12,7	26,6	26,8
Umbria	12,4	12,8	21,5	21,7
Marche	12,6	12,7	22,9	23,1
Lazio	7,5	7,8	16,2	16,5
Abruzzo	8,6	8,9	16,0	16,0
Molise	11,8	12,3	16,4	16,4
Campania	8,5	8,5	14,9	15,0
Puglia	9,8	10,0	19,6	19,6
Basilicata	7,7	8,1	18,1	18,1
Calabria	5,9	6,4	12,2	12,6
Sicilia	4,6	5,1	9,9	10,1
Sardegna	7,5	9,4	11,3	11,3
Italia	9,0	9,4	19,0	19,2

* I dati della Valle d'Aosta sono stati accorpati a quelli del Piemonte.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2005.

a maggior rischio secondo le classi di età è da registrare che la prevalenza aumenta con l'età per entrambi i sessi e presenta i valori più elevati nelle classi di età 65-74 anni seguita da quella relativa ai 45-64enni. La nostra nazione presenta quindi una consistente fascia di popolazione a rischio di consumi alcolici eccedenti i limiti massimi raccomandati dalle Linee Guida per una sana alimentazione: la stima per il 2002 è del 14,4% dei consumatori prevalentemente donne.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nonostante la diminuzione dei consumi medi di alcol pro-capite osservati in Italia e che hanno raggiunto, da ormai quattro anni, un sostanziale plateau di 7,4 litri per anno, la nostra nazione ha registrato nel tempo un ampliamento costante e progressivo del numero di consumatori. In termini di salute pubblica ciò significa che un numero crescente di individui ha scelto di incominciare a bere ampliando la platea dei soggetti esposti al potenziale fattore di rischio alcol. A tale riscontro è da affiancare quello relativo ad una prevalenza di consumatori e consumatrici a maggior rischio che riguarda tutte le classi di età ed in particolare le popolazioni più mature. E' di fondamentale importanza una capillare ed intensiva diffusione delle indicazioni che possono consentire scelte individuali informate, consapevoli e responsabili in grado di rinforzare le capacità della persona (e in particolare dei giovani, degli anziani e delle donne) di contribuire attivamente al processo individuale della scelta della moderazione nei consumi.

La diffusione delle Linee Guida per una corretta ali-

mentazione e dei limiti giornalieri di consumo alcolico da non superare, l'indicazione di consumare le bevande alcoliche sempre accompagnandole ai pasti e di evitare episodi di concentrazione in particolari momenti o circostanze, evitare il consumo di alcol al di sotto dell'età legale e prima di mettersi alla guida o di recarsi sul luogo di lavoro sono solo alcune delle indicazioni che possono essere inserite nell'ambito di strategie di promozione della salute e di prevenzione locali, regionali e nazionali.

Persone di 3 anni e oltre che praticano attività fisica

Significato. E' ormai riconosciuto che l'attività fisico-motoria svolge un ruolo importante nel garantire uno stato di buona salute e che i suoi benefici sono molteplici: già un livello moderato di attività fisica riduce notevolmente il rischio di patologia cardiovascolare, di altre patologie quali l'obesità, il diabete di tipo II, quelle a carico dell'apparato osteoartromuscolare. E' interessante anche l'evidenza di come un'atti-

vità fisica da moderata a vigorosa riduca il rischio di determinati tipi di neoplasie (soprattutto carcinoma del colon o del retto).

Pertanto, considerando l'importante correlazione tra sedentarietà e patologie cardiovascolari e cronico-degenerative, l'attività fisica può essere considerata un determinante di salute.

Tasso standardizzato per età di persone che praticano attività fisica

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Persone di 3 anni e oltre che praticano attività fisica}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione dell'indagine Multiscopo Istat di 3 anni e oltre}} \times 100$$

Validità e limiti. Le informazioni sull'attività fisica e sportiva vengono rilevate dall'Istat annualmente mediante l'indagine multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". L'indagine campionaria rileva circa 21.000 famiglie per un totale di oltre 50.000 individui. I dati sono raccolti per intervista diretta. Alle persone di 3 anni e più viene chiesto se praticano uno o più sport con continuità o saltuariamente (attività sportiva) e se gli capita di svolgere nel tempo libero qualche attività fisica come passeggiare di almeno due chilometri, nuotare, andare in bicicletta o altro almeno qualche volta nell'anno. Si tratta

quindi di informazioni soggettive riportate direttamente dagli intervistati.

Benchmark. Si dovrebbe praticare attività fisica di moderata intensità in modo regolare, almeno 3-4 volte la settimana, e ridurre contemporaneamente il tempo dedicato ad attività sedentarie.

Descrizione dei risultati

Dai dati raccolti nell'indagine Multiscopo, emerge che la regione Campania presenta la maggior percentuale di persone che praticano sport in modo continua-

Tabella 1 - Tasso standardizzato di persone di 3 anni e oltre che praticano sport o attività fisica per frequenza e regione - Anno 2002

Regioni	Sport in modo continuativo %	Sport in modo saltuario %	Qualche attività fisica %	Nessuno sport %	Non indicato %
Piemonte	18,5	9,6	28,1	40,8	3,0
Valle d'Aosta	18,9	9,7	28,1	40,2	3,1
Lombardia	19,2	9,8	27,9	39,9	3,2
Bolzano-Bozen	20,1	9,8	27,4	38,6	4,1
Trento	19,5	9,7	27,7	39,7	3,4
Veneto	19,2	9,8	27,9	39,8	3,3
Friuli-Venezia Giulia	18,4	9,6	28,2	41,1	2,7
Liguria	17,6	9,3	28,2	42,3	2,6
Emilia-Romagna	18,2	9,5	28,1	41,3	4,0
Toscana	17,1	9,5	24,9	41,3	7,2
Umbria	18,2	9,4	28,1	41,4	2,9
Marche	18,5	9,5	27,9	41,0	3,1
Lazio	19,3	9,8	27,8	39,7	3,4
Abruzzo	18,9	9,5	27,8	40,5	3,3
Molise	18,7	9,4	27,6	40,5	3,8
Campania	20,5	9,9	25,4	38,1	6,1
Puglia	20,1	9,8	29,8	38,8	1,5
Basilicata	19,4	9,6	27,6	39,7	3,7
Calabria	19,7	9,7	27,4	39,2	4,0
Sicilia	19,9	9,7	27,3	38,9	4,2
Sardegna	19,6	9,9	27,8	39,2	3,5
Italia	19,2	9,7	27,8	39,8	3,5

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat- Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2002.

tivo (20,5%) o in modo saltuario (9,9%). In Puglia il 29,8% della popolazione pratica comunque qualche attività fisica. Il 39,8% della popolazione italiana dichiara di non praticare alcun tipo di attività fisica. Lo stesso fenomeno, nei dati del Ministero, presenta un trend in aumento nel periodo 1997-2001, passando da 35,55 a 40,3%.

Raccomandazioni di Osservasalute

Sulla base dei modelli anglosassoni si è stabilito che già regolari periodi di moderata attività fisica sono in grado di garantire un miglioramento psicofisico della persona, e comunque l'esercizio praticato non deve necessariamente essere di elevata intensità. Nell'ambito del PSN 2003-2005, il Progetto "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" sottolinea il ruolo protettivo dell'esercizio fisico regolare nei confronti di numerose patologie e della sua capacità di controllare il peso corporeo, ridurre l'ipertensione arteriosa ed aumentare il benessere psicofisico. Oltre

a livello individuale, sarebbe importante orientare le politiche sanitarie alla promozione di specifici progetti finalizzati all'incoraggiamento dell'attività fisica, attraverso opportune variazioni nelle sedi lavorative, scolastiche, nei trasporti pubblici.

In questo senso, già fra gli obiettivi per il triennio nel PSN, il Ministero della Salute, d'intesa con le regioni, intende avviare un piano di comunicazione istituzionale sugli stili di vita, i comportamenti salutari, la prevenzione, che comprenda campagne su temi di promozione della salute.

Tabella 2 - Prevalenza di persone di 3 anni e oltre che praticano attività fisica regolare o che non praticano alcuna attività fisica per ripartizione geografica - Anni 1997 e 2001

Ripartizioni geografiche	Attività fisica regolare		Nessuna attività fisica	
	1997	2001	1997	2001
Italia Nord-Occidentale	37,6	36,6	29,4	32,9
Italia Nord-Orientale	42,5	41,0	24,9	29,7
Italia Centrale	33,0	34,1	37,8	39,8
Italia Meridionale	29,4	26,8	42,5	51,0
Italia Insulare	27,8	28,2	46,8	52,0
Italia	34,4	33,6	35,5	40,3

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Istat- Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2002.

Prevalenza di persone di 3 anni e oltre che praticano sport in modo saltuario per regione. Anno 2002



Prevalenza di persone di 3 anni e oltre che non praticano alcuno sport per regione. Anno 2002



Sovrappeso e obesità

Significato. L'obesità può essere definita una vera e propria patologia cronico-degenerativa, che nei Paesi industrializzati rappresenta la seconda causa di morte prevenibile e la prima causa di morte per almeno 300 mila morti all'anno. Dalle indagini di prevalenza condotte dai CDC americani emerge un aumento allarmante (dal 15 al 27% nel periodo 1980-1999, fino al 31% nel 2000) ed un fenomeno analogo è stato registrato anche in Europa. In Italia, nell'ultimo decennio la prevalenza è aumentata del 50%, con un maggiore

interessamento dei soggetti in età pediatrica ed appartenenti alle classi socioeconomiche più basse. L'obesità rappresenta uno dei più importanti fattori di rischio per patologie metaboliche, a carico del sistema cardiovascolare, osteoarticolare, tumorale e respiratorio. E', inoltre, responsabile di un pesante fardello economico per la Sanità Pubblica: i costi diretti sono stimati in circa 23 miliardi di Euro, ripartiti tra assistenza sanitaria personale, assistenza ospedaliera, servizi medici e farmaci specifici per patologie correlate.

Prevalenza di persone in sovrappeso e obese

Numeratore $\frac{\text{Persone con BMI 25-30 e >30 di 18 anni e oltre}}{\text{Popolazione dell'indagine Multiscopo Istat di 18 anni e oltre}} \times 100$

Validità e limiti. Il Body Mass Index (BMI) è il parametro più utilizzato per la determinazione del peso ideale e viene definito come il rapporto tra il peso ed il quadrato dell'altezza. Per la sua semplicità d'uso rappresenta uno strumento agevole per conoscere la diffusione dell'obesità nella popolazione.

Benchmark. Secondo la classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, una persona si definisce "obesa" se il suo indice di massa corporea è >30; in "sovrappeso" per valori compresi tra 25 e 30 Kg/m².

Descrizione dei risultati

Dai dati raccolti nell'indagine Multiscopo, risulta che Abruzzo e Molise sono le regioni a maggior percentuale di obesi (rispettivamente 10,9 e 10,8%). Nella distribuzione geografica si evidenzia un lieve gradiente Nord-Sud, anche se i valori regionali non si discostano molto dalla media nazionale (8,5%), ad eccezione della P. A. di Bolzano (5,8). Analizzando la stratificazione per fasce d'età, si osserva che la prevalenza aumenta a partire dai 45 fino a 74 anni, sia negli uomini (14,3%) sia nelle donne (16,0%) (tab. 2). In particolare si può notare un maggior coinvolgimento degli uomini rispetto alle donne nella fascia d'età compresa tra i 35 ed i 74 anni mentre le donne sono più interessate degli uomini nelle fasce di età superiore ai 54 anni.

Raccomandazioni di Osservasalute

La prevalenza dell'obesità è un indicatore plurivalente correlato alla familiarità, lo stile di vita (alimentazione, attività fisica e lavorativa), lo status socio-economico ed il grado di istruzione. Si tratta, infatti, di una patologia complessa, ad eziologia multifattoriale, il cui approccio terapeutico deve essere multidimen-

Tabella 1 - Prevalenza di persone in sovrappeso e obese di 18 anni e oltre per regione - Anno 2002

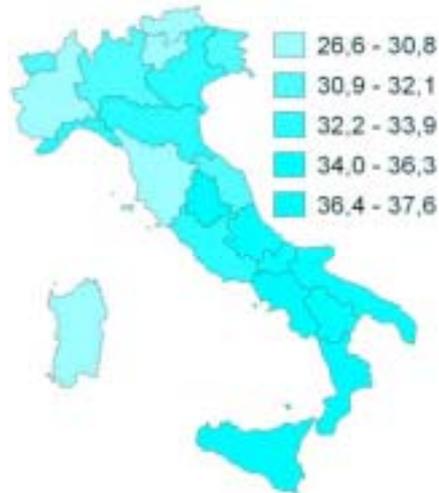
Regioni	Persone in sovrappeso%	Persone obese %
Piemonte	28,9	8,1
Valle d'Aosta	32,0	8,4
Lombardia	31,2	7,2
Bolzano-Bozen	26,6	5,8
Trento	27,8	7,1
Veneto	33,9	8,6
Friuli-Venezia Giulia	32,1	8,1
Liguria	33,6	7,6
Emilia-Romagna	33,2	8,7
Toscana	30,8	8,3
Umbria	36,9	7,9
Marche	32,0	7,3
Lazio	33,8	8,2
Abruzzo	36,3	10,9
Molise	34,8	10,8
Campania	37,2	9,3
Puglia	36,3	9,6
Basilicata	35,0	9,6
Calabria	37,6	8,4
Sicilia	36,8	9,9
Sardegna	30,8	8,8
Italia	33,5	8,5

Tabella 2 - Prevalenza di persone obese di 18 anni e oltre per sesso e classi di età - Anno 2002

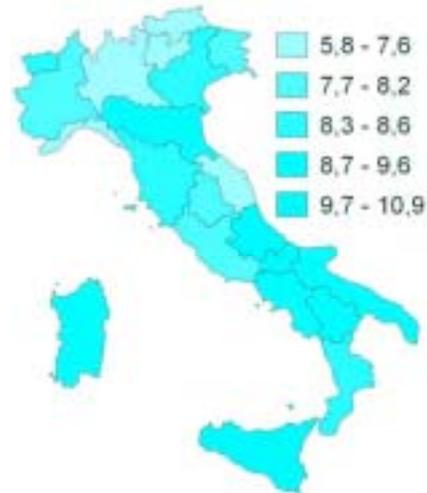
Classi di età	Maschi	Femmine
18-24	1,6	1,5
25-34	3,9	2,3
35-44	8,1	4,0
45-54	12,1	10,5
55-64	12,9	13,7
65-74	14,3	16,0
75 e più	8,3	11,0
Totale	8,7	8,3

Fonte dei dati ed anno di riferimento.: Istat- Indagine Multiscopo sulle famiglie "Aspetti della vita quotidiana"- Anno 2002.

Prevalenza di persone in sovrappeso per regione. Anno 2002



Prevalenza di persone obese per regione. Anno 2002



sionale, con la collaborazione tra internisti, nutrizionisti, psichiatri e psicologi. Nonostante la presenza di strutture capillarmente diffuse sul territorio nazionale, come i centri antidiabete e le unità aziendali di nutrizione clinica, il PSN 2003-05 segnala la necessità di una rete coordinata di servizi, in grado di dare una risposta multidisciplinare ad un problema, per cui la domanda si distribuisce ancora casualmente fra reparti ed ambulatori e la risposta continua ad essere parziale. Il paziente obeso, non avendo a disposizione un luogo specifico a cui rivolgersi, si affida ad un singolo specialista, che in molti casi affronta il problema in maniera settoriale, anche per la mancanza di linee guida diagnostiche e terapeutiche.

Parallelamente è importante l'attivazione di programmi di prevenzione primaria: il Servizio Sanitario Nazionale deve fornire ai cittadini corretti strumenti di informazione, che consentano di promuovere una corretta alimentazione, affiancata ad un'adeguata attività fisica. Il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007 ribadisce la necessità di interventi per la prevenzione cardiovascolare, nell'ambito della quale si consiglia uno screening sistematico da parte del medico di famiglia, con l'utilizzo del calcolo del BMI e della circonferenza addominale, sulle donne in età fertile. Questo approccio, infatti, agevola la prevenzione del diabete di tipo II per la stessa donna ed eventualmente lo sviluppo di diabete nel nuovo nato.

Rischio cardiovascolare globale assoluto

L'identificazione delle persone a rischio cardiovascolare elevato è uno degli obiettivi principali della prevenzione primaria individuale e costituisce la premessa necessaria per l'attivazione di azioni finalizzate alla riduzione dei fattori di rischio modificabili, dal cambiamento dello stile di vita all'intervento farmacologico.

Per identificare le persone ad elevato rischio si utilizza un indicatore, il rischio globale assoluto, che permette di valutare la probabilità di ammalare nei successivi anni conoscendo il valore di alcuni fattori di rischio. Il rischio globale assoluto si stima attraverso funzioni matematiche che si costruiscono con dati raccolti attraverso studi epidemiologici longitudinali. Il Progetto CUORE, nella sua sezione sugli studi longitudinali ha costruito un data-base dei fattori di rischio cardiovascolare di alcuni studi longitudinali iniziati fra la metà degli anni '80 e la metà degli anni '90 e ha realizzato il follow-up della mortalità e morbosità cardiovascolare per stimare il rischio globale assoluto (inteso come primo evento coronarico o cerebrovascolare maggiore) nella popolazione italiana, differenziandolo per uomini e donne.

Il valore aggiunto rispetto a studi simili condotti fino ad oggi in Italia sta nel fatto che le coorti sono di numerosità elevata, arruolate in tempi relativamente recenti, includono anche le donne, provengono da popolazioni di differenti aree geografiche del paese e sono state seguite per mortalità totale, specifica per causa e per eventi cardiovascolari maggiori fatali e non fatali (infarto del miocardio, ictus, morte coronarica, morte improvvisa e interventi di rivascolarizzazione), validati adottando metodologie standardizzate e applicando gli stessi criteri diagnostici.

Identificata la funzione sono state messe a punto le carte per la valutazione del rischio cardiovascolare che sono disponibili sul sito www.cuore.iss.it e indicano la probabilità di ammalare di un primo evento cardiovascolare maggiore nei successivi 10 anni per uomini e donne non diabetici e diabetici.

I fattori di rischio considerati nella carta sono 6:

- il sesso è espresso nelle due categorie, uomini e donne;
- il diabete è espresso in due categorie, diabetico e non diabetico;
- l'età, in anni è considerata in decenni: da 40 a 49 anni; da 50 a 59 anni, da 60 a 69 anni;
- l'abitudine al fumo di sigaretta è espressa in due categorie, fumatori e non fumatori;
- la pressione arteriosa sistolica, espressa in mmHg, è suddivisa in quattro categorie: la prima classe include i valori di pressione arteriosa sistolica compresi tra 90 e 129 mmHg; la seconda classe indica la pressione da 130 a 149 mmHg; la terza classe comprende i valori

da 150 a 169 mmHg; la quarta classe comprende i valori tra 170 e 200 mmHg;

- la colesterolemia, espressa in mg/dl, è stata suddivisa in cinque categorie: la prima categoria corrisponde ai valori compresi tra 130 e 173 mg/dl; la seconda corrisponde ai valori compresi fra 174 e 212 mg/dl; la terza corrisponde ai valori compresi fra 213 e 251 mg/dl; la quarta corrisponde ai valori compresi fra 252 e 290 mg/dl; la quinta corrisponde ai valori compresi tra 291 e 320 mg/dl.

Dopo aver scelto una delle quattro carte in base alle caratteristiche del soggetto (uomo diabetico, uomo non diabetico, donna diabetica, donna non diabetica) è necessario posizionarsi sulla colonna fumatore o non fumatore, riportarsi nella decade di età e scegliere il livello corrispondente al valore di pressione arteriosa sistolica e di colesterolemia. Il livello di rischio a 10 anni è così suddiviso: < 5% (verde chiaro); tra 5 e 10% (verde scuro); tra 10 e 15% (giallo); tra 15 e 20% (arancio); tra 20 e 30% (rosso); > 30% (viola). La categoria di rischio indica quante persone su 100 con quelle stesse caratteristiche hanno la probabilità di ammalare nei successivi 10 anni.

