Bibliografia essenziale

Anderson P, Baumberg B. Alcohol in Europe-A public health perspective. European Commission (OIL), Luxembourg 2006.

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Relazione del Ministro del Lavoro, Salute e Politiche sociali al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 125/01. Anni 2006-2007.

Scafato EP, Galluzzo L, Gandin C, et al. Il rischio alcol-correlato in Italia: definizioni ed indicatori. Alcologia 2008;1:28-42.

Scafato EP, Ghirini S, Galluzzo L, et al. Gruppo di lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol). Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol - CNESPS sull'impatto dell'uso e abuso di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporti ISTISAN. 2009;09(04).

Scafato EP, Ghirini S, Gandin C, et al. Consumo di alcol. Rapporto Osservasalute 2008. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. 2008; 51-57.

2.5 Abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope

2.5.1 Introduzione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce la tossicodipendenza come uno "stato di intossicazione periodica o cronica prodotta dalle ripetute assunzioni di una sostanza naturale o sintetica".

L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi rappresentano in Italia un problema di salute pubblica, sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori (dipendenza patologica, overdose, comorbilità psichiatrica e patologie infettive droga correlate) che per la popolazione generale non direttamente esposta.

I dati esposti nella Relazione al Parlamento per l'anno 2007 dimostrano che il fenomeno delle tossicodipendenze in Italia è preoccupante, ma non assume i contorni allarmistici di cui si sente parlare ogni giorno. Dalle stime si rileva che circa il 90% degli italiani disapprova il consumo di tutte le sostanze stupefacenti, ritenendolo pericoloso per la salute.

Al fine di stimare l'uso di sostanze nella popolazione generale e negli studenti, si fa riferimento a due indagini campionarie IPSAD® (Italian Population Survey on Alcool and Drugs) ed ESPAD® (European School Survey Project on Alcool and Other Drugs), condotte dalla Sezione di Epidemio-

logia e Ricerca sui Servizi Sanitari dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (Consiglio Nazionale delle Ricerche). Tali indagini hanno l'obiettivo di rilevare il consumo di sostanze legali ed illegali, secondo le indicazioni fornite dall'Osservatorio Europeo Droghe e Tossicodipendenze (OEDT -Agenzia costituita nel 1993 dall'Unione Europea - indirizzo internet: http://www.emcdda.europa.eu/) Lisbona. Attraverso queste ricerche, è possibile analizzare e quantificare i fenomeni oggetto di studio, effettuare confronti tra i dati elaborati a livello nazionale, regionale e provinciale, prendendo in considerazione le informazioni riferite all'uso di sostanze, sia nel corso della vita sia negli ultimi 12 mesi.

2.5.2 Presentazione e commento dei dati

I dati relativi al fenomeno droga, nel nostro paese, possono essere schematizzati secondo il modello degli indicatori chiave, così come indicato dall'OEDT. In base a tale schema, gli indicatori si possono raggruppare nelle seguenti aree:

- 1. uso di sostanze nella popolazione generale:
- 2. uso problematico di sostanze;

- 3. domanda di trattamento;
- 4. patologie infettive;
- 5. decessi droga correlati.

La lettura della diffusione dell'uso di sostanze psicoattive (IPSAD) utilizza quattro categorie descrittive del consumo:

- consumo frequente (10 o più volte nel corso degli ultimi 30 giorni);
- consumo negli ultimi 30 giorni (una o più volte nel corso degli ultimi 30 giorni);
- consumo negli ultimi 12 mesi (una o più volte nel corso degli ultimi 12 mesi);
- consumo nella vita (una o più volte nel corso della vita).

Lo studio IPSAD (Italian Population Survey on alcool and drugs) è uno studio campionario sul consumo di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione generale residente in Italia e di età compresa tra 15 e 54 anni, ripetuto con cadenza biennale dal 2001. Negli ultimi 4 anni, tale indagine ha mostrato che il consumo di eroina è sostanzialmente stabile nella popolazione generale. Lo 0,3% della popolazione intervistata riferisce l'uso di eroina negli ultimi 12 mesi. Si è evidenziato un aumento del consumo di tale sostanza nei maschi con età compresa tra i 15 ed i 34 anni. Per la cocaina si è rilevato un arresto della crescita pluriennale del consumo riferito in tutte le classi di età e nei due generi. Il 2,2% della popolazione intervistata riferisce l'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi. Per la cannabis il 14% della popolazione intervistata riferisce di aver usato, una o più volte, cannabis negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista. Da segnalare che nella classe d'età 25-34 anni, le donne e gli uomini che hanno riferito il consumo sono rispettivamente il 40% ed il 50% in più rispetto al 2005-2006. Anche nella classe d'età successiva, 35-44 anni, i consumi delle donne sono aumentati del 70% rispetto agli anni precedenti e nel collettivo maschile si è evidenziato un 20% in più di consumatori. Rimane stabile la

diffusione dell'uso nella popolazione generale di stimolanti e allucinogeni; lo 0,7% della popolazione intervistata riferisce l'uso di amfetamine, ecstasy, GHB ed altri stimolanti e lo 0,6% l'uso di allucinogeni negli ultimi 12 mesi prima dell'intervista. Continua ad aumentare il numero di soggetti che fa contemporaneamente uso di più sostanze illegali, rilevandosi che ad adottare tale comportamento sono essenzialmente i soggetti che fanno uso di cocaina; il 76% della popolazione intervistata che riferisce l'uso di cocaina riferisce anche l'uso di altre sostanze illegali nei 12 mesi precedenti all'intervista. Il consumo contemporaneo di più sostanze completa l'analisi dei consumi di droghe illegali da parte della popolazione generale. L'uso di alcol, come risulta dalle interviste, è fortemente associato al 93% dei soggetti che hanno consumato eroina nell'ultimo anno, al 95,6% dei consumatori di cocaina e al 92,4% dei consumatori di cannabis. Il 78,6% dei consumatori di eroina consuma sigarette quotidianamente, così come il 69% dei consumatori di cocaina ed il 55% degli utilizzatori di cannabinoidi.

L'indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcool and Drugs) riguarda gli atteggiamenti, la percezione del rischio e i consumi di alcol, tabacco e sostanze psicotrope legali e illegali nella popolazione giovanile secolarizzata, di età compresa tra 15 e 19 anni. Tale indagine ha visto la partecipazione di 30 paesi europei e viene effettuata annualmente dal 1999, in accordo con le indicazioni date dall'OEDT.

Per l'eroina si osserva una sostanziale stabilità per quanto riguarda la prevalenza dei consumatori nella fascia di età 15-19 anni della popolazione giovanile scolarizzata. Si rileva una diminuzione nei consumi tra le studentesse (16 anni) e nei maschi (18 anni); il 30% in meno per entrambe le categorie ha riferito di aver fatto uso della sostanza una o più volte nel corso dell'ultimo anno. Per la cocaina la diffusione dell'uso nel 2007 non mostra sostanziali differenze

rispetto alle rilevazioni dell'anno precedente. Per la cannabis i consumi rilevati nella popolazione giovanile scolarizzata sembrano leggermente diminuiti. In particolare, negli ultimi dodici mesi, le maggiori differenze si osservano nei 15 enni (il 25% in meno riferisce il contatto con la sostanza). Si osserva un aumento dell'uso di stimolanti che riguarda sia la sperimentazione nella vita (il 40% in più degli studenti ha riferito di aver provato la sostanza), sia l'uso negli ultimi dodici mesi e negli ultimi trenta giorni (il 50% in più ne riferisce l'uso). Un leggero aumento si osserva anche per quanto riguarda l'uso di allucinogeni, soprattutto tra le studentesse con età compresa tra i 18 ed i 19 anni.

L'analisi del fenomeno dell'utilizzo di più sostanze psicoattive (poliassunzione) è molto diffuso tra i giovani ed è fonte di preoccupazione per i forti rischi associati. Di fatto, nella popolazione giovanile intervistata, l'alcol è associato al 91% dei soggetti che hanno consumato eroina nell'ultimo anno, al 94,7% dei consumatori di cocaina e nel 93% dei consumatori di cannabis.

Tra i soggetti che, negli ultimi 12 mesi, hanno fatto uso di almeno una sostanza psicoattiva illegale (il 24% degli studenti), il 76% ha utilizzato una sola sostanza, il 12% due sostanze e circa il 12% tre sostanze.

I consumatori di eroina si distribuiscono in un 34,9% di soggetti che usano solo la suddetta sostanza, in un 40,3% che fa uso anche di cannabinoidi ed in un 24,7% che fa uso di eroina e altre sostanze.

Tra i consumatori di cocaina, solo il 12,6% dei consumatori ne fa un uso esclusivo; nel 77,8% dei soggetti che usano cocaina viene associata la cannabis e nel 9,7% altre sostanze.

L'85,3% degli utilizzatori di cannabis non utilizza altre sostanze illegali.

Negli ultimi anni in Italia e in altri paesi dell'UE si stanno sperimentando modelli di prevenzione primaria delle dipendenze da sostanze psicoattive nei giovani in ambito scolastico.

Tali programmi di prevenzione si basano sul modello dell'influenza sociale e delle "life skills". L'EUDAP (European Drug Addiction Prevention) è uno studio multicentrico che coinvolge sette paesi Europei: Belgio, Germania, Spagna, Grecia, Italia, Austria e Svezia. Tale Progetto è stato finanziato dalla Commissione Europea, nell'ambito del Programma di Salute Pubblica 2002. Il progetto EUDAP è stato condotto tra il 2004 e il 2006 con l'obiettivo di disegnare e valutare, con uno studio randomizzato e controllato, l'efficacia del "Programma Unplugged".

Unplugged è un programma scolastico di prevenzione dell'uso di sostanze (tabacco, alcol, cannabis e altre sostanze psicoattive) rivolto a 7.079 studenti di età compresa tra i 12 e i 14 anni, appartenenti a 170 scuole estratte casualmente dai sette paesi coinvolti nello studio. Il programma si basa sul modello dell'influenza sociale ed integra attività basate sulle "life skills" utilizzando metodi interattivi.

A tre mesi dalla fine del Programma, è stato condotto un follow up, dal quale risulta che gli studenti coinvolti avevano il 30% in meno di probabilità di fumare sigarette quotidianamente o di bere fino al punto di ubriacarsi e il 23% in meno di probabilità di fare uso di cannabis nell'ultimo mese rispetto agli studenti di controllo.

La valutazione dei risultati ottenuti evidenzia che l'efficacia di Unplugged è in linea con quella di altri programmi di prevenzione primaria basati sulle migliori prassi.

2.5.3 Indicazioni per la programmazione

A fronte di un aumento della diffusione, nella popolazione generale, dell'uso di cannabis, è necessario ribadire la necessità, ormai inderogabile, di entrare nell'ottica che tutte le sostanze, senza esclusioni, producono danni alla salute. Dai dati emerge un altro

fronte di particolare allarme: la poliassunzione di sostanze tra i giovani. Questo dato mostra che tra i giovani persiste una bassa se non assente cosciente percezione del rischio, indice di politiche poco incisive nel contrasto all'uso di droga, in particolare di quelle relative alla prevenzione.

Dai dati rilevati, la diffusione dell'uso di cocaina tra i giovani non ha mostrato sostanziali differenze rispetto alle rilevazioni dell'anno precedente, il che non deve far abbassare la guardia di fronte all'emergenza cocaina.

Appare pertanto necessario attivare una maggiore concertazione e condivisione di obiettivi fra tutte le istituzioni coinvolte (centrali, regionali e locali, pubbliche e private), al fine di rendere omogenee le politiche di contrasto alla droga tenendo conto delle diversità territoriali.

È inoltre fondamentale implementare gli interventi preventivi, sia rivolti all'intera popolazione, sia mirati a popolazioni target (ambienti di vita e di lavoro), facendo soprattutto leva sulle famiglie e la scuola, "agenzie" uniche e insostituibili per l'educazione dei giovani.

I genitori e gli insegnanti delle scuo-

le di ogni ordine e grado devono essere adeguatamente formati rispetto alle sostanze ed educati sui rischi connessi con l'abuso. Un'attenzione particolare deve essere rivolta alla formazione relativa ai problemi connessi con lo sviluppo psicologico dei giovani. Dal punto di vista strategico, gli elementi essenziali dell'educazione alla salute nelle scuole potrebbero essere:

- apertura di sportelli con psicologi per il counselling nelle scuole e nei luoghi di lavoro;
- dialogo costruttivo tra insegnanti e studenti con un tempo congruo dedicato alla materia "dipendenze" nell'ambito dell'educazione alla salute;
- coinvolgimento attivo degli studenti nello sviluppo di progetti attinenti prevalentemente alle materie artistiche (teatro, pittura, musica ecc.);
- implementazione della peer education (educazione tra pari).

Bibliografia essenziale

Faggiano F, et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-DAP cluster randomized controlled trial – Preventing Medicine; 47, 2008, 537-543.

Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze, 2008.



Determinanti socio-economici

L'impatto dei determinanti sociali sulla speranza di vita in Europa

Malgrado il progressivo miglioramento dello stato di salute generale e l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione europea, persistono svantaggi nelle condizioni di salute e nella mortalità che aumentano, al peggiorare delle condizioni socioeconomiche degli individui, seppur con minore intensità tra le donne almeno fino alla menopausa, e con maggiore intensità tra i paesi baltici e dell'est Europeo. L'impatto sanitario di tali disuguaglianze è stato stimato, nel 2004, in circa 707.000 morti l'anno attribuibili alle diseguaglianze di mortalità per istruzione, nella popolazione dei 25 paesi dell'Unione Europea, corrispondenti a circa 11,4 milioni di anni di vita persi. Tali cifre sembrerebbero in grado di generare un decremento di quasi due anni nella speranza di vita alla nascita della popolazione europea meno istruita e di cinque anni nella relativa speranza di vita in buona salute, rispetto alla popolazione più istruita.

L'analisi del peso percentuale di ciascuna specifica causa di morte sulle differenze di mortalità per istruzione ha mostrato come la mortalità per malattie cardiovascolari contribuisca ad almeno il 40% di tali disuguaglianze tra gli uomini e a circa il 60% tra le donne, con contributo più elevato nei paesi Nord-europei. I tumori spiegano in media il 24% delle disuguaglianze di mortalità tra

gli uomini e l'11% tra le donne, con proporzioni crescenti nei paesi dell'Europa Mediterranea. La mortalità per cause accidentali include i suicidi, per i quali vi è forte variabilità tra paesi europei nella dimensione delle disuguaglianze; mentre tra gli uomini con più di trent'anni, il rischio di morte per incidenti stradali sembra decrescere con il livello d'istruzione individuale, con una modesta variabilità tra paesi. Non è disponibile al momento una fonte informativa rappresentativa, capace di stimare le variazioni sociali di mortalità e speranza di vita per tutto il nostro paese; in questi confronti internazionali l'Italia è rappresentata solo da dati provenienti dallo Studio Longitudinale Torinese, che mostra disuguaglianze di mortalità generale paragonabili a quelle osservate nel resto d'Europa, attribuibili in misura maggiore ai tumori e alle malattie dell'apparato digerente e respirato-

Le disuguaglianze sociali negli indicatori di salute delle indagini Istat

Nel nostro Paese la presenza di disuguaglianze sociali sembra connotare una pluralità di indicatori di salute, di disabilità, di morbosità cronica, di abitudini e comportamenti insalubri, rappresentando il principale determinante dell'eterogeneità geografica di tali condizioni. Questa infatti deriva dall'effetto congiunto della distribuzione geografica dello

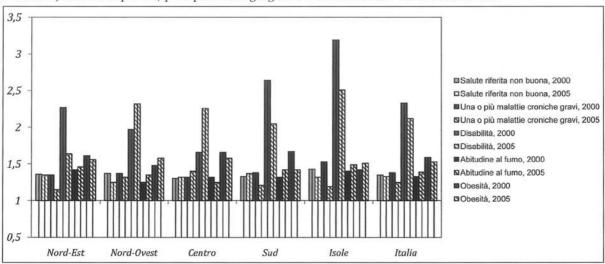
svantaggio sociale e delle caratteristiche sfavorevoli del contesto, che sono entrambe a svantaggio del Mezzogiorno.

Le ultime indagini Istat sulle condizioni di salute, condotte nel 2000 e nel 2005 su campioni della popolazione italiana non istituzionalizzata, evidenziano come le persone meno istruite di ambo i sessi tendano a riferire un peggiore stato di salute, riportino una o più malattie croniche gravi, risultino avere un rischio più che raddoppiato di presentare disabilità, rispetto alle persone più istruite. Si osserva un marcato gradiente sociale anche nei fattori che incrementano il rischio di malattie, come quelle cardiovascolari e neoplastiche. Al diminuire del livello di istruzione aumenta, infatti, la quota di persone obese, soprattutto tra le donne, per le quali si registrano frequenze di obesità più che raddoppiate in presenza di bassa istruzione; così pure per la sedentarietà. Si osserva inoltre una maggiore proporzione di fumatori tra gli uomini meno istruiti. Per le donne le differenze per posizione sociale nell'abitudine al fumo mostrano varia-

zioni in ragione della ripartizione geografica, dell'anno d'indagine e dell'età: le donne del Nord-Ovest e del Nord-Est presentano disuguaglianze nell'abitudine al fumo della stessa direzione di quelle osservate tra gli uomini, sia nel 2000 che nel 2005; nel Sud la frequenza di fumatrici, direttamente associata con il livello di istruzione nel 2000, sembra invece non differire per posizione sociale nel 2005, come osservato tra le residenti nelle isole in entrambe le indagini; nelle donne giovani il fumo è ormai più diffuso tra le meno istruite (Figure 1 e 2).

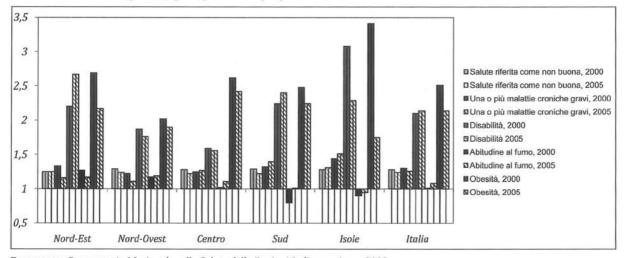
Nonostante l'estesa legislazione che tutela i lavoratori dai rischi di infortuni e di malattie professionali, l'ambiente di lavoro continua a presentare condizioni di rischio per l'incidenza di infortuni, che varia fortemente in ragione della classe socio-occupazionale. Un'edizione speciale dell'indagine Istat sulle "Forze di Lavoro" del 1999 ha rilevato un rischio di infortuni, nei 12 mesi precedenti l'indagine, tra gli occupati di classe operaia di circa 3 volte superiore negli uomini e 2 volte superiore nelle donne, rispetto

Figura 1 – Condizioni di salute e fattori di rischio comportamentali (rischi relativi, in presenza di bassa vs. alta istruzione, controllati per età) per ripartizione geografica e anno. Uomini - Anni 2000 e 2005



FONTE DATI: Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane – Anno 2008. Elaborazione a cura del Servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3.

Figura 2 – Condizioni di salute e fattori di rischio comportamentali (rischi relativi, in presenza di bassa vs. alta istruzione, controllati per età) per ripartizione geografica e anno. Donne - Anni 2000 e 2005

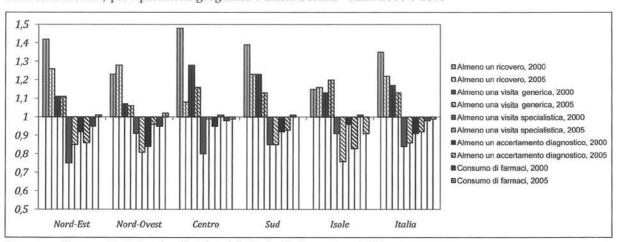


FONTE DATI: Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane – Anno 2008. Elaborazione a cura del Servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3.

agli occupati di classe borghese; la stima del gradiente nel rischio infortunistico in ragione dell'istruzione è risultata altrettanto elevata, essendo il rischio tra i meno istruiti quasi 4 volte superiore tra gli uomini e 2 volte tra le donne, rispetto ai più istruiti. La significatività di tali incrementi nel rischio al decrescere del titolo di studio è confermata pur controllando per classe sociale occupazionale.

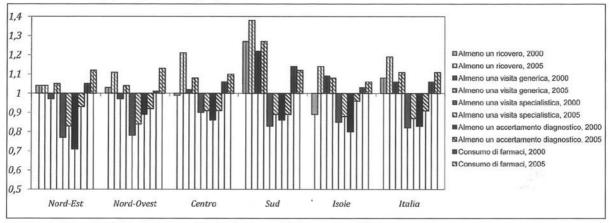
Poiché la morbosità è il principale determinante del ricorso all'assistenza sanitaria, dalle disuguaglianze sociali nella morbosità ci si attendono disuguaglianze dello stesso segno nell'utilizzo dei servizi (Figure 3 e 4); in effetti i dati delle indagini del 2000 e del 2005 evidenziano un maggiore ricorso al ricovero ospedaliero, alle visite mediche generiche e ai farmaci (solo tra le donne) da parte delle persone

Figura 3 – Utilizzo dei servizi sanitari (rischi relativi, in presenza di bassa vs. alta istruzione, controllati per età e morbosità cronica) per ripartizione geografica e anno. Uomini - Anni 2000 e 2005



FONTE DATI: Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane – Anno 2008. Elaborazione a cura del Servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3.

Figura 4 – Utilizzo dei servizi sanitari (rischi relativi, in presenza di bassa vs. alta istruzione, controllati per età e morbosità cronica) per ripartizione geografica e anno. Donne - Anni 2000 e 2005



FONTE DATI: Osservatorio Nazionale sulla Salute delle Regioni Italiane – Anno 2008. Elaborazione a cura del Servizio di Epidemiologia dell'ASL TO3.

meno istruite, rispetto a coloro che possiedono un più elevato livello di istruzione; mentre si osserva un minore ricorso dei meno istruiti alle visite specialistiche e agli accertamenti diagnostici specialistici. Non si osservano differenze geografiche né temporali importanti nella dimensione di tali disuguaglianze, a parte una riduzione del gradiente sociale nel ricorso agli accertamenti diagnostici per le donne del Nord-Est.

L'indagine Istat sulla salute del 2005 rileva disuguaglianze sociali nel ricorso alla mammografia almeno una volta, tra le donne nella fascia di età 50-69 anni (pari a 79,3% tra le donne laureate o con diploma di istruzione superiore, e pari a 65,5% tra le donne con licenza elementare o nessun titolo), con un incremento del ricorso più elevato tra le donne con titolo di studio basso, rispetto alla precedente indagine del 2000. Le donne più istruite si sottopongono al primo controllo più precocemente (intorno ai 44 anni) di quelle meno istruite (intorno ai 48 anni). Dati simili si osservano per il pap test.

Infine vi sono evidenze che mostrerebbero come le disuguaglianze sociali caratterizzino anche il percorso dell'assistenza sanitