Parti, che si è svolta a Durban (Sud Africa) nel novembre 2008.

Nel corso della Conferenza sono stati definiti ed approvati documenti importanti per favorire l'attuazione delle misure previste dal trattato. In particolare, sono state approvate linee guida per implementare restrizioni a pubblicità e sponsorizzazioni da parte delle industrie del tabacco, migliorare l'efficacia delle avvertenze sanitarie sulle confezioni, favorendo l'adozione anche di foto e disegni esplicativi delle avvertenze. Sono stati approvati altri documenti sulla promozione dell'educazione e dell'informazione sui danni alla salute provocati dal fumo di tabacco, sulle strategie per favorire la cessazione, sulla definizione di un protocollo per il controllo del contrabbando e del traffico illecito.

L'implementazione della Convenzione, sulla base delle indicazioni emerse anche a Durban, consentirà, rapportandosi con altre Amministrazioni coinvolte, di sviluppare nuovi interventi ed azioni efficaci di contrasto al tabagismo, per il conseguimento dell'obiettivo generale del trattato: "proteggere le generazioni presenti e future dalle conseguenze del consumo di tabacco e dall'esposizione al fumo".

Si rimanda al capitolo della sezione "Le risposte attuali del SSN" per un approfondimento delle attività già programmate per la tutela dai danni provocati dal fumo nell'ambito del programma "Guadagnare Salute".

Bibliografia essenziale

Galeone D, Laurendi G, Vasselli S, et al.: Preliminary effetcts of Italy's ban on smoking in enclosed public places. Tobacco Control 2006; 15:143.

Gorini G, Chelllini E, Galeone D. What happened in Italy? A brief summary of studies conducted in Italy to evaluate the impact of the smokingban. Annaly of Oncology, 2007.

Gruppo tecnico PASSI: SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI – Rapporto Nazionale 2007.

ISS/OSSFAD: Il Fumo in Italia, Rapporto Doxa 2008.

Istat. Indagine multiscopo "Aspetti della vita quotidiana", Anno 2005 - Annuario Statistico Italiano, Anno 2008.

2.3 Abitudini alimentari

2.3.1 Introduzione

Una buona nutrizione – ovvero un regime dietetico adeguato ed equilibrato – e la pratica regolare di esercizio fisico sono le chiavi per una buona salute.

Un regime dietetico equilibrato si propone di raggiungere due obiettivi principali:

1. garantire un apporto di nutrienti ottimale per soddisfare il fabbisogno dell'organismo;
2. prevenire condizioni di carenza o di eccesso di nutrienti.

A questi obiettivi se ne può, inoltre, aggiungere un terzo, che prevede l'introduzione di determinati alimenti e nutrienti a scopo protettivo e/o preventivo nei confronti di determinate condizioni patologiche: pensiamo, ad esempio, al sale iodato per le patologie tiroidee, agli acidi grassi omega 3 e 6 per il cardiorischio, all'acido folico per la spina bifida, a probiotici e prebiotici per l'equilibrio della flora intestinale.

Il non raggiungimento di uno di tali obiettivi comporta un rischio aumentato di sviluppare condizioni patologiche che si riflettono su qualità e durata della vita delle persone.

L'esistenza di una relazione tra alimentazione, stato di salute e alcune malattie cronico-degenerative è, peraltro, riconosciuto da sempre. È ben noto, in particolare, il legame esistente tra alimentazione e sviluppo di

malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, sovrappeso e obesità. Quest'ultima condizione, poi, oltre a essere causa diretta di riduzione della qualità della vita per le persone che ne sono affette, rappresenta essa stessa un fattore di rischio per lo sviluppo di malattie cardiovascolari, tumori e diabete.

Va anche ricordato come l'equilibrio di un regime dietetico sia sempre da valutarsi nell'ambito più generale dello stile di vita della persona, particolarmente per quel che riguarda il dispendio energetico dell'organismo: uno stile di vita sedentario dovrà, infatti, prevedere l'introduzione di un numero di calorie proporzionalmente inferiore rispetto ad uno fisicamente più attivo.

In tutta Europa, peraltro, la maggior parte della popolazione adulta segue diete nutrizionalmente scorrette ed è fisicamente inattiva. La maggior parte degli adulti, infatti, non svolge un'attività fisica sufficiente per mantenere un livello di salute ottimale e un'ampia fascia della popolazione consuma troppi alimenti e bevande ad alta densità energetica e scarso potere nutrizionale, nonché una quantità insufficiente di frutta e verdura.

Infatti, anche se le abitudini dietetiche differiscono tra i vari Paesi, le tendenze temporali mostrano che queste differenze si stanno affievolendo. I Paesi mediterranei sono stati in passato caratterizzati da un elevato consumo di frutta, verdura, legumi, olio d'oliva e pesce, ma queste tradizioni rischiano di scomparire, soprattutto tra i più giovani. Ampi settori della popolazione, per di più, continuano a non seguire pratiche ottimali per l'alimentazione dei neonati, come l'allattamento esclusivo al seno, che è dimostrato proteggere dallo sviluppo dell'obesità.

L'ingresso nel mondo del lavoro, poi, rappresenta un momento di cambiamento nello stile di vita che può determinare un aumento ponderale. Infatti, si pranza frequentemente fuori casa e la maggior parte delle attività lavorative oggigiorno sono sedentarie e, se mancano validi servizi di ristorazione collettiva e tempi sufficienti per consumare i pasti, i lavoratori tendono a fare ricorso a snack veloci ad alta densità energetica.

Alcuni gruppi sociali sono, infine, particolarmente vulnerabili alle influenze dell'ambiente. I soggetti a basso livello socio-economico si trovano ad affrontare limiti strutturali, sociali, organizzativi, finanziari e di altro genere per poter adottare consapevolmente scelte di vita sane. In particolare, i costi e la disponibilità degli alimenti influenzano significativamente le scelte dietetiche, impedendo spesso l'acquisto degli alimenti più salutari e facilitando, al contrario, l'accesso ai cosiddetti "cibi spazzatura".

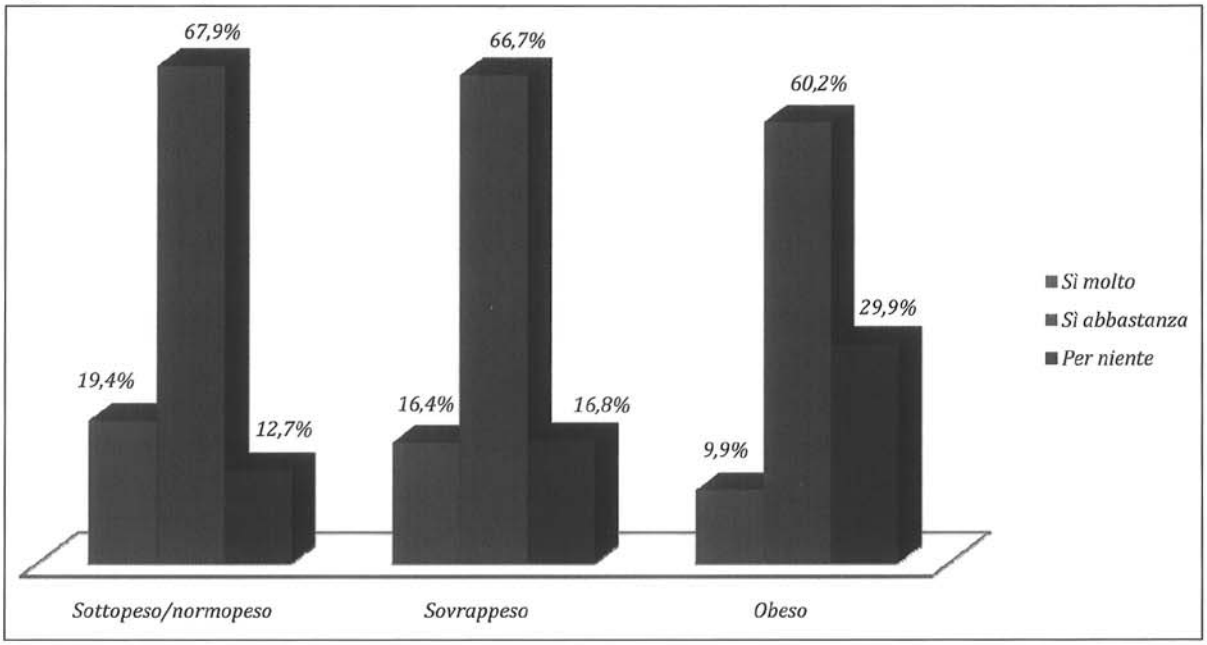
2.3.2 I dati

Secondo i dati Istat relativi al 2008, in Italia, per il 68% della popolazione di età superiore ai 3 anni, il pasto principale è rappresentato dal pranzo e il 73,6% degli intervistati riferisce di pranzare a casa. Tra gli adulti, in particolare, oltre la metà pranza a casa nei giorni feriali: la quota più bassa si registra tra gli uomini di 35-44 anni (48,8%). Nella stessa fascia d'età si rileva anche la quota minima di persone che considera il pranzo come pasto principale (55%).

La percentuale di quanti fanno una colazione non limitata al solo caffè o al tè, ma nella quale vengono assunti alimenti più ricchi di nutrienti, quale latte, cibi solidi (biscotti, pane, eccetera), è pari al 79,2%. Questo comportamento salutare è più frequente tra le donne (82,0% contro il 76,2% degli uomini), ma anche molto diffuso tra i bambini (92,9% dai 3 ai 5 anni e 95,0% dai 6 ai 10 anni).

La dieta del nostro Paese è basata primariamente sul consumo di cereali:

Figura 1 – PASSI: percezione salubrità dieta – Anno 2007



pane, pasta e riso, che rappresentano la principale fonte di carboidrati. L'85,5% della popolazione di età superiore ai 3 anni, infatti, ne consuma almeno una volta al giorno. Solo il 60,1% consuma pesce con una frequenza almeno settimanale, a fronte del 71,8% che dichiara un consumo almeno settimanale di carni bovine.

L'85% della popolazione di età superiore ai 3 anni consuma giornalmente frutta e verdura, con una frequenza maggiore tra le donne. Le percentuali più alte si riscontrano, comunque, tra gli anziani (circa il 90%), quelle più basse tra i bambini e i giovani: tra i maschi di 15-17 anni si registra la quota più bassa, con un consumo giornaliero che si attesta al 70,7%.

L'apporto quotidiano con la dieta di elementi fondamentali quali vitamine, minerali e fibre contenuti in frutta e verdura (almeno cinque porzioni al giorno) non sembra essere adeguato: la maggioranza ne consuma due o tre porzioni al giorno e circa un terzo dei bambini ne consuma solamente una porzione.

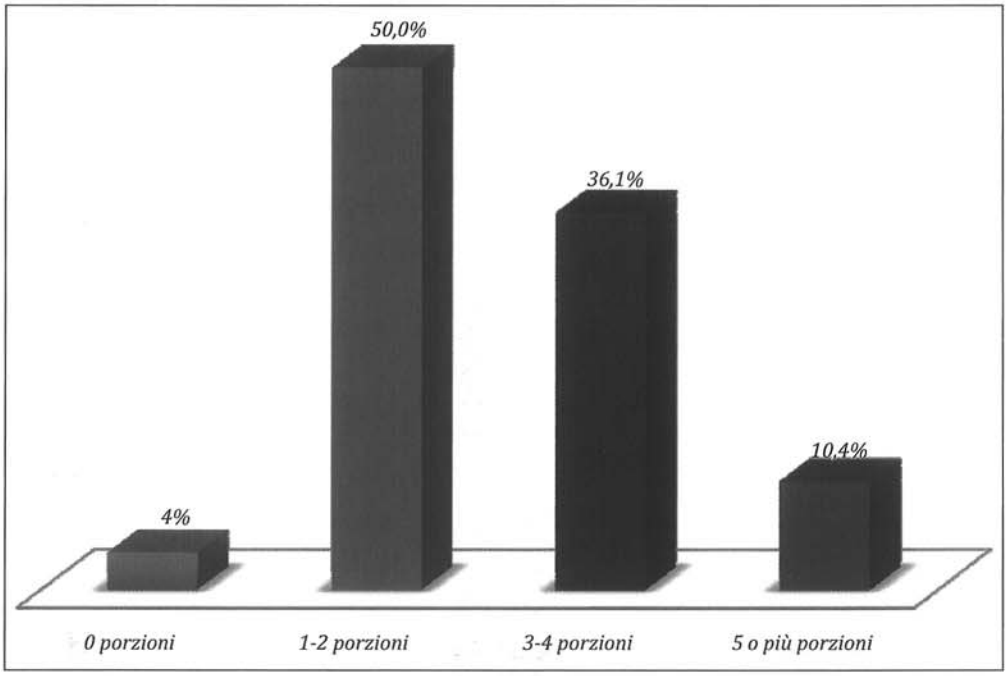
I dati Istat relativi all'anno 2007 rivelano, poi, che in Italia, il 35,6% della popolazione adulta è in sovrappeso, il 9,9% è obeso.

Tali dati sono sostanzialmente confermati da quelli rilevati dal programma "PASSI" (Progressi delle Aziende sanitarie per la salute in Italia), sistema continuo di sorveglianza della popolazione italiana adulta sui principali fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, scorretta alimentazione, fumo, alcol, rischio cardiovascolare, sicurezza domestica, screening oncologici, ecc.), affidato all'Istituto Superiore di Sanità (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - CNESPS) dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie - CCM).

L'84% degli intervistati PASSI ritiene di avere una alimentazione positiva per la propria salute ("Sì, abbastanza" o "Sì, molto" – Figura 1); in particolare:

- l'87% delle persone sottopeso/normopeso;
- l'83% dei sovrappeso;
- il 70% degli obesi.

Figura 2 – PASSI: Adulti e five-a-day – Anno 2007



Riguardo alle abitudini alimentari, il 96% degli intervistati PASSI ha dichiarato di mangiare frutta e verdura almeno una volta al giorno; tuttavia, il 36% ha riferito di mangiare 3-4 porzioni al giorno e solo il 10% le 5 porzioni raccomandate per un'efficace prevenzione delle neoplasie (Figura 2). L'abitudine a consumare 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno è più diffusa tra le persone sopra ai 50 anni, tra le donne (12%), tra le persone con basso livello d'istruzione (10%) e tra le persone obese (12%).

Riguardo allo stato nutrizionale del campione, infine, i dati PASSI, similmente a quanto rilevato dall'Istat, evidenziano una percentuale di adulti in sovrappeso pari al 32% e di obesi pari all'11%.

Per quel che riguarda, poi, l'infanzia e l'adolescenza, i dati disponibili fino ad oggi, pur evidenziando la presenza di un problema relativamente allo stato nutrizionale dei nostri ragazzi, risultano spesso lacunosi, raccolti in modo non uniforme (quando non riferiti dai genitori) e, quindi, non utilizzabili a fini programmatori e per effettuare confronti a livello nazionale e internazionale.

Per avere un quadro aggiornato del fenomeno tra i bambini italiani e per rispondere, inoltre, al bisogno informativo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali/CCM, nel 2007, ha affidato all'ISS/CNESPS il coordinamento del progetto "Sistema di indagini sui rischi comportamentali in età 6-17 anni". Tale progetto è attuato in stretta collaborazione con le Regioni, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, l'Istituto Nazionale della Nutrizione (INRAN) ed alcune Istituzioni Universitarie.