Le linee guida internazionali concordano nel sostenere la rilevanza del calcolo del rischio globale assoluto di sviluppare un evento cardiovascolare come momento decisionale nell'iniziare una terapia farmacologica e nel guidare l'aggressività del trattamento. Una modalità che favorisce l'affermazione della medicina predittiva, attraverso l'uso di algoritmi diagnostici, valorizzando la professionalità dei medici e l'equità delle decisioni per i pazienti.

L'obiettivo della carta del rischio cardiovascolare è quello di servire come supporto diagnostico semplice e facilmente fruibile nella pratica clinica del medico di famiglia e dello specialista. L'uso del rischio globale assoluto rispetta l'eziologia multifattoriale della malattia cardiovascolare ed offre opzioni multiple al trattamento degli individui a rischio aumentato. Inoltre la valutazione costituisce un criterio oggettivo ed accurato per la valutazione dell'assistito da parte del medico, confrontabile anche con le valutazioni eseguite in tempi successivi e rende più affidabili le valutazioni del rapporto costo/beneficio.

Poiché il rischio della popolazione varia nel tempo, in quanto dipende dalla media dei fattori di rischio nella popolazione e dalla sopravvivenza della popolazione senza la malattia, è intuitivo che gli strumenti per valutare il rischio devono essere aggiornati, e rispecchiare lo stile di vita attuale. E questo è già in atto attraverso l'arruolamento di nuove coorti e il follow-up delle stesse.

Il contesto di politica sanitaria

L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha sistematicamente pubblicato dati sull'utilizzo di farmaci in prevenzione cardiovascolare: non è nuova l'informazione che le statine sono state a volte utilizzate in modo inappropriato o somministrate per periodi troppo brevi; le statine rappresentano la voce più importante della spesa farmaceutica del paese; è fondamentale quindi di ottimizzarne l'uso per permettere la completa gratuità di questi trattamenti preventivi a chi veramente ha bisogno e garantire che terapie vengano effettuate per tutta la vita. Il legame carte del rischio e note AIFA (in questo caso nota 13), rappresenta il primo esempio di una modalità nuova di considerare la prescrizione di farmaci preventivi. Nella nota 13 si stabilisce anche che le carte sono sottoposte a continua verifica e aggiornamento e sono collegate con un progetto di ricerca denominato RIACE (Rischio Assoluto Cardiovascolare Epidemiologia) promosso dall'AIFA, in collaborazione con il Ministero della Salute e le Regioni per verificare nella pratica assistenziale della Medicina Generale la trasferibilità, l'applicabilità, i carichi assistenziali e gli esiti della prevenzione primaria e secondaria.

Il Piano Sanitario Nazionale 2002-2005 ha affrontato in vari punti il tema della prevenzione identificando tra le aree di intervento anche il rischio cardiovascolare.

Il piano di prevenzione attiva, siglato a Cernobbio il 6 aprile 2004, ha stabilito quattro priorità, fra cui il rischio cardiovascolare; fondamentale è stata l'intesa Stato-Regioni-Provincie autonome del 23 marzo 2005, che include il Piano Nazionale della Prevenzione per il triennio 2005-2007, i cui ambiti di azione sono la prevenzione della patologia cardiovascolare (inclusa la prevenzione delle complicanze del diabete), gli screening oncologici, le vaccinazioni e la prevenzione degli incidenti. Per ciascun ambito l'intesa del 23 marzo 2005 delinea le finalità generali ed affida funzioni di coordinamento e di verifica al Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), con il compito di indicare le linee operative, fornire assistenza tecnica e, successivamente, certificare l'attuazione dei piani regionali.

Il progetto CUORE del CCM è finalizzato a ridurre il rischio cardiovascolare nella popolazione sana e si articola in tre aree progettuali: prevenzione individuale, prevenzione di comunità e sorveglianza. La prevenzione individuale mira a migliorare l'insieme degli interventi che il medico può effettuare nei confronti dei propri assistiti; in quest'area il piano operativo ha come obiettivo la diffusione della carta del rischio attraverso un programma di aggiornamento e di formazione dei medici di medicina generale. La seconda area di prevenzione di comunità mira a modificare i fattori di rischio cardiovascolare, fumo, alimentazione e attività fisica, attraverso interventi diret-

ti all'intera popolazione o a gruppi di popolazione al di fuori del setting clinico. Infine la sorveglianza mira a stimare la frequenza dei fattori di rischio e degli eventi cardiovascolari nella comunità al fine di individuare cambiamenti nel tempo e nello spazio e valutare il raggiungimento degli obiettivi di salute.

Sintesi della Nota AIFA n° 13

La prescrizione di statine a carico del SSN è limitata ai pazienti affetti da:

- dislipidemie familiari;

- ipercolesterolemia non corretta dalla sola dieta;

- * in soggetti a rischio elevato di un primo evento cardiovascolare maggiore [rischio a 10 anni \geq 20% in base alle Carte di Rischio del Progetto Cuore dell'Istituto Superiore di Sanità] (prevenzione primaria);

- * in soggetti con coronaropatia documentata o pregresso ictus o arteriopatia obliterante periferica o pregresso infarto o diabete (prevenzione secondaria);

- in soggetti con pregresso infarto del miocardio (prevenzione secondaria).

[...] L'uso dei farmaci ipolipemizzanti deve essere continuativo e non occasionale. Lo stesso, comunque, va inserito in un contesto più generale di controllo degli stili di vita (alimentazione, fumo, attività fisica, etc.). La strategia terapeutica (incluso l'impiego delle statine) va definita in base alla valutazione del rischio cardiovascolare globale e non di ogni singolo fattore di rischio, facendo riferimento alle Carte di Rischio Cardiovascolare elaborate dall'Istituto Superiore di Sanità all'interno del Progetto Cuore:

www.cuore.iss.it.

Le Carte del Rischio dell'ISS saranno sottoposte a continua verifica ed aggiornamento e sono collegate con un progetto di ricerca denominato RIACE (Rischio Assoluto Cardiovascolare-Epidemiologia) promosso dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) in collaborazione con il Ministero della Salute e le Regioni per verificare nella pratica assistenziale della Medicina Generale la trasferibilità, l'applicabilità, i carichi assistenziali e gli esiti della prevenzione cardiovascolare primaria e secondaria.

Fonte dei dati: <http://www.ministerosalute.it/medicinali/notecuf/bancadati/notedett.jsp> (visionato novembre 2005).

Copertura vaccinale antinfluenzale

Significato. Per la scarsa possibilità di controllare le fonti d'infezione e le vie di trasmissione, l'influenza rappresenta un rilevante problema di Sanità Pubblica. La presenza di serbatoi animali non ci permette di perseguire l'eliminazione o eradicazione della malattia, ma solo di attuare un programma di contenimento: la vaccinazione dei soggetti a rischio è lo strumento più importante in termini di costo-efficacia e di costo-beneficio. Le categorie di soggetti per le quali la vac-

cinazione è raccomandata sono rappresentate dagli ultrasessantacinquenni, dagli operatori sanitari e dalle persone di tutte le età con patologie di base che aumentino il rischio di complicazioni.

Il Ministero della Salute, con la Circolare n° 13 del 6 giugno 1995, invita le regioni ad includere la vaccinazione antinfluenzale nei rispettivi Piani Sanitari Regionali.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100$$

Numero di persone vaccinate
Popolazione media residente

Validità e limiti. La copertura vaccinale rappresenta uno dei principali indicatori di efficienza ed efficacia dell'offerta della vaccinazione.

Tuttavia i dati non includono le dosi somministrate in strutture differenti da quelle del Servizio Sanitario Nazionale.

Benchmark. Il PSN 1998-2000 ha indicato la soglia del 75% per la copertura vaccinale nella popolazione di età > 65 anni.

Descrizione dei risultati

Le singole regioni hanno provveduto a fornire al Ministero della Salute i tassi di copertura vaccinale per la stagione 2003 – 2004 stratificati per fasce d'età. Si evidenzia un alto tasso di copertura vaccinale negli ultrasessantacinquenni in Molise (73,7%), Friuli-Venezia Giulia (72,4%) e Campania (72,3%). Nessuna delle regioni ha raggiunto l'obiettivo del 75% e la media nazionale è del 63,4%.

Molise e Liguria presentano i tassi più elevati nella

Tabella 1 - Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale per classi di età e regione - Stagione 2003-2004

Regioni	<5anni	5-14 anni	15-24 anni	25-64 anni	>= 65 anni	Totale
Piemonte	2,2	1,8	2,5	5,3	55,7	15,5
Valle D'Aosta	1,5	1,2	3,9	4,5	55,3	13,9
Lombardia	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	60,9	14,7
Bolzano-Bozen	1,9	1,2	1,4	4,4	51,1	10,9
Trento	2,2	1,6	0,9	0,2	57,8	n.p.
Veneto	0,4	0,4	6,3	6,3	70,9	17,4
Friuli-Venezia Giulia	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	72,4	23,6
Liguria	4,1	3,1	3,0	9,3	62,5	22,0
Emilia-Romagna	4,4	3,9	3,8	9,1	70,3	21,8
Toscana	6,2	5,0	6,0	7,4	61,5	19,4
Umbria	2,7	1,8	1,6	7,1	62,2	18,6
Marche	3,6	3,1	4,6	7,2	67,1	19,6
Lazio	1,9	2,0	1,9	8,1	69,5	17,9
Abruzzo	6,0	4,4	3,2	6,5	67,9	18,7
Molise	7,7	6,1	7,4	9,8	73,7	22,7
Campania	7,4	5,4	4,7	8,9	72,3	17,0
Puglia	7,7	6,1	3,6	7,4	68,4	16,7
Basilicata	1,2	1,7	2,3	8,4	69,9	18,3
Calabria	3,2	2,9	2,8	6,3	55,1	13,8
Sicilia	4,3	3,8	4,2	8,0	63,8	16,4
Sardegna	6,6	4,0	2,9	6,2	43,9	11,8
Italia	4,0	3,1	3,5	6,9	63,4	17,5

n.p.= la regione non ha fornito indicazioni sul numero dei vaccinati.

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive, sui dati forniti dalle regioni e Province Autonome. Dati aggiornati al 29/12/2004.

Tabella 2 - Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni e oltre per regione - Anni 1999-2004

Regioni	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003	2003-2004
Piemonte	33,8	44,7	48,3	51,5	55,7
Valle D'Aosta	35,8	56,6	54,5	56,0	55,3
Lombardia	39,6	46,7	53,8	58,7	60,9
Bolzano-Bozen	n. d.	43,3	38,8	46,8	51,1
Trento	42,4	48,3	50,5	54,6	57,8
Veneto	47,3	60,7	63,5	n. d.	70,9
Friuli-Venezia Giulia	63,5	70,0	71,1	72,2	72,4
Liguria	37,7	42,3	54,2	59,6	62,5
Emilia-Romagna	46,2	58,4	61,9	66,5	70,3
Toscana	36,0	51,9	51,7	56,7	61,5
Umbria	45,5	51,7	58,1	59,3	62,2
Marche	53,5	60,8	62,9	65,3	67,1
Lazio	26,7	46,5	60,5	67,5	69,5
Abruzzo	42,5	50,2	53,7	64,0	67,9
Molise	46,7	61,4	61,4	66,9	73,7
Campania	38,1	62,3	n. d.	75,6	72,3
Puglia	38,0	49,0	62,9	64,8	68,4
Basilicata	45,6	42,3	46,7	61,8	69,9
Calabria	23,6	29,7	n. d.	43,9	55,1
Sicilia	41,4	47,8	47,4	61,2	63,8
Sardegna	30,0	39,4	46,9	52,4	43,9
Italia	40,7	50,7	55,2	60,3	63,4

Fonte dei dati ed anno di riferimento: Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V Malattie Infettive, sui dati forniti dalle Regioni e Province Autonome. Dati aggiornati al 29/12/2004.

fascia di età 25-64 anni (rispettivamente 9,8 e 9,3%). Peraltro il Molise presenta valori più elevati anche nelle altre tre fasce di età (7,4% da 15 a 24 anni; 6,1% da 5 a 14 anni; 7,7% nei bambini di età inferiore a 5anni).

Raccomandazioni di Osservasalute

Fino al PSN 1998-2000, che definiva l'obiettivo del 75% di copertura vaccinale negli ultrasessantacinquenni, il livello di copertura era inferiore al 25% negli anziani ed al 4% nella popolazione generale. Più recentemente la situazione è migliorata e nella campagna vaccinale 2002-2003, il tasso di copertura è stato del 60,7% e 15,2% negli anziani e nella popolazione generale, rispettivamente. In considerazione del fatto che il target del 75% nella popolazione anziana non è stato ancora raggiunto, il Piano Nazionale della Prevenzione 2005-07 richiama l'attenzione sulla necessità di nuove strategie da mettere in atto in accordo con i Medici di Medicina Generale e tramite la comunicazione di massa. Parimenti, per i soggetti di età inferiore, comunque a rischio di complicanze, l'offerta deve essere implementata: dai dati raccolti con l'indagine ICONA 2003 dell'Istituto Superiore di Sanità, emerge che soltanto l'8% di bambini a rischio sia stato vaccinato. A tal riguardo, la Circ.Min. n.1 del 2/08/2004 raccomanda che ogni ASL costituisca un registro di soggetti a rischio, da invitare attivamente ogni anno e che metta in pratica ogni strategia ritenuta utile al reclutamento dei soggetti, per i quali la vaccinazione è raccomandata.

Tasso di copertura vaccinale antinfluenzale di persone di 65 anni e oltre per regione. Anno 2003-2004



Influenza aviaria e Pandemia di Influenza umana

Prof. Pietro Crovari

Gli anni 2004 e 2005 saranno ricordati nella storia delle pestilenze di origine infettiva per la grande epidemia di influenza aviaria iniziata nel 2003 e tutt'ora in atto nel sud est asiatico, causata da un ceppo ad alta patogenicità (HPLAI) di virus A/H5N1. La malattia dei polli e dei volatili allevati ad uso domestico (tacchini, oche, etc). Tuttavia è la prima volta che l'influenza aviaria coinvolge in maniera così estesa e prolungata gli allevamenti di un alto numero di paesi (Cambogia, Cina, Indonesia, Thailandia, Vietnam) dando segni di espansione ad altri paesi (vedesi focolai nella Russia siberiana e nel Kazakistan). Una prima conseguenza di questa epidemia è il grave danno per l'economia dei paesi interessati nei quali oltre 150 milioni di polli sono morti o sono stati abbattuti nel tentativo di originare il contagio. Per quanto riguarda la ricaduta sulla salute umana due principali tipi di rischio vanno considerati. Il primo è un rischio reale e riguarda la popolazione dei paesi ove l'epidemia di influenza aviaria è in atto, con particolare riguardo agli allevatori, ai veterinari e alle persone che vivono in ambiente agricolo o hanno contatto diretto con polli vivi e provvedono alla loro macellazione. E' stato infatti accertato che il virus aviario A/H5N1 può trasmettersi direttamente dal pollo all'uomo, superando la "barriera di specie" che normalmente separa l'influenza umana da quella degli animali. Si tratta di una eventualità che fino ad ora si è dimostrata assai rara. Infatti, di fronte a decine di milioni di polli infetti, i casi accertati di trasmissione all'uomo, dal dicembre 2003 a settembre 2005, sono stati complessivamente 115. Fatto importante è che la catena infettiva si è arrestata al primo anello, vale a dire non si è innescata una trasmissione secondaria da uomo a uomo. Peraltro molti dei casi di malattia umana da virus aviario A/H5N1 hanno presentato un quadro clinico severo e la letalità oscilla attorno al 50%. Il secondo fattore di rischio connesso con l'influenza dei polli è quello del possibile adattamento all'uomo del virus A/H5N1. Se ciò accadesse, vale a dire se l'H5N1 diventasse facilmente trasmissibile da uomo a uomo, diventerebbe di fatto un "nuovo" virus dell'influenza umana che darebbe origine ad una "pandemia". La mancanza di immunità naturale nei confronti di questo virus dell'intera popolazione mondiale la rende infatti suscettibile ad ammalare e si ripeterebbe quanto avvenuto nel 1957 quando la comparsa del nuovo virus A/H2N2 diede origine alla pandemia detta "Asiatica". In quella occasione il nuovo virus sostituì il ceppo A/H1N1 che, quando era comparso nel 1918 aveva causato la pandemia "Spagnola", e che aveva continuato a circolare nella popolazione umana nei successivi 39 anni. Riguardo al modo con cui il virus aviario A/H5N1 possa adattarsi all'uomo gli esperti sono concordi che il meccanismo più efficiente è quello della "ricombinazione" vale a dire dello scambio di materiale genetico fra virus aviario e virus umano e conseguente emergenza di un virus con una parte dei geni di origine umana ed una parte di origine aviaria. E' il meccanismo che ha portato alla comparsa dei virus responsabili della pandemia del 1957 e del 1968. Fortunatamente nei quasi due anni di co-circolazione del virus aviario (H5N1) e dei virus umani (A/H3N2; A/H1N1) questo meccanismo non si è innescato, ma il rischio permane. Un altro meccanismo ipotizzato è quello di mutazioni successive del virus con selezione di una variante dell'H5N1 sempre più capace di replicarsi nell'uomo. Come si è detto si tratta di un rischio potenziale, ma che se si concretizzasse, determinerebbe una situazione di grandissima valenza sanitaria e sociale. Per questo è giustificato lo stato di allerta e l'attività di predisposizione di misure di contenimento in cui sono impegnati gli organismi internazionali (WHO, EU, ONU, etc) e le sanità nazionali. Tuttavia per la prima volta si affronterebbe una pandemia di influenza senza essere del tutto disarmati:

- abbiamo un sistema di sorveglianza organizzato e capillarmente diffuso nel mondo che, grazie anche alle nuove tecniche diagnostiche fornite dalla biologia molecolare, consente di seguire in tempo reale l'evoluzione dei virus;
- la metodica di "genetica inversa" consente di preparare ceppi virali adatti alla produzione in tempi brevi di vaccino specifico (Il "seed virus" per l'A/H5N1 è già stato distribuito dall'OMS alle aziende produttrici);
- sono disponibili farmaci antivirali specifici per i virus influenzali (Zanamivir, Oseltamivir) utilizzabili per la terapia ed anche per la profilassi mirata;
- abbiamo un Servizio Sanitario Nazionale a gestione regionale, organizzato per affrontare sia i problemi della prevenzione sia quelli dell'assistenza ai malati anche in situazioni di emergenza sanitaria quale è indubbiamente una pandemia influenzale.
- abbiamo un sistema sociale, dalla Protezione Civile alle organizzazioni di volontariato, che può giocare un ruolo importante nel contenere la "social disruption", conseguente alla pandemia.

La capacità del sistema paese di utilizzare al meglio detti strumenti potrebbe consentire di contenere i danni causati dalla pandemia e ridurre le stime riguardanti le complicanze, i ricoveri ospedalieri e la mortalità calcolate mediante modelli matematici che si basano su quanto accaduto nelle pandemie del secolo scorso.

La vaccinazione antinfluenzale in regione Friuli-Venezia Giulia

Dott. Giorgio Simon

La vaccinazione antinfluenzale nell'anziano si differenzia dalle altre vaccinazioni per alcuni aspetti organizzativi specifici che rendono talvolta problematico il raggiungimento di coperture elevate. I problemi principali sono: l'elevato target di popolazione da vaccinare (oltre il 20% della popolazione regionale il Friuli-Venezia Giulia); i tempi molto stretti della campagna che dura due-tre mesi; la necessità di effettuare molte vaccinazioni a domicilio. La regione Friuli-Venezia Giulia ha da alcuni anni uno dei livelli più alti di copertura di vaccinazione antinfluenzale negli ultrasessantacinquenni. Prima dell'avvio del progetto specifico la copertura rilevata superava di poco il 20%.

Gli strumenti essenziali messi in atto nel corso degli anni sono stati, in sintesi i seguenti:

- è stato definito un incentivo per le Aziende ASL che prevedeva un finanziamento aggiuntivo per l'obiettivo di copertura del 70% (ora del 75%). Il finanziamento veniva erogato in proporzione al grado di raggiungimento dell'obiettivo. Le ASL ottenevano il finanziamento solo se raggiungevano almeno il 50% di copertura.
- Per alcuni anni l'obiettivo ha fatto parte anche degli obiettivi incentivanti dei Direttori generali di ASL.
- Lo stesso obiettivo è stato definito con un accordo integrativo regionale dei MMG che prevedeva l'incentivo a partire da un minimo del 50% di copertura e poi progressivamente crescente fino al 75%;
- L'incentivo per i MMG era incrementato in caso di accesso a domicilio;
- Per ridurre i tempi delle trascrizioni è stato inviato a ciascun MMG l'elenco delle etichette con i nominativi e i codici a barre di tutti gli assistiti da vaccinare; il medico si limitava a staccare l'etichetta dei vaccinati e ad inviarle al distretto che le inseriva usando un lettore ottico;
- Il Sistema Informativo Sanitario Regionale è in grado di monitorare settimanalmente il grado di raggiungimento dell'obiettivo e di ritornare l'informazione a distretti e MMG.

Dopo la prima fase di avvio di tre anni l'incentivo alle ASL è stato tolto ed è rimasto solo l'accordo con i MMG.

Anagrafe vaccinale come strumento di gestione dei programmi di vaccinazione della ASL 3 "Genovese"

Dott. Valter Turello

Nel 1999 la Azienda Sanitaria Locale 3 Genovese ha deciso di informatizzare la gestione dell'attività vaccinale.

L'applicativo si basa su un'anagrafe vaccinale aziendale e su un archivio centralizzato. All'interno del database sono presenti gli archivi vaccinali relativi ai cittadini della fascia d'interesse, residenti in tutti i Comuni afferenti alla ASL 3. Per garantire la massima completezza dell'informazione, nella fase di avviamento dell'applicazione sono stati inseriti i dati storici, che riguardano circa 110.000 utenti. Tutti i dati sono trattati nel pieno rispetto della legge sulla tutela della *privacy*. Le informazioni contenute nell'anagrafe centrale sono consultabili nei 38 poli vaccinali, presenti nei sei distretti della ASL, tutti dotati di software collegati in rete, presso i quali gli operatori possono visionare e aggiornare i dati e ogni cittadino può richiedere i propri certificati vaccinali. Alla capillarità dell'informazione garantita dall'architettura di rete, si unisce la facilità d'uso e apprendimento del software, personalizzabile secondo le specifiche esigenze: l'Unità Operativa di Sanità Pubblica può in tal modo gestire tutte le attività vaccinali, dalla gestione degli inviti e degli inadempienti, all'inserimento di nuovi pazienti, fino all'analisi dei dati di copertura. Il programma prevede anche una migliore raccolta ed elaborazione informatizzata della notifica di malattie infettive, con particolare riguardo alle malattie prevenibili con la vaccinazione, al fine di una sempre più precisa valutazione dell'*effectiveness* dei programmi vaccinali in atto. Obiettivo fondamentale di tale informatizzazione è quello di creare dati di partenza precisi e continuamente aggiornati, per l'attivazione di un flusso informativo costante verso gli Organismi centrali. Tale flusso permetterà la valutazione, in tempo reale, dell'attività svolta e la programmazione degli interventi sanitari conseguenti.

Mortalità per meningite e relazione con le pratiche vaccinali

Significato. Le meningiti acute attualmente prevenibili con la vaccinazione sono quelle da *Neisseria meningitidis* gruppo C, *Streptococcus pneumoniae* ed *Haemophilus influenzae* tipo b. Nel complesso tali microrganismi, causano il 64% delle meningiti batteriche in Italia.

Si tratta di infezioni gravi, che si accompagnano a febbre, solitamente elevata, ed a uno stato settico causato dalla azione di componenti microbiche e dalla risposta immunitaria dell'ospite. L'analisi di dati epidemiologici, quali età di insorgenza e presenza di eventuali fattori di rischio possono orientare la dia-

gnosi.

Il nuovo Piano Nazionale Vaccini 2005-2007 ricorda che, in riferimento alle infezioni invasive da Hib, dal 1999 i vaccini specifici sono stati inclusi nel calendario delle vaccinazioni per l'età evolutiva, prevedendo un ciclo di base, per i nuovi nati, di tre dosi nel primo anno di vita. Grazie anche all'uso dei vaccini combinati si è raggiunto un tasso di copertura per Hib dell'87% (ICONA 2003).

Inoltre, lo stesso Piano prevede l'introduzione di due nuovi vaccini, quelli coniugati antipneumococco eptavalente ed antimeningococco C.

Tasso standardizzato di incidenza di casi di meningite meningococcica

Numeratore $\frac{\text{Numero di casi osservati di meningite}}{\text{Numero di casi attesi (standardizzazione indiretta)}} \times 100.000$

Denominatore

Tasso standardizzato di ospedalizzazione di casi di meningite meningococcica

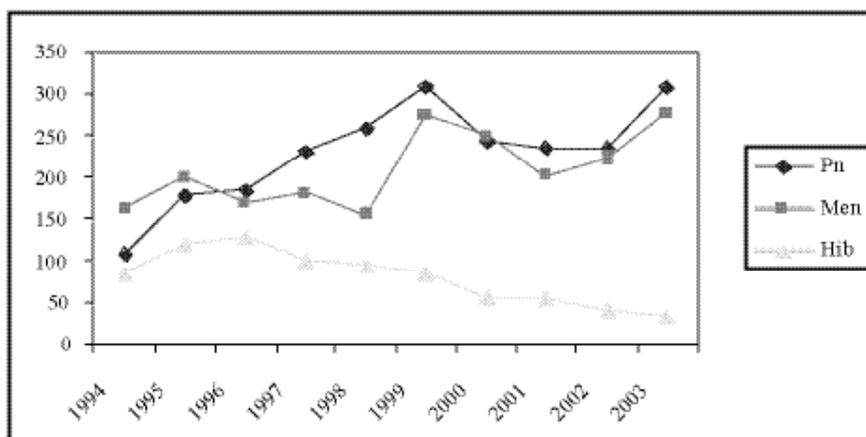
Numeratore $\frac{\text{Numero di dimissioni ospedaliere per meningite}}{\text{Numero di casi attesi (standardizzazione indiretta)}} \times 100.000$

Denominatore

Validità e limiti. Non sono disponibili dati di mortalità specifici per meningite. L'agente eziologico spesso non viene identificato. Il meningococco (*N. meningitidis*) è ospite frequente delle prime vie respiratorie (la percentuale dei portatori asintomatici varia dal 2 al 30%). Solo cinque dei sierogruppi causano malattia nell'uomo; quelli B e C sono i più frequenti in Europa. Spesso non è determinato il sierogruppo ed il vaccino disponibile in età pediatrica è solo per il meningococco C.

Valori di riferimento. La distribuzione per diagnosi delle malattie invasive da meningococco osservata in Italia è sovrapponibile a quanto segnalato negli altri Paesi europei. Per quanto attiene il livello regionale, le aree meno interessate secondo i rapporti standardizzati di ospedalizzazione sono Calabria, Sicilia e Campania con media 0,32/100.000; secondo i rapporti standardizzati di incidenza sono meno colpite Lazio, Sicilia e Puglia con media 0,31/100.000.

Grafico 1 - Tasso di incidenza di meningite per 100.000 abitanti - Anni 1994-2003



Fonte dati e anno di riferimento: SIMID.

Tabella 1 - Rapporto standardizzato di ospedalizzazione di casi di Meningite meningococcica per regione (rapporto per 100.000 abitanti e IC al 95%) - Anno 2003

Regioni	Rapporto std	I.C. 95%
Piemonte	0,70	0,45-1,04
Valle d'Aosta	1,96	0,05-10,92
Lombardia	2,24	1,81-2,77
Bolzano-Bozen	2,61	0,96-5,69
Trento	1,36	0,28-3,97
Veneto	0,95	0,57-1,48
Friuli-Venezia Giulia	0,62	0,13-1,81
Liguria	0,49	0,10-1,43
Emilia-Romagna	1,16	0,70-1,81
Toscana	0,97	0,53-1,63
Umbria	1,14	0,31-2,92
Marche	1,25	0,54-2,46
Lazio	0,92	0,58-1,37
Abruzzo	0,69	0,19-6,89
Molise	-	-
Campania	0,46	0,25-0,77
Puglia	0,69	0,38-1,16
Basilicata	-	-
Calabria	0,10	0-0,56
Sicilia	0,39	0,19-0,72
Sardegna	0,78	0,29-1,70

Fonte dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Schede di Dimissione Ospedaliera. Anno 2005.

Tabella 2 - Rapporto standardizzato di incidenza di casi di Meningite meningococcica per regione (rapporto per 100.000 abitanti e IC al 95%) - Anno 2003

Regioni	Rapporto std	I.C. 95%
Piemonte	1,44	0,88-2,22
Valle d'Aosta	2,5	0,06-13,92
Lombardia	2,91	2,36-3,59
Bolzano-Bozen	1,66	0,34-4,85
Trento	1,15	0,14-4,15
Veneto	0,40	0,15-0,87
Friuli-Venezia Giulia	0,52	0,06-1,88
Liguria	1,05	0,34-2,45
Emilia-Romagna	0,78	0,37-1,44
Toscana	0,70	0,30-1,38
Umbria	0,73	0,09-2,64
Marche	0,79	0,21-2,02
Lazio	0,27	0,09-0,63
Abruzzo	0,22	0,01-1,23
Molise	-	-
Campania	0,50	0,26-0,88
Puglia	0,35	0,13-0,76
Basilicata	-	-
Calabria	0,25	0,03-1,39
Sicilia	0,30	0,11-0,65
Sardegna	3,47	2,15-5,31

Fonte dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Notifiche delle malattie infettive. Anno 2005.

Descrizione dei risultati

È stato calcolato il trend italiano decennale, dal 1994 al 2003, dei dati incidenti delle meningiti da *N. meningitidis* gruppo C, *S. pneumoniae* ed

Haemophilus influenzae B. La diminuzione dell'incidenza delle malattie invasive da emofilo, dallo 0,22 per 100.000 abitanti nel 1996 allo 0,06 nell'anno 2003, è in gran parte dovuta all'aumento delle coperture vaccinali grazie all'uso dei vaccini coniugati esavalenti. Le meningiti da pneumococco e da meningococco sono in aumento sicuramente per le basse coperture vaccinali sia nelle prime fasce di età che in quelle più adulte. Nel 2003 i rapporti standardizzati di ospedalizzazione e di incidenza per la meningite meningococcica (unico confronto possibile, non essendo disponibili le incidenze specifiche per le altre forme di meningite), evidenziano la Lombardia come la regione più colpita.

Rapporto standardizzato di incidenza di casi di Meningite meningococcica per regione. Anno 2003



Raccomandazioni di Osservasalute

L'incidenza della meningite nel nostro Paese non rappresenta un problema prioritario di Sanità Pubblica, ma la percezione del rischio legata a questa malattia è tale da sollevare il dubbio sulla utilità di vaccinare tutti i bambini. I tre tipi di meningiti batteriche trattate sarebbero patologie prevenibili con le vaccinazioni, tuttavia il principale ostacolo alla prevenzione vaccinale è rappresentato dalla insufficiente adesione della popolazione alle campagne e dalla qualità della rete dei servizi vaccinali non sempre capace di sopportare un ulteriore carico di lavoro. L'obiettivo, quindi, deve essere quello di migliorare l'organizzazione dei servizi e la informazione alle famiglie al fine di un raggiungimento di coperture vaccinali più elevate.

Per la vaccinazione antimeningococco C, inoltre, un obiettivo prioritario deve essere aumentare l'offerta attiva del vaccino a soggetti il cui stato di salute li pone ad un particolare rischio di contrarre la malattia meningococcica.

Mortalità per cirrosi e relazione con la vaccinazione anti-epatite

Significato. La cirrosi epatica è un processo che rappresenta la tappa terminale e comune di danni epatici di diversa origine. Le forme virali (virus B, C, Delta) ed alcoliche, costituiscono da sole, o in associazione tra di loro, più del 90% di tutte le forme di cirrosi. La cirrosi costituisce, da un lato, la più importante malattia cronica del fegato e, d'altro lato, rappresenta la prima tra le patologie organiche alcool-correlate; è una delle più frequenti cause di ricovero ospedaliero e, spesso, condiziona negativamente la vita di relazione. La sopravvivenza per cirrosi epatica mostra un rischio

di morte uniformemente distribuito in un intervallo di oltre 10 anni, con meno del 30% di sopravvissuti. Negli ultimi anni, comunque, è segnalata una diminuzione della mortalità per tale patologia, correlata alla riduzione d'incidenza delle epatiti virali che, per quanto riguarda la forma da virus B, è legata all'introduzione, a partire dal 1991, dell'obbligo della vaccinazione per i nuovi nati ed i dodicenni, che ha determinato un calo dell'infezione soprattutto nella fascia 0-24 anni ed, inoltre, una riduzione della circolazione del virus.

Tasso di mortalità per cirrosi epatica

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Decessi per cirrosi epatica}}{\text{Popolazione media residente}} \times 10.000$$

Validità e limiti. I dati sono basati sulla certificazione di morte, la mortalità stessa non è indicatore in grado di fornire informazioni esaustive sull'impatto sociale della malattia nella popolazione. L'utilizzo delle schede di dimissione ospedaliera ed i dati dell'Associazione Italiana Studio Fegato permettono di fornire un quadro più completo dell'importanza di tale patologia.

Valori di riferimento. Non esistono riferimenti internazionali; si possono considerare, quali valori a cui

tendere, le medie delle regioni italiane con la più bassa mortalità, in particolare per gli uomini Lazio, Toscana ed Emilia Romagna con media di 1,49/10.000 e per le donne Marche, Umbria e Valle d'Aosta con media di 0,64/10.000.

Descrizione dei risultati

La mortalità per cirrosi ha avuto un picco negli anni '80, dopo di che è andata progressivamente riducendosi; la diminuzione è avvenuta in maniera pressoché

Tabella 2 - Tasso standardizzato di mortalità per cirrosi e altre malattie croniche fegato e per regione (tasso per 100.000 abitanti) - *Maschi* - Anni 1990-2001

Regioni	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Piemonte	3,63	3,25	3,17	3,17	2,97	2,88	2,46	2,37	2,27	2,04	2,08	2,09
Valle d'Aosta	5,06	3,14	5,11	5,82	4,34	4,42	2,85	2,81	3,59	3,06	3,35	2,75
Lombardia	4,42	4,09	3,72	3,76	3,54	3,10	2,84	2,62	2,48	2,24	2,09	2,13
Trentino-Alto Adige	4,36	4,05	4,15	3,64	3,81	3,12	3,54	3,15	3,42	2,70	2,77	3,25
Veneto	3,93	4,01	3,48	3,39	3,46	2,98	2,55	2,48	2,43	2,34	2,21	2,22
Friuli-Venezia Giulia	5,06	4,68	3,95	4,16	3,42	4,01	3,62	3,26	2,83	2,67	2,94	2,61
Liguria	3,59	2,88	2,82	3,00	3,01	2,58	2,40	2,15	2,07	1,97	1,99	2,15
Emilia-Romagna	2,68	2,72	2,38	2,22	2,11	2,09	1,83	1,90	1,53	1,55	1,62	1,66
Toscana	2,53	2,46	2,38	2,20	2,22	1,81	1,89	1,73	1,41	1,51	1,61	1,61
Umbria	3,71	3,12	2,80	2,91	2,69	2,27	1,93	1,76	2,14	1,79	1,60	1,83
Marche	2,58	2,25	2,39	2,15	2,05	1,92	1,70	1,54	1,39	1,38	1,58	1,21
Lazio	3,31	3,37	3,44	3,03	2,95	2,57	2,34	2,39	2,15	2,04	2,05	2,22
Abruzzo	3,93	4,03	4,15	3,69	3,46	3,56	2,93	2,43	2,78	2,38	2,18	2,23
Molise	4,44	4,78	4,89	4,47	4,18	3,93	3,65	4,40	3,03	3,56	2,64	3,30
Campania	6,19	6,45	6,28	6,20	6,05	4,97	4,87	4,69	4,38	4,26	4,11	3,85
Puglia	5,21	5,08	4,43	4,92	4,66	3,94	4,03	3,76	3,83	3,27	3,04	2,84
Basilicata	4,86	3,95	4,94	4,38	5,03	5,31	4,00	4,19	3,78	2,68	3,06	3,38
Calabria	4,42	4,32	4,75	4,13	4,53	3,85	3,66	3,62	3,51	2,75	3,14	2,63
Sicilia	3,87	3,87	3,93	4,01	3,89	3,34	3,08	3,00	2,77	2,64	2,60	2,47
Sardegna	4,39	4,28	3,59	4,14	4,34	3,48	3,33	3,21	3,33	3,28	3,05	3,19
Italia	3,98	3,85	3,66	3,61	3,51	3,10	2,86	2,74	2,58	2,40	2,36	2,34

Nota: La standardizzazione è stata calcolata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione residente al censimento del 1991.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health for All. Italia. Popolazione di riferimento censimento del 1991.

Tabella 1 - Tasso standardizzato di mortalità per cirrosi e altre malattie croniche fegato e per regione (tasso per 100.000 abitanti) - **Femmine** - Anni 1990-2001

Regioni	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Piemonte	1,40	1,38	1,38	1,24	1,17	1,25	1,19	1,09	1,04	1,08	1,01	1,00
Valle d'Aosta	1,35	2,51	1,20	0,72	2,49	1,67	1,99	0,72	1,37	1,02	0,82	0,70
Lombardia	1,66	1,55	1,44	1,50	1,52	1,37	1,27	1,22	1,09	1,12	1,01	1,04
Trentino-Alto Adige	1,36	1,45	1,31	1,32	1,26	0,95	1,16	1,50	1,00	0,95	0,90	0,90
Veneto	1,67	1,57	1,43	1,62	1,58	1,31	1,22	1,30	1,12	1,08	1,04	1,14
Friuli-Venezia Giulia	1,90	2,12	1,66	1,78	1,60	1,66	1,58	1,55	1,21	1,13	1,14	1,12
Liguria	1,47	1,14	1,32	1,19	1,42	1,22	0,96	1,01	1,08	0,96	0,94	0,95
Emilia-Romagna	1,21	1,13	1,13	1,14	1,16	0,98	1,08	1,03	0,98	0,93	0,84	0,81
Toscana	1,04	1,20	1,20	1,09	1,16	0,97	0,96	0,98	0,92	0,79	0,83	0,73
Umbria	1,19	1,13	1,53	1,02	1,04	1,39	0,97	0,82	1,10	0,93	0,74	0,64
Marche	0,85	0,86	0,70	0,76	0,66	0,73	0,57	0,63	0,81	0,67	0,47	0,58
Lazio	1,55	1,58	1,45	1,43	1,32	1,18	1,20	1,09	0,98	0,89	0,97	0,88
Abruzzo	1,64	1,60	1,38	1,36	1,42	1,39	1,38	1,12	0,81	0,94	1,20	0,82
Molise	1,14	1,33	1,40	1,88	1,45	1,33	1,27	1,11	1,00	1,19	1,39	0,87
Campania	4,31	4,07	3,54	3,94	3,75	3,15	3,09	2,77	2,94	2,84	2,57	2,54
Puglia	2,38	2,45	2,34	2,32	2,19	1,95	2,07	1,94	1,91	1,71	1,66	1,62
Basilicata	2,35	2,06	1,92	2,21	2,31	1,76	1,58	2,22	1,38	1,74	1,23	1,39
Calabria	1,73	1,95	1,73	1,99	1,84	1,60	1,56	1,47	1,48	1,35	1,40	1,22
Sicilia	2,19	1,97	2,20	2,16	2,17	1,99	1,67	1,69	1,55	1,41	1,54	1,42
Sardegna	1,79	1,60	1,68	1,76	1,37	1,38	1,41	1,47	1,28	1,46	1,43	1,23
Italia	1,78	1,73	1,65	1,69	1,65	1,48	1,41	1,36	1,29	1,23	1,19	1,15

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Health for All Italia.

omogenea in tutte le aree italiane. E' in aumento, invece, la mortalità per epatocarcinoma, che ogni anno, assieme ad alcune complicazioni della cirrosi, porta a morte il 2.3% dei cirrotici.

La Campania è la regione con il più alto tasso di mortalità per cirrosi in entrambi i sessi; a seguire, per gli uomini, risultano la Basilicata, il Trentino e la Sardegna; per le donne (sempre dopo la Campania) la Puglia, la Sicilia e la Basilicata.

I risultati, invece, che si ottengono dalla standardizzazione dei tassi di ricovero regionali per cirrosi rispettano l'andamento epidemiologico della malattia: nei paesi anglosassoni la forma più comune è quella da alcool, mentre nel nostro Paese ancora prevale l'eziologia virale. Il dato disaggregato per macro-aree indica che nel nord Italia, e soprattutto nelle regioni di nord-est, vi è comunque una maggiore proporzione di cirrosi alcoliche, mentre al sud ed al centro prevalgono tuttora le forme da virus.

Le zone con più frequenti ospedalizzazioni per le forme alcoliche sono Valle d'Aosta, la provincia autonoma di Trento, il Veneto ed il Friuli-Venezia Giulia. Le aree più interessate dai ricoveri per cirrosi non alcoliche sono la Puglia e la Campania.

Raccomandazioni Osservasalute

È necessario porre attenzione verso il ruolo primario dell'alcool nella genesi delle malattie croniche del fegato, sia nella pratica clinica, essendo il monitoraggio ed il controllo dell'uso di alcool in grado di consentire un miglioramento della qualità e della durata di vita dei malati di fegato, sia nella ricerca scientifica, essendo ancora molti i punti da chiarire, sia nelle

scelte di Sanità Pubblica.

Per quanto attiene le forme di derivazione virale è necessario implementare sempre di più le misure di prevenzione atte a ridurre l'incidenza delle epatiti virali. Per le epatiti da virus B, va ribadita la necessità di vaccinare i conviventi dei soggetti HBsAg positivi, tutti gli operatori sanitari, le categorie a rischio di trasmissione parenterale. Deve essere garantita, infine, la tempestiva vaccinazione a tutti i nati da madri HBsAg positive.

Tasso standardizzato di ospedalizzazione per cirrosi non alcolica per regione. Anno 2003



Tasso standardizzato di ospedalizzazione per cirrosi alcolica per regione. Anno 2003



Tabella 3 - Tasso standardizzato di ospedalizzazione per cirrosi alcolica e non alcolica per regione (tasso per 10.000 abitanti e IC al 95%) - Anno 2003

Regioni	Cirrosi non alcolica		Cirrosi alcolica	
	Tasso	I.C. 95%	Tasso	I.C. 95%
Piemonte	0,61	0,60-0,63	1,03	0,99-1,07
Valle d'Aosta	0,36	0,29-0,45	4,09	3,63-4,59
Lombardia	1,06	1,05-1,08	1,37	1,34-1,40
Bolzano-Bozen	0,25	0,22-0,29	1,65	1,49-1,82
Trento	0,51	0,46-0,56	2,27	2,10-2,46
Trentino-Alto Adige	-	-	-	-
Veneto	0,70	0,68-0,72	1,91	1,85-1,96
Friuli-enezia Giulia	0,67	0,64-0,71	1,89	1,82-2,00
Liguria	0,74	0,71-0,77	1,03	0,97-1,09
Emilia Romagna	1,02	1,00-1,04	0,97	0,93-1,01
Toscana	0,72	0,70-0,74	0,72	0,69-0,76
Umbria	0,55	0,51-0,58	0,60	0,53-0,67
Marche	0,37	0,35-0,39	0,80	0,74-0,86
Lazio	0,84	0,83-0,86	0,70	0,67-0,74
Abruzzo	1,03	0,99-1,07	1,24	1,16-1,32
Molise	0,98	0,91-1,07	1,37	1,21-1,55
Campania	1,87	1,84-1,90	0,44	0,41-0,46
Puglia	2,67	2,61-2,72	0,53	0,80-0,57
Basilicata	0,88	0,82-0,94	0,87	0,77-0,97
Calabria	1,11	1,08-1,15	0,94	0,88-1,00
Sicilia	1,37	1,34-1,39	0,41	0,38-0,43
Sardegna	1,21	1,17-1,25	1,14	1,07-1,21

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Schede di Dimissioni Ospedaliera. Anno 2005.

Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie

Dott.ssa Luisa Sodano, Dott. Giuseppe Salamina, Dott. Donato Greco

Istituzione e assetto organizzativo

Il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) è stato istituito con la Legge 138 del 26 maggio 2004 e con il Decreto del Ministro della Salute del 1° luglio 2004 ne è stato delineato l'assetto organizzativo.

Il CCM è un organismo con funzioni di coordinamento, il cui governo è condiviso tra Ministero della Salute, Regioni ed altre istituzioni centrali competenti in materia sanitaria.

A quali problemi/bisogni il CCM risponde

Il CCM risponde all'esigenza di migliorare la sorveglianza e l'*intelligence* sui pericoli per la salute pubblica, e la pratica della sanità pubblica e della prevenzione in Italia, facilitando il trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica, promuovendo la generalizzazione delle esperienze di successo e costruendo reti cooperative nel sistema sanitario.

Il CCM opera in base ad una pianificazione, articolata in strategie e politiche: eventi acuti compatibili con emergenze di salute pubblica; rischi infettivi e ambientali; incidenti; stili di vita e promozione della salute.

Recentemente, alcune aree di intervento del CCM sono state incluse nel Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007. Queste aree comprendono: la prevenzione della patologia cardiovascolare; la prevenzione delle complicanze del diabete; lo sviluppo di programmi di screening oncologici; la prevenzione degli incidenti; lo sviluppo di programmi vaccinali.

Per ciascun ambito, l'intesa del 23 marzo 2005 delinea le finalità generali ed affida funzioni di coordinamento e di verifica al CCM, con il compito di indicare le linee operative, fornire assistenza tecnica e, successivamente, certificare l'attuazione dei piani regionali.

La programmazione strategica e i progetti del CCM

La programmazione strategica del CCM si ispira ai seguenti criteri: trasversalità: raggiungere più obiettivi di salute con singoli interventi; alleanza con i diversi attori del sistema sanitario; convergenza con le azioni di sorveglianza e prevenzione del servizio sanitario; inclusione rispetto ai gruppi di popolazione e alle aree geografiche con minore accesso alle opportunità di prevenzione.

I progetti del CCM non sono progetti di ricerca, ma attività orientate alla sorveglianza ed all'intervento di sanità pubblica.

Nei progetti CCM, il valore aggiunto è dato da: maggiore disponibilità di informazioni: implementazione di nuovi sistemi di sorveglianza, estensione e consolidamento di sistemi esistenti, maggiore accessibilità a dati esistenti, migliore coordinamento di flussi informativi; diffusione e sostegno di interventi di prevenzione validati sul piano scientifico: screening oncologici, prevenzione del fumo attivo e passivo, vaccinazioni; sperimentazione di interventi "pilota" di prevenzione, ad esempio, la diffusione del calcolo del rischio cardiovascolare; miglioramento della qualità assistenziale: diffusione della gestione integrata del paziente diabetico, adozione di pratiche assistenziali evidence-based per il controllo delle infezioni ospedaliere; aumento dell'offerta di formazione, ad esempio in epidemiologia applicata per gli Osservatori Epidemiologici Regionali e i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali; diffusione della prevenzione basata sulle prove di efficacia, ad esempio, sostegno alle iniziative di semplificazione delle pratiche sanitarie, diffusione di specifici dossier e autoformazione per gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione.

Elementi innovativi

Il CCM ha l'obiettivo di costruire una rete tra mondi non uguali, ma con obiettivi e metodologie condivisibili. Il CCM mette in relazione diversi centri di competenza, individuabili nei soggetti istituzionali e non che hanno maturato esperienza e competenze significative in specifiche aree della salute pubblica.

Il grado ed il tipo di coordinamento variano a seconda dei problemi: ad esempio, per i sistemi di allerta e risposta rapida (epidemie, bioterrorismo, catastrofi ambientali, ecc.), sono necessarie una chiara individuazione dei soggetti coinvolti ai vari livelli e la pianificazione di procedure fortemente standardizzate; nell'ambito dei piani di prevenzione e promozione della salute è invece necessario tener conto delle peculiarità organizzative locali e mettere in rete attori appartenenti a settori anche molto distanti tra di loro, ma con obiettivi e metodologie comuni.

Politiche di prevenzione sul melanoma maligno in regione Toscana

Prof. Nicola Nante, Prof. Michele Fimiani, Dott.ssa Emanuela Barbini

Prevenzione e diagnosi precoce del melanoma maligno suscitano da anni particolare interesse a livello nazionale e internazionale. In Italia ciò ha portato alla nascita di numerose iniziative che hanno visto in prima linea alcune associazioni di dermatologi come SIDeMaST (Società Italiana di Dermatologia medica, chirurgica, estetica e delle Malattie Sessualmente Trasmesse) e ADOI (Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani). La regione Toscana si è dimostrata particolarmente attenta a tale problematica, effettuando, sin dai primi anni '90, campagne di educazione sanitaria e diagnosi precoce. Dal 1999 la Toscana sta promuovendo una campagna, su base regionale, per la prevenzione del melanoma. Ogni MMG, entro la primavera del 2000, ha ricevuto specifico materiale educativo regionale sul melanoma. Successivamente sono stati individuati, per ogni azienda sanitaria, uno specialista dermatologo e due MMG con specifica funzione di "animatore della formazione", che una volta completato il proprio percorso formativo (Master teorico-pratico), hanno il compito di innescare a loro volta percorsi educativi "a cascata". Nelle strutture dermatologiche universitarie ed ospedaliere toscane è stato allestito un ambulatorio dedicato alla diagnosi precoce del melanoma con specialisti esperti e uso di nuove metodiche di diagnosi non invasiva (microscopia in epiluminescenza). Nell'ottobre 2003 una verifica dello stato di attivazione sul territorio delle singole ASL ha confermato che i corsi di aggiornamento per MMG sono stati regolarmente effettuati in quasi tutte le ASL toscane, con adesione intorno all'80%, elevata soddisfazione dei partecipanti e significativo miglioramento delle capacità diagnostiche.

Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 dedica un capitolo alla "Prevenzione Primaria e Secondaria del Melanoma", in cui si riporta come obiettivo:

"L'Istituto Toscano Tumori si impegna ad attivare una strategia per affrontare tale bisogno di salute, tenendo conto delle seguenti necessità:

- Divulgare la cultura della prevenzione primaria e secondaria del melanoma;
- Diffondere le immagini diagnostiche di primo livello nelle strutture periferiche coinvolgendo le strutture territoriali e soprattutto i Medici di Medicina Generale;
- Accelerare i percorsi per la diagnostica specialistica ed avvicinarli ai cittadini;
- Integrare lo specialista con il Medico di Medicina Generale.

Il programma si basa sull'educazione sanitaria della popolazione, sulla formazione dei Medici di Medicina Generale affinché svolgano la funzione di filtro e sullo sviluppo della rete di ambulatori dedicati. La Giunta regionale si impegna nel triennio a stabilire le linee. Al fine di rendere più efficaci gli interventi di screening, l'Istituto Toscano Tumori si impegna ad estendere la registrazione dei tumori oggetto di screening a livello regionale. La Regione stabilisce le risorse assegnate per la realizzazione della presente azione."

Il melanoma presenta caratteristiche idonee per essere un candidato alla diagnosi precoce, grazie alla disponibilità di un esame semplice, non invasivo e di costo contenuto, come la visita dermatologica, che risponde a standard ottimi di affidabilità nell'identificazione di lesioni pigmentate sospette. Problemi si creano nell'identificazione delle persone da includere in una strategia di prevenzione, non esistendo un target definito da considerare "a rischio". Anche in virtù di questa motivazione, si conferma ruolo di fondamentale importanza quello svolto dal MMG, che riesce a raggiungere fasce ampie di popolazione. Tale figura, oltre a controllare con visite accurate periodicamente i propri pazienti, deve svolgere anche azione di filtro nei confronti delle lesioni "auto-scoperte" discriminando quelle veramente sospette da inviare ad un centro specialistico. A maggior ragione dal momento che è interessata tutta la popolazione, indipendentemente da particolari fattori di rischio, come per qualunque intervento di diagnosi precoce l'attore principale del successo di una strategia come questa rimane il cittadino, che va correttamente informato ed educato, anche perchè l'esperienza insegna che la maggior parte delle lesioni sospette vengono identificate con l'autoesame della cute. È già stata, a tale scopo, effettuata (e ne è prevista una seconda) una prima diffusione di una serie di depliant "occhio al melanoma" presso gli ambulatori di MMG; iniziativa che si è affiancata a campagne nazionali di prevenzione, come lo Skin Cancer Day. I primi dati, pur parziali, risultano molto promettenti, evidenziando un aumento percentuale delle forme in fase iniziale ed una mortalità in declino nei maschi e stabile nelle femmine, rispetto ai dati dei precedenti decenni che attestavano una mortalità per melanoma in aumento.

Riferimenti bibliografici

- Quarto Rapporto Annuale Programmi Screening Regione Toscana (CSPO)
- Piano Sanitario Regione Toscana 2005-2007

Una Task Force per un piano nazionale per la prevenzione alimentare e contro la sedentarietà

Dott. Andrea Micheli, Dott. Paolo Baili

Lo scorso 21 novembre 2005, a Roma, presso l'Istituto Superiore di Sanità trenta ricercatori e esperti italiani di istituti, università e centri nazionali e regionali si sono riuniti per promuovere una task force nazionale in campo preventivo. L'idea costruita dai partecipanti prevede di:

- favorire la costruzione di quel ponte tra ricerca e sanità pubblica che molti ritengono necessario per garantire una migliore efficacia delle azioni intraprese dalla pianificazione sanitaria;
- offrire una rete scientifica, informativa e di relazioni in grado di aiutare i programmi pubblici nazionali e regionali di prevenzione primaria nel campo della prevenzione alimentare, della promozione della attività fisica e contro il rischio di obesità;
- favorire lo scambio di esperienze che vengono avviate in Italia nei diversi settori implicati in tali programmi di prevenzione;
- rendere disponibile ai pianificatori sanitari l'informazione epidemiologica necessaria, i progetti e le indicazioni per azioni efficaci;
- costruire progressivamente una Comunità di Proponenti costituita da ricercatori, programmatori, operatori sanitari, attivisti dell'associazionismo dei cittadini, che insieme condividano il progetto e facilitino le azioni pubbliche necessarie per un piano di prevenzione di questa natura che devono riguardare vari ambiti: l'agricoltura, l'industria di trasformazione, la distribuzione, l'organizzazione scolastica e l'organizzazione sociale.

L'iniziativa ha incontrato l'interesse della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute che ha partecipato direttamente e attivamente alla discussione. A trenta anni dall'esperienza di lotta al fumo e al tabagismo e dalle esperienze di controllo di popolazione per i fattori di rischio in campo cardiovascolare si avverte la necessità di avviare un piano nazionale per la prevenzione alimentare e contro la sedentarietà che rappresentano grandi fattori di rischio prevenibili implicati in una varietà di patologie e responsabili di circa 10-20% dei decessi nei paesi occidentali. Negli ultimi quaranta anni si sono infatti accumulate importanti evidenze che suggeriscono che la dieta rivesta un ruolo importante nello sviluppo delle patologie cronicodegenerative che affliggono le popolazioni del mondo sviluppato. L'associazione tra dieta e cancro è stata oggetto di un lungo periodo di indagini ora giunte ad una importante fase di svolta. Studi ecologici degli anni '60, innumerevoli studi casi-controlli avviati a partire dagli anni '70, i grandi studi prospettici basati su questionari alimentari e con banca biologica iniziati negli anni '80; infine gli studi di intervento alimentare avviati negli anni '90, hanno condotto alla conclusione che oltre un terzo delle neoplasie sono teoricamente prevenibili con modificazioni sostenibili della alimentazione. Altre importanti evidenze si sono accumulate in campo cardiovascolare e delle patologie degenerative con l'avvio in alcuni paesi di programmi di pianificazione sanitaria con interventi di prevenzione alimentare. L'avvio di un piano nazionale per la prevenzione alimentare e contro la sedentarietà potrebbe trovare consenso anche in altre aree d'Europa dove è vivo l'interesse per la proposizione della dieta mediterranea come stile alimentare di tipo protettivo. L'obiettivo più vasto è offrire indicazioni per la costruzione di un programma di sanità pubblica per l'Unione Europea. La proposta potrebbe coordinarsi con analoghe in avvio in Europa sino a diventare una linea della strategia europea nella lotta contro il cancro e le patologie cronicodegenerative. I progetti europei di sanità pubblica EUROCISS, per le malattie cardiovascolari, EUROCHIP per il cancro (vedi box nel capitolo "Tumori"), potrebbero giocare un importante ruolo in tale direzione. Per maggiori informazioni sui lavori e la partecipazione alla task force si invita a scrivere all'indirizzo: lifetable@istitutotumori.mi.it.

Partecipanti alla task force

Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori (Milano): Andrea Micheli, Franco Berrino, Milena Sant, Gemma Gatta, Paolo Baili; Università di Torino: Benedetto Terracini; Istituto Superiore di Sanità (Roma): Simona Giampaoli, Barbara De Mei, Emanuele Scafato, Arduino Verdecchia, Riccardo Capocaccia, Stefania Salmaso; Ministero della Salute: Paolo D'Argenio, Giovanna Laurendi, Roberto D'Elia; Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione: Giuseppe Maiani, Aida Turrini, Laura Rossi, Davide Arcella, Catherine Leclercq; Centro di Riferimento Oncologico (Aviano): Renato Talamini; Istituto Nazionale Ricerca sul Cancro (Genova): Marina Vercelli, Emanuele Stagnaro; Centro per lo Studio e la Prevenzione del Cancro (Firenze): Eugenio Paci; Registro Tumori Ragusa: Rosario Tumino; Registro Tumori A. Adige: Francesco Bellù; Istituto Regina Elena (Roma): Valerio Ramazzotti; Università Federico II Napoli: Salvatore Panico, Amalia Mattiello; Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni Italiane: Pietro Folino Gallo; Associazione Italiana Oncologia Medica: Carmelo Iacono; Centro Prevenzione Oncologica (Torino): Carlotta Sacerdote; Università degli Studi di Milano Bicocca: Giovanni Corrao; Osservatorio Epidemiologico Regionale della Campania: Renato Pizzuti; Azienda Ospedaliera di Parma: Vincenzo De Lisi; IRCCS Burlo Garolfo: Giorgio Tamburlini.