Obiettivo del progetto è mettere a punto un sistema di sorveglianza a livello nazionale, che permetta la raccolta dei dati nelle scuole, che sia sostenibile nel tempo per il sistema sanitario e per la scuola, ed efficace nel guidare la programmazione degli interventi di sanità pubblica. Il progetto è diviso in 2 fasi, la prima delle quali si è svolta nel 2008. Tale indagine, denominata "OKkio alla salute", ha reso possibile la raccolta di dati riguardanti, oltre a peso e altezza, le principali abitudini alimentari

Figura 3 – OKkio alla salute: bambini e colazione – Anno 2008

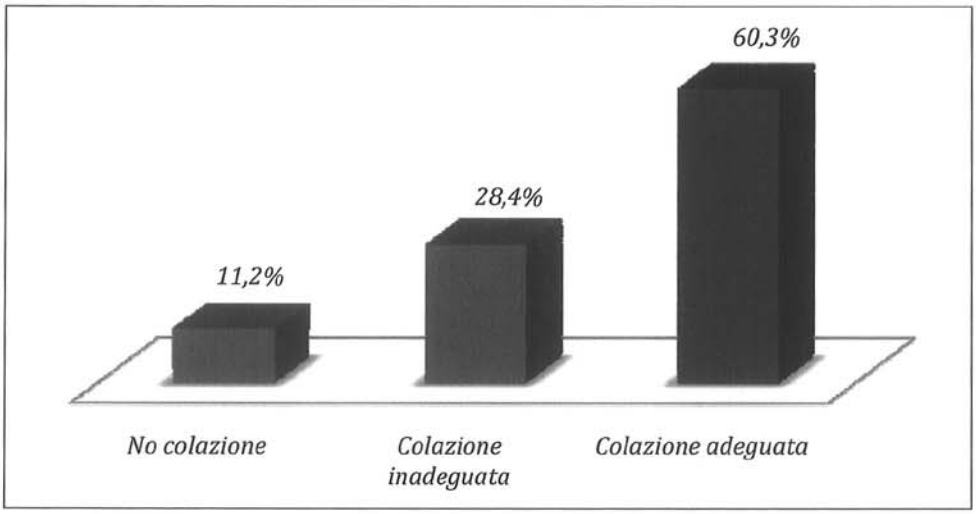
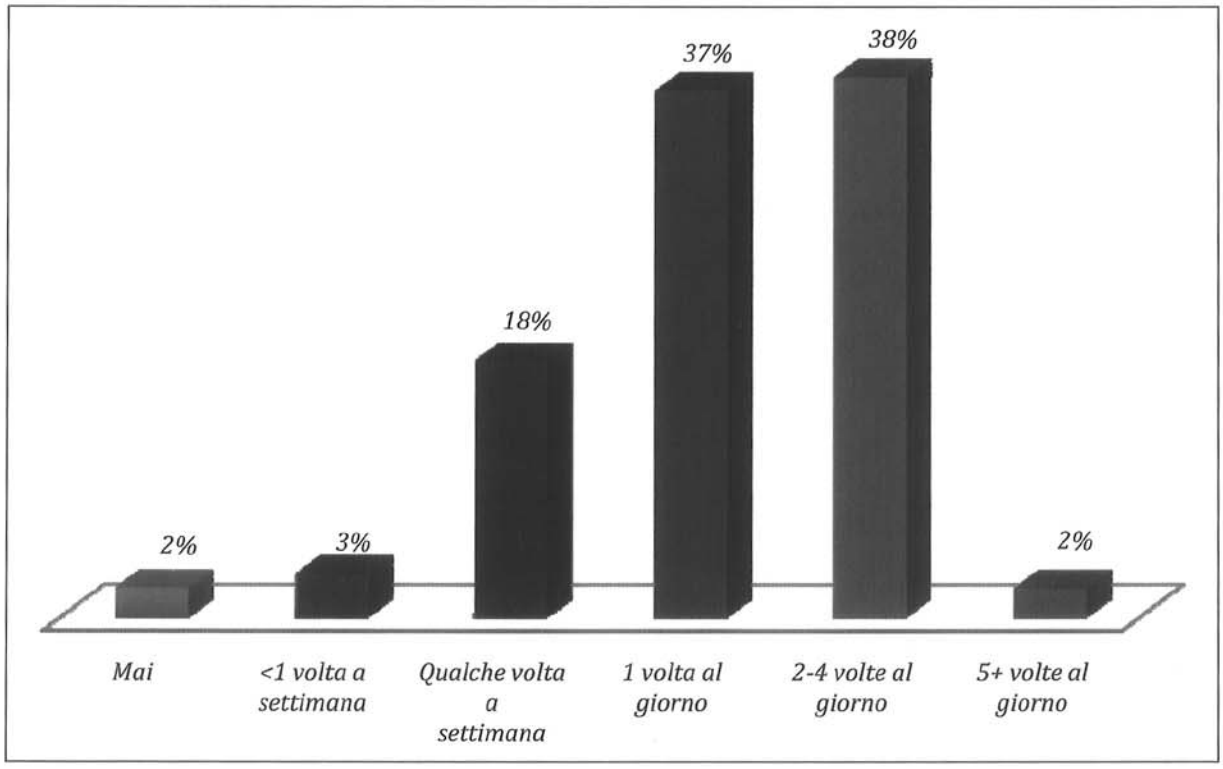


Figura 4 – OKkio alla salute: bambini e five-a-day – Anno 2008



dei bambini, informazioni sull'attività fisica svolta e sui comportamenti sedentari, percezione del problema da parte dei genitori, dati sulle caratteristiche dell'ambiente scolastico.

L'indagine ha messo in luce la grande diffusione tra i bambini di abitudini alimentari che non favoriscono una crescita armonica e che predispongono all'aumento di peso, specie se concomitanti. In particolare, è emerso che l'11% dei bambini salta la prima colazione e il 28% fa una colazione non adeguata, ossia sbilanciata in termini di carboidrati e proteine (Figura 3); l'82% fa una merenda di metà mattina troppo abbondante (superio-

re alle 100Kcal), mentre il 23% dei genitori dichiara che i propri figli non consumano quotidianamente frutta e verdura, e solo il 2% dei bambini supera le quattro porzioni giornaliere (Figura 4).

Anche i dati raccolti sull'attività fisica praticata e sul tempo trascorso davanti alla televisione o ai videogiochi sono sconfortanti: 1 bambino su 4 pratica sport per non più di un'ora a settimana e il 26% non ha fatto attività fisica il giorno precedente l'indagine. Inoltre, la metà circa dei bambini ha la TV in camera e la guarda per 3 o più ore al giorno.

I genitori non sempre hanno un quadro corretto della situazione nutrizionale del proprio figlio. Tra le madri di bambini in sovrappeso o obesi, il 35% non ritiene che il proprio figlio sia in eccesso ponderale e solo il 31% pensa che la quantità di cibo da lui assunta sia eccessiva. Inoltre, il 53% delle madri di figli fisicamente poco attivi ritiene che il proprio figlio svolga un'attività motoria sufficiente.

È emerso, inoltre, che solo il 64% delle scuole possiede una mensa; il 12% prevede la distribuzione di alimenti sani (frutta, yogurt, ecc.) per la merenda di metà mattina; il 29% delle classi svolge meno di due ore di attività motoria a settimana. Infine, solo 1 scuola su 3 ha avviato iniziative favorenti una sana alimentazione e l'attività motoria, con il coinvolgimento dei genitori.

La prevalenza di sovrappeso ed obesità, infine, è risultata molto elevata: a livello nazionale il 23,6% dei bambini risulta sovrappeso e il 12,3% obeso.

2.3.3 Indicazioni per la programmazione

Sulla base di quanto sopra, appare necessario, oltre che continuare a monitorare il fenomeno per consentire la costruzione di trend temporali e la valutazione dei risultati di salute, programmare interventi di sanità pubblica che possano risultare incisivi nelle varie fasce d'età e nelle diverse condizioni socio-economiche. Tali azioni, tuttavia, per raggiungere gli obiettivi che si propongono, non possono non prevedere il coinvolgimento attivo di settori della società esterni al Sistema sanitario.

L'apporto e il dispendio energetico individuale, infatti, sono influenzati da un'ampia gamma di fattori ambientali, tra cui abitudini familiari, politiche e procedure scolastiche, politiche di pianificazione urbana e dei trasporti, attività di marketing commerciale, politiche sulla distribuzione del cibo e l'agricoltura. Molti aspetti dell'ambiente in cui oggi vivono e lavorano le persone incoraggiano abitudini alimentari scorrette e/o una ridotta attività fisica, che aumentano il rischio di obesità.

Si tratta, perciò, di un problema di sanità pubblica la cui soluzione non può essere demandata esclusivamente al sistema sanitario, ma che necessita di interventi che siano il più possibile trasversali e intersettoriali, con il coinvolgimento di molti altri soggetti istituzionali e della società civile (Ministeri, Comuni, Province, Associazioni Professionali e di categoria, Associazioni dei consumatori, produttori di alimenti, pubblicitari, mass media, ecc.) così come raccomandato dall'Unione Europea (UE) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Sulla base di tali premesse, infatti, l'OMS, nel 2006, ha elaborato una "Strategia Globale su Dieta, Attività Fisica e Salute", con una serie di raccomandazioni per i Governi e per tutte le parti in causa, e, proprio nell'ottica delle politiche intersettoriali, ha definito una strategia di contrasto alle malattie non trasmissibili (Gaining Health, the European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases – OMS, Ufficio Regionale per l'Europa, 2006) ed approvato la European Charter on

counteracting obesity (Conferenza Interministeriale di Istanbul - 15 novembre 2006), che impegnano fortemente i Paesi europei dell'OMS.

La nutrizione e l'attività fisica, inoltre, rientrano tra le "priorità chiave" nelle politiche di sanità pubblica dell'UE (Programma di azione 2003-2008) e sono oggetto del Green paper della Commissione Europea, Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases del 2005.

In tali documenti, infatti, si esortano i decisori a seguire un approccio intersettoriale per l'attuazione di interventi che modifichino i comportamenti non salutari, raccomandando interventi di tipo comportamentale (per modificare lo stile di vita individuale) e sociale (per creare condizioni ambientali atte a cambiare i comportamenti individuali e a mantenerli nel tempo).

L'Italia, seguendo gli orientamenti dell'OMS e dell'Unione Europea, ha già avviato un percorso di definizione di strategie e di attivazione di iniziative, sia attraverso il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005 - che nell'ambito del progetto "Promuovere gli stili di vita salutari, la prevenzione e la comunicazione pubblica sulla salute" aveva già ribadito che l'incidenza di molte patologie è legata agli stili di vita, sottolineando, in particolare, il ruolo fondamentale dell'attività fisica e di una corretta alimentazione per la protezione della salute - sia con il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2005-2007, prorogato al 2008.

Nell'ambito del PNP, infatti, sulla base di linee programmatiche elaborate dal Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali/CCM, tutte le Regioni hanno definito ed attivato specifici progetti all'interno di aree di intervento condivise e ritenute prioritarie (dall'allattamento al seno, alla ristorazione collettiva, alla promozione dell'attività fisica, alla pubblicità). La progettazione Regionale propone l'approccio intersettoriale, con azioni intraprese a diversi livelli (a scuola, nei luoghi di lavoro, nei luoghi del tempo libero, ecc.) e privilegiando gli interventi di provata efficacia.

Le attività del Piano si sono concluse il 31 dicembre 2008, ed è attualmente in via di elaborazione la proposta di rinnovo per un altro triennio.

Nella scia delle politiche intersettoriali promosse dal PNP, inoltre, nel 2007 è stato avviato il programma "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari"(DPCM del 4 maggio 2007).

La grande novità di Guadagnare Salute è la ricerca di sinergie tra diversi Ministeri, finalizzata a dare maggior credibilità ai messaggi da veicolare, a consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, ad assicurare un'informazione univoca. Per favorire il sistema di alleanze operative e la creazione di reti funzionali a livello locale, con DM 26 aprile 2007 è stata istituita, presso il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, la "Piattaforma nazionale sull'alimentazione, l'attività fisica e il tabagismo", con il compito di formulare proposte e promuovere iniziative finalizzate a favorire nella popolazione l'adozione di abitudini alimentari corrette e di uno stile di vita attivo, a contrastare l'abuso di alcol e a ridurre il tabagismo.

Guadagnare Salute si articola in 4 specifici programmi:

A. Guadagnare Salute rendendo più facile una dieta più salubre (alimentazione);
B. Guadagnare Salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica (attività fisica);
C. Guadagnare Salute rendendo più facile esseri liberi dal fumo (lotta al fumo e ad altre dipendenze);
D. Guadagnare Salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol (lotta all'abuso di alcol).

Una serie complessa di attività, finalizzate alla promozione di corretti stili di vita, è stata avviata anche grazie alle Intese siglate tra il Ministero del

Lavoro, Salute e Politiche Sociali e altri Dicasteri nell'ambito di Guadagnare Salute:

- protocollo d'Intesa con il Ministero delle Politiche Giovanili. Alcuni progetti sviluppati nell'ambito dell'Intesa derivano dalla constatazione che, mentre lo stile di vita degli adolescenti è spesso caratterizzato da un'insufficiente attività fisica e da un'alimentazione non equilibrata, esiste la necessità di favorire fra i giovani un rapporto equilibrato con l'immagine corporea, di promuovere modelli estetici positivi e di contrastare quei fattori socio-culturali implicati nell'insorgenza e nella diffusione dei disturbi del comportamento alimentare (anoressia, bulimia, obesità psicogena e altri disordini alimentari);
- protocollo d'Intesa con il Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali. Si stanno realizzando interventi intersettoriali per valorizzare la dieta mediterranea, quale stile nutrizionale unico al mondo, dedicando particolare attenzione all'alimentazione dei gruppi di popolazione, quali bambini, adolescenti, gestanti, nutrici, donne in menopausa, anziani, caratterizzati da esigenze nutrizionali specifiche e per questo motivo più "vulnerabili". Particolare rilievo è dato all'attuazione di strategie di cooperazione, a livello nazionale e locale, per incrementare la disponibilità e il consumo di frutta, verdure, nonché altri alimenti sani, anche in ambienti come la scuola e i luoghi di lavoro.

Nell'ambito dell'Intesa con il MiPAF, inoltre, è stato attivato il progetto "Buone pratiche sull'alimentazione: valutazione del contenuto di sodio, potassio e iodio nella dieta degli italiani". Tale attività si propone di ottenere informazioni attendibili sul consumo medio di sodio, potassio e iodio nella popolazione italiana. I dati saranno prodotti nell'ambito dell'azione di intervento sul consumo di sale prevista da Guadagnare Salute e con i seguenti obiettivi specifici:

- valutare il consumo medio giornaliero di sodio, potassio e iodio pro-capite in un campione rappresentativo della popolazione italiana adulta su base regionale e per classi di età;
- valutare il consumo medio giornaliero di sodio, potassio e iodio pro-capite in un campione rappresentativo della popolazione italiana affetta da ipertensione arteriosa su base regionale e per classi di età;
- organizzare riunioni con i medici curanti dei pazienti arruolati per informarli sulle finalità della ricerca, condividerne i risultati e promuovere le raccomandazioni relative alle modificazioni degli stili di vita;
- valutare il consumo medio giornaliero di sodio pro-capite in un campione rappresentativo della popolazione italiana di età pediatrica (6-18 anni);
- valutare il contenuto medio di sodio in campioni di pane e prodotti da forno su base regionale.

Protocollo d'Intesa con il Ministero dell'Istruzione

I due Dicasteri, con il Protocollo d'Intesa siglato il 5 gennaio 2007, si sono impegnati a definire strategie comuni e a realizzare un programma d'interventi che impegni il sistema scolastico ed il Sistema sanitario per la prevenzione delle malattie croniche e il contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile.

Grazie al Protocollo sono state realizzate diverse iniziative, tra cui assume particolare risalto il progetto pilota "Frutta Snack", nato al fine di incentivare il consumo di frutta e verdura tra i ragazzi della scuola secondaria. Frutta Snack ha rappresentato un'esperienza di educazione alimentare che ha coinvolto, nell'anno scolastico 2007/2008, in 82 scuole superiori di Roma, Bologna e Bari, circa 42.500 ragazzi, insegnanti e famiglie, con

l'obiettivo di promuovere e rendere gradito, nelle fasce più giovani di età, il consumo di ortofrutta e derivati.

Frutta Snack, in collaborazione con aziende private del vending e della produzione ortofrutticola, ha sperimentato un "modello" di promozione del consumo di ortofrutta fresca e trasformata, coniugando le attività educative, di sensibilizzazione e promozione della salute all'azione concreta di disponibilità di prodotti pronti all'uso in appositi distributori automatici. Tale progetto ha previsto, oltre all'installazione di distributori automatici di frutta fresca nelle scuole aderenti, anche un piano di formazione/informazione rivolto ai docenti, iniziative di comunicazione per studenti e famiglie e un programma di monitoraggio e valutazione dei risultati.

Su questa linea, quindi, il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha affidato alla Regione Toscana, in collaborazione con le Regioni Marche, Sicilia, Campania e Puglia e con il sostegno delle Regioni Emilia Romagna e Lazio, la realizzazione di un progetto volto ad estendere le iniziative e le azioni per un maggiore consumo di frutta e verdura fresche, sperimentate con il progetto pilota Frutta Snack.

Si auspica, inoltre, l'adesione dell'Italia al programma europeo "Frutta nelle scuole", di recente approvato a Bruxelles, che stanzia fondi europei per l'acquisto e la distribuzione di frutta e verdura fresche nelle scuole, nell'ambito di strategie complessive di educazione e sensibilizzazione promosse dagli Stati membri.

Sempre nell'ambito di Guadagnare Salute, sono state, inoltre, attivate varie azioni volte a promuovere l'offerta di alimenti salutari da parte dell'industria alimentare, della distribuzione di alimenti e della ristorazione collettiva.

L'industria e la distribuzione di alimenti, compresi i fast-food, influenzano, infatti, il consumo alimentare attraverso l'aspetto estetico, le dimensioni della porzione e il prezzo dei prodotti alimentari.

Per contrastare tale situazione sono necessarie politiche di intervento e strategie di prevenzione che devono comprendere azioni per promuovere la domanda e l'offerta di alimenti più salutari, con un minor contenuto di grassi totali, grassi saturi, zuccheri e sale. In merito a ciò, nell'ambito di Guadagnare Salute, è da ricordare l'impegno dell'Industria alimentare che ha cercato di dare risposte concrete in tema di prevenzione nutrizionale e stili di vita. Sono state avviate, infatti, alcune iniziative volontarie da parte del sistema associativo della produzione e della distribuzione, per attuare impegni assunti quale contributo responsabile alla prevenzione dell'obesità ed al consumo consapevole dei prodotti alimentari, in un'ottica antiproibizionistica e favorevole ai meccanismi di autoregolazione e competenza individuale.

In particolare, per favorire il cittadino nella scelta degli alimenti o delle bevande più adatte ad uno stile di vita salutare, l'industria si è impegnata a:

- adottare sulle confezioni di tutti i prodotti destinati ai consumatori finali una "etichettatura nutrizionale" con l'inserimento sulle confezioni di informazioni aggiuntive, fra le quali la quantità giornaliera indicativa (GDA);
- promuovere, presso le Aziende associate, lo sviluppo di prodotti alimentari con diverso contenuto energetico e nutrizionale e l'avvio della progressiva riduzione delle porzioni nei propri prodotti;
- eliminare gli acidi grassi trans derivanti da processi di lavorazione, secondo quanto raccomandato dall'OMS;
- monitorare la conformità dei messaggi pubblicitari, nonché eliminare i prodotti meno salutari dai distributori automatici nelle scuole dell'obbligo.

La promozione di corretti stili di vita passa, infine, attraverso interventi di miglioramento della qualità nella ristorazione scolastica, ospedaliera e sui luoghi di lavoro.

A tale riguardo è stato istituito, presso l'ex Ministero della Salute, un tavolo tecnico che, con la partecipazione di rappresentanti regionali ed esperti del settore, ha elaborato un documento che fornisce, a livello nazionale, linee di indirizzo per la ristorazione scolastica, considerata strategica, non solo per il semplice soddisfacimento dei bisogni nutritivi dei bambini, ma soprattutto come momento continuo di educazione, capace di coinvolgere anche docenti e genitori.

Tutte le informazioni relative al CCM, a Guadagnare Salute e alle progettualità avviate sono reperibili sui siti www.ministerosalute.it e www.ccm-network.it.

Bibliografia essenziale

Istat. Annuario statistico italiano 2008. Capitolo 3: Sanità e salute. www.istat.it/dati/catalogo/20081112_00/

Istat. Indagine Multiscopo sulle Famiglie "Aspetti della vita quotidiana". Anno 2007. www.istat.it/dati/catalogo/20090312_00/

Report OKkio alla salute 2008. www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/

Report PASSI 2007. www.epicentro.iss.it/passi/

2.4 Consumo di alcool

2.4.1 Introduzione

Importanti studi di livello nazionale e internazionale confermano la correlazione tra il consumo di alcol nella popolazione e il rischio di morbilità e mortalità per alcune cause, quali patologie gastroenterologiche, cardiovascolari, polmonari, tumorali (tra cui 11.000 casi di cancro alla mammella), dello scheletro e muscolari, danni immunologici e prenatali. L'alcol risulta, in particolare, essere la principale causa di cirrosi epatica.

Il rischio di danni alcolcorrelati cresce generalmente con la quantità di alcol consumata, la frequenza del consumo e la frequenza e intensità degli episodi di intossicazione alcolica.

Nell'Unione Europea (UE), tra i 26 fattori di rischio per la salute individuati, l'alcol costituisce il terzo per importanza, dopo il tabacco e l'ipertensione, causando la morte di circa 195.000 persone.

È stato calcolato che l'alcol è responsabile del 12% della mortalità prematura e della disabilità nella popolazione maschile dell'UE e del 2% in quella femminile. In particolare è attribuibile all'alcol il 25% della mortalità giovanile tra i giovani maschi e il 10% di quella tra le femmine. Nei Paesi dell'UE circa 10.000 sono le morti provocate da soggetti alla guida in stato di ebbrezza.

In quanto sostanza psicotropa, il consumo di alcol può avere anche importanti ripercussioni sul piano sociale, che riguardano non solo il bevitore ma anche il suo contesto familiare e in generale l'intera società. Nei Paesi dell'UE, 5-9 milioni di bambini vivono in famiglie con problemi alcolcorrelati e l'alcol è causa del 16% degli abusi e abbandoni di minori.

Una recente stima condotta per l'Italia con metodologie adottate dall'OMS indica in 24.061 il numero delle morti per cause alcolcorrelate fra i soggetti di età superiore ai 20 anni, di cui 17.215 tra i maschi e 6.846 tra le femmine, che rappresentano, rispettivamente, il 6,23% di tutte le morti maschili e il 2,45% di quelle femminili.

Il tasso di mortalità per cirrosi epatica e patologie croniche del fegato,

uno dei più importanti indicatori di danno derivante dal consumo cronico ed eccedentario di alcol, risulta in costante diminuzione da molti anni (dal 22,60 per 100.000 del 1990 al 10,73 del 2004), in concomitanza con la diminuzione del consumo medio pro capite di alcol puro nella popolazione. Peraltro esso risulta ancora superiore di 7 punti alla media europea, nonché a quella di Paesi europei quali Belgio, Francia, Irlanda, Olanda, Spagna, Svezia, Regno Unito.

Le morti per cirrosi epatica sono diffuse soprattutto nella popolazione più anziana. Nel 2001 la popolazione italiana tra i 60 e i 74 anni stava al settimo posto nella classifica della mortalità per questa causa tra i Paesi inclusi nell'area europea "A", monitorata dall'OMS, e quella di età superiore ai 74 anni stava al primo posto della classifica per tale classe di età.

Anche la mortalità per incidente stradale è considerata un indicatore di danno indiretto prodotto dall'alcol, e in Italia viene stimata come correlata all'uso di alcol per una quota compresa tra il 30% e il 50%.

Nell'ambito delle cause di incidente stradale derivante da alterato stato psicofisico, l'ebbrezza da alcol ha rappresentato nel 2006 il 71% del totale, con 4.246 casi rilevati, valore superiore a quello rilevato nel 2005 (4.107 casi, corrispondenti al 70% del totale per tali cause).

Nell'anno 2005 il tasso nazionale di ospedalizzazione per diagnosi totalmente attribuibili all'alcol (valore per 100.000 abitanti) è stato pari a 159.0, in costante diminuzione dall'anno 2000. Le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione sono Valle D'Aosta, P.A. di Bolzano e P.A. di Trento, quelle a più basso tasso di ospedalizzazione sono Sicilia e Campania. Nelle medesime Regioni si rilevano anche, contestualmente, le più alte e le più basse prevalenze di consumatori fuori pasto e binge drinkers.

La distribuzione per fasce di età delle diagnosi per patologie totalmente alcolcorrelate ci mostra la percentuale più elevata (44,5%) nelle fasce di età più anziane (oltre i 55 anni), con valori sostanzialmente stabili dal 2000.

La distribuzione percentuale fra le diverse diagnosi si mantiene sostanzialmente stabile nel tempo fra il 2000 e il 2005, con la sola eccezione della diagnosi di cirrosi epatica alcolica, che passa dal 26,3% del 2000 al 31,7% del 2005, aumentando di più di 6 punti percentuali in rapporto alle altre diagnosi.

Si osserva altresì una diminuzione nel tempo della percentuale di epatiti acute alcoliche, che passano dal 5,5% del 2000 al 3,9% del 2005.

2.4.2 Esposizione e valutazione critica dei dati

La struttura dei consumi alcolici di una popolazione rappresenta un importante insieme di indicatori della possibile evoluzione delle condizioni di salute di un Paese, e il suo monitoraggio costituisce un importante strumento da utilizzare per la prevenzione ed il contrasto dei possibili danni alcolcorrelati.

Il confronto con i Paesi europei

Nel nostro Paese il consumo annuale medio pro capite di alcol puro, dopo la drastica diminuzione verificatasi tra gli anni 80 e il 2000 (-33%), aumenta tra il 2001 e il 2003 nella popolazione al di sopra dei 15 anni, passando da 9,14 litri a 10,45 litri, e portando l'Italia dalla 6° alla 9° posizione nella graduatoria dei Paesi europei con consumi più bassi. Il livello di tale consumo è ancora inferiore a quello di Paesi vicini quali Spagna, Francia e Germania, ma decisamente al di sopra di quello raccomandato dall'OMS ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di

Tabella 1 – Prevalenza (%) consumatori di alcolici per sesso - Anni 2003-2007

	2003			2007		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Consumatori di bevande alcoliche	82,11	56,03	68,64	81,03	56,30	68,24
Consumatori di vino	68,79	40,35	54,10	68,51	41,25	54,40
Consumatori di birra	61,71	30,78	45,73	60,30	30,60	44,94
Consumatori di aperitivi alcolici	42,27	18,34	29,91	41,02	18,57	29,41
Consumatori di amari	43,02	15,25	28,67	40,82	14,34	27,12
Consumatori di super alcolici e liquori	37,58	13,10	24,93	35,26	11,89	23,17
Consumatori fuori pasto	36,71	13,91	24,93	37,60	14,49	25,64
Consumatori "binge drinkers"	11,76	2,87	7,17	13,10	3,14	7,95

FONTE: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Multiscopo Istat 2003-2007.

sopra dei 15 anni e 0 litri per quella di età inferiore).

Nonostante l'influenza dei modelli che arrivano dai Paesi del Nord Europa, persiste in Italia una tradizione culturale di consumo alcolico quotidiano e moderato, soprattutto di vino, in occasione dei pasti, secondo il modello "mediterraneo".

Nel 2006 l'Italia si colloca in Europa tra i Paesi con un elevato numero di astemi, nettamente al di sopra della media europea (40% della popolazione non ha consumato bevande alcoliche negli ultimi 12 mesi), ma con un'elevata percentuale di consumatori che bevono quotidianamente (26%), di valore doppio rispetto alla percentuale media dei Paesi europei (13%) e tra i più elevati in assoluto, insieme a quello di Portogallo (47%) e Spagna (25%). L'Italia si colloca in Europa anche tra i Paesi con i più bassi valori per quanto riguarda l'intensità del bere (unità alcoliche consumate in un'unica occasione), assieme a Bulgaria, Repubblica ellenica e Portogallo: solo l'11% dei bevitori afferma di assumere, quando beve, più di 2 drinks al giorno, contro la media europea che è del 28%, e ben il 46% dichiara di non aver mai assunto 5 o più drinks in un'unica occasione, a fronte di una media europea del 31%. Di contro, l'Italia ha il primato in Europa per la bassa età del primo contatto con le bevande alcoliche (in media 12,2 anni di età contro i 14,6 della media europea).

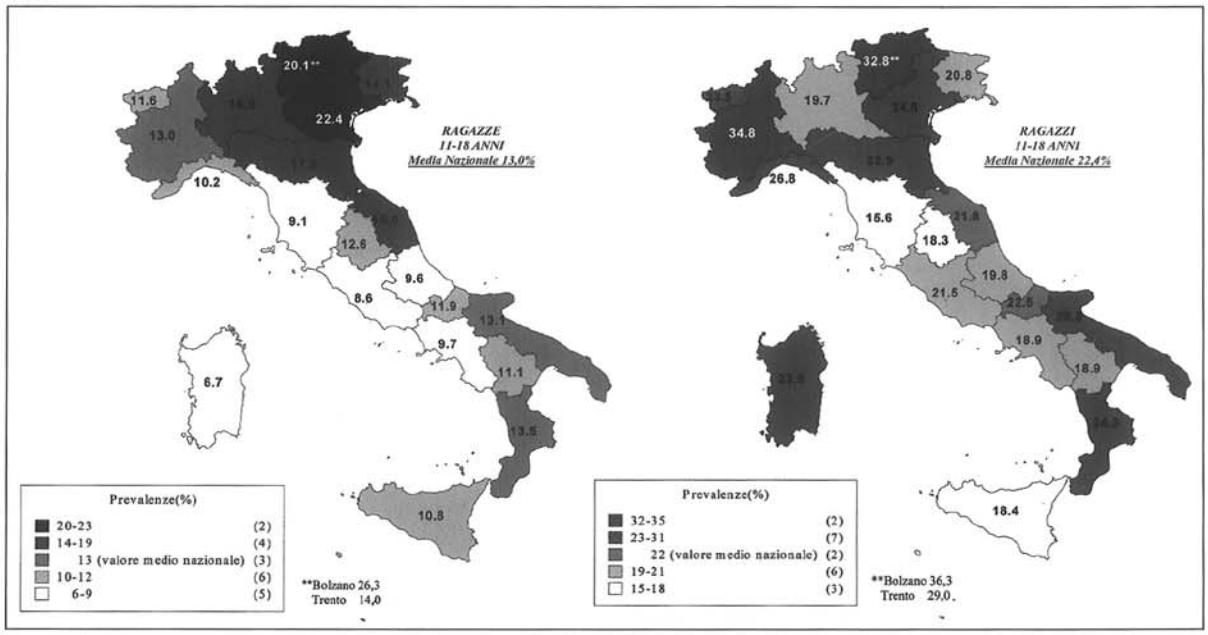
Consumi e modelli di consumo nella popolazione generale

Nel nostro Paese gli individui di 11 anni e più che hanno consumato almeno una bevanda alcolica risultano essere, in base ai dati dell'indagine Multiscopo dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) del 2007, il 68,2%, con una marcata differenza di genere. I consumatori di vino nel 2007 risultano essere il 54,4% della popolazione sopra gli 11 anni, quelli di birra sono il 44,9%, quelli di aperitivi alcolici il 29,4%, quelli di amari il 27,1% ed i consumatori di liquori o super alcolici, infine, il 23,2%. Gli individui che hanno consumato bevande alcoliche fuori pasto nel 2007 sono stati il 25,6% mentre l'8% ha concentrato grandi quantità di alcol in un tempo limitato (binge drinkers) (Tabella 1).

Il consumo a rischio

La quantificazione dei consumi di alcol a rischio si basa sull'identificazione dei consumatori che eccedono le quantità che le agenzie per la tutela della salute indicano come "limite massimo" da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni completamente o parzialmente evitabili a fronte della moderazione o, in

Figura 1 – Prevalenza (%) consumatori a rischio (criterio ISS) 11-18enni per sesso e regione di residenza - Anno 2007



FONTE: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Multiscopo Istat 2007.

casi definiti (ad es. guida), dell'astensione dal consumo.

Le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione dell'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN), che recepiscono le indicazioni dell'OMS, del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali, dell'ISS e della Società Italiana di Alcologia (SIA), considerano consumatori a rischio gli uomini che superano un consumo quotidiano di 3 unità alcoliche (UA), le donne che superano un consumo quotidiano di 2 UA, gli anziani e i giovani di 16-18 anni che consumano più di 1 UA e infine gli adolescenti fino a 15 anni, per i quali qualsiasi livello di consumo alcolico è da considerarsi a rischio. Un ulteriore comportamento a rischio per qualsiasi fascia di età è quello relativo all'abitudine (anche occasionale) di concentrare grandi quantità di alcol in un tempo limitato, il cosiddetto binge drinking, comportamento caratterizzato, in Italia come in Europa e nel mondo, dall'assunzione di oltre 60 gr di alcol (5 o più bicchieri nel nostro Paese) di una qualsiasi bevanda alcolica in un'unica occasione.

I consumatori a rischio

La prevalenza dei consumatori a rischio calcolata dall'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS dell'ISS nel 2007 è pari al 16,8% (M=26,4%; F=7,8%).

Nel corso degli ultimi anni, in base ai dati elaborati dallo stesso Osservatorio sulle indagini annuali Multiscopo Istat, si registrano a livello regionale sostanziali variazioni dei consumatori a rischio, differenziate per sesso e classe.

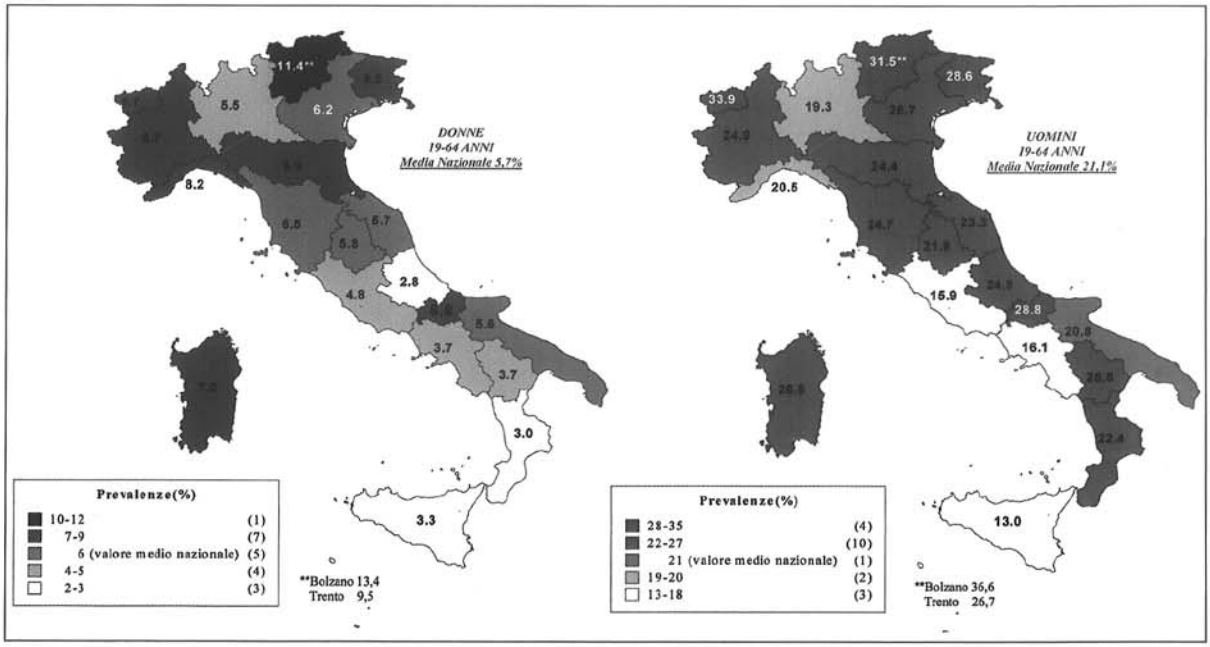
Nella classe di età 11-18 anni, in 9 Regioni per i ragazzi ed in 6 per le ragazze, i valori di prevalenza risultano più elevati della media nazionale di questa fascia di popolazione. In Trentino Alto Adige, per entrambi i sessi si registrano i valori più elevati (M=32,8; F=20,1), con particolare concentrazione nella provincia di Bolzano (M=36,3; F=26,3), oltre a Veneto per le sole ragazze e Piemonte per i soli ragazzi. Le Regioni dove si registrano i valori più bassi di preva-

lenza risultano essere per i ragazzi la Toscana, l'Umbria e la Sicilia, mentre per le ragazze la Sardegna, il Lazio, l'Abruzzo, la Campania e la Toscana (Figura 1).

Nell'ambito di un progetto condotto dall'Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS dell'ISS, sulla base delle rilevazioni effettuate nel corso dell'annuale tour-ricerca nelle discoteche del Progetto di prevenzione "Il Pilota", finanziata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nel corso del 2008 risulta che l'86% dei ragazzi e delle ragazze che frequentano i luoghi di aggregazione giovanile, come discoteche o pub, consumano bevande alcoliche in maniera pressoché esclusiva il sabato sera. Il 64,8% dei ragazzi e il 33,7% delle ragazze consumano in una serata tipo oltre 3 bicchieri di bevande alcoliche, con un allarmante picco per i minorenni. Per i più giovani le bevande che più contribuiscono al rischio sono la birra, i breezer e gli aperitivi alcolici, anche se è chiara la tendenza al policonsumo, che privilegia tra i minori anche il vino e i superalcolici, assimilando l'uso dell'alcol a quello delle sostanze psicoattive e rendendolo, al di là del bere in senso tradizionale, sostanza di riferimento preferita per lo "sballo" del sabato sera. Dalle rilevazioni annuali del Ministro del Lavoro, Salute e Politiche Sociali sull'utenza dei servizi alcologici risulta d'altra parte che i più elevati tassi di crescita tra i nuovi alcoldipendenti si registrano proprio per le età più giovanili, al di sotto dei 19 anni e tra i 20-29enni.

Nella classe di età 19-64 anni si registrano valori di prevalenza più elevati del dato medio nazionale registrato per questa fascia di popolazione, in 14 Regioni per gli uomini e in 8 Regioni per le donne. Come nel caso degli adolescenti, i valori più elevati si registrano in Trentino Alto Adige per entrambi i sessi (M=31,5; F=11,4) con particolare concentrazione nella Provincia di Bolzano (M=36,6; F=13,4) ed in Friuli Venezia Giulia, Valle d'Aosta e Molise per gli uomini. Le Regioni dove si registrano i valori più bassi di prevalenza risultano essere per gli

Figura 2 – Prevalenza (%) consumatori a rischio (criterio ISS) 19-64enni per sesso e regione di residenza - Anno 2007



FONTE: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Multiscopo Istat 2007.

uomini la Sicilia, il Lazio e la Campania mentre per le donne l'Abruzzo, la Calabria e la Sicilia (Figura 2).

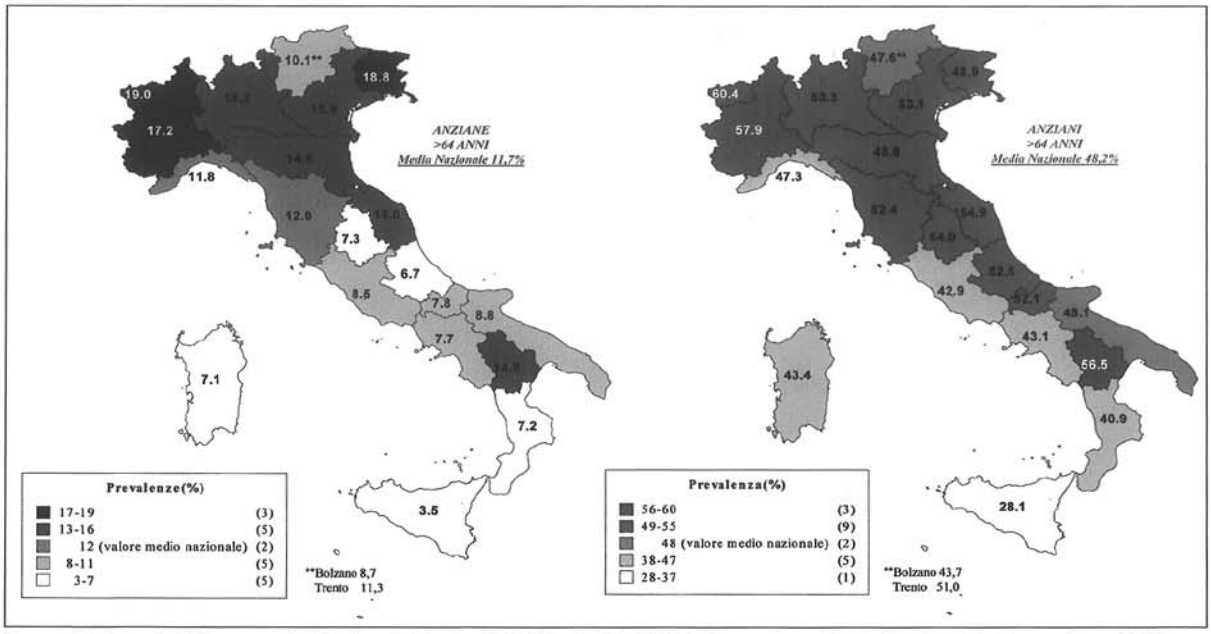
Nella classe di età più anziana (>64 anni) si registrano i valori di prevalenza più elevati di tutte le fasce di età, presumibilmente a causa di una non corretta conoscenza dei limiti indicati dalle linee guida per non incorrere in problemi di salute. In media infatti 1 uomo su due e 1 donna su 8 rischiano di compromettere la loro salute per un consumo scorretto di bevande alcoliche e, nel caso specifico, di vino, consumato in maniera quasi esclusiva dalle popolazioni anziane; a tale bevanda è attribuibile la stragrande maggioranza delle problematiche alcol correlate, inclusa l'alcoldipendenza. In 12 Regioni per gli uomini e in 8 Regioni per le donne si rilevano valori al di sopra della media nazionale registrata per questa fascia di popolazione. I valori più elevati si registrano in Piemonte e Valle d'Aosta per entrambi i sessi, oltre a Basilicata per gli uomini e Friuli Venezia Giulia per le donne. Le Regioni dove si registrano i valori più bassi di prevalenza risultano essere la Sicilia per entrambi i sessi, Umbria, Abruzzo Calabria e Sardegna per le donne (Figura 3).

2.4.3 Indicazioni per la programmazione

L'analisi delle principali tendenze dei consumi e delle relative criticità suggerisce alcuni orientamenti utili per la programmazione di efficaci interventi di prevenzione.

Attualmente nel nostro Paese coesistono diverse tipologie di rischio alcolcorrelato, collegate sia al modello di consumo più tradizionale che ai nuovi modelli derivanti dalle trasformazioni socioculturali e dalla diffusione, soprattutto tra i più giovani, di nuove abitudini di consumo importate dai Paesi del Nord Europa. Una prima categoria di rischio interessa prevalentemente la popolazione di età più elevata o anziana, nella quale il consumo quotidiano di vino non sempre si accompagna al rispetto dei limiti consigliati per la protezione della salute.

Figura 3 – Prevalenza (%) consumatori a rischio (criterio ISS) >64 anni per sesso e regione di residenza - Anno 2007



FONTE: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS e dal WHO CC Research on Alcohol su dati Multiscopo Istat 2007.

Una seconda tipologia di rischio riguarda i più giovani e i giovanissimi, ma comincia a interessare anche gli adulti, e riguarda la diffusione crescente di consumi fuori pasto, binge drinking, ubriacature e consumi occasionali eccedentari, comportamenti che stanno diffondendosi in Italia anche a seguito dei più frequenti contatti con i Paesi del Nord Europa.

Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dal sempre maggiore coinvolgimento della popolazione femminile, soprattutto quella di età più giovane, in comportamenti di consumo a rischio che fino a poco tempo fa erano diffusi quasi esclusivamente nella popolazione maschile, in particolare consumi fuori pasto e binge drinking.

Per ciascuna categoria di consumi a rischio è necessario pertanto predisporre interventi di prevenzione specifici e mirati.

Per la popolazione adulta e anziana, in cui i consumi eccedentari risultano crescere proporzionalmente alla sensazione di godere di un buono stato di salute, sembra indispensabile diffondere un'informazione corretta sui reali parametri che, all'interno del tradizionale modello di consumo mediterraneo, definiscono un consumo di alcol compatibile con la salute, nonché favorire il rispetto di tali parametri.

Nei più giovani appare necessario rafforzare empowerment e capacità di fronteggiare le pressioni sociali al bere, promuovendo inoltre la crescita di adeguati fattori protettivi nell'ambito dei diversi contesti sociali e istituzionali.

Poiché dai dati risulta una correlazione positiva fra livello di scolarizzazione e propensione al consumo e binge drinking, appare importante lavorare adeguatamente sul piano culturale e approfondire le ragioni di tale correlazione, tenendo anche conto del fatto che la propensione al consumo nei più giovani si correla positivamente alle abitudini di consumo dei genitori.

Questo orientamento è già stato recepito nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in cui viene sottolineata la necessità di accrescere nella popolazione italiana la percezione culturale dei rischi connessi al bere e di dare univoci e adeguati orientamenti soprattutto per la protezione sanitaria dei più giovani e delle donne.

Alla luce di tali considerazioni, appare fondamentale destinare adeguati finanziamenti alla prevenzione e alla ricerca e monitorare con specifici indicatori tutta l'ampia gamma di danni sanitari e sociali prodotti dal consumo dannoso di alcol, facilitando l'intercettazione precoce e la realizzazione di adeguati interventi di contrasto. È necessario in particolare intervenire con strumenti validati, semplici ed efficaci, per modificare il comportamento di milioni di individui che, pur non essendo dipendenti, espongono sé stessi e l'intera collettività ad elevati rischi, sia sul piano sanitario che sociale.

A partire dal 2007 il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali ha espresso un notevole impegno per il rafforzamento delle politiche di prevenzione del consumo dannoso di alcol, con iniziative programmatiche di livello nazionale, quali il Piano Nazionale Alcol e Salute e il Programma "Guadagnare Salute", entrambi recepiti con Accordo Stato Regioni.

In questi programmi si promuove l'approccio interistituzionale alla prevenzione, in adesione agli orientamenti dell'UE recentemente ribaditi nella "Strategia Comunitaria per la riduzione dei danni alcolcorrelati", approvata dal Parlamento Europeo nel luglio 2007. Per contenere il fenomeno del consumo dannoso vengono previsti, in particolare, interventi per l'informazione corretta dei consumatori tramite apposite campagne, per l'identificazione precoce e il trattamento breve dei bevitori a rischio nell'ambito della medicina di base, per la realizzazione di programmi di prevenzione nella scuola a partire dalla scuola materna, per la responsabilizzazione del mondo della produzione e della distribuzione di bevande alcoliche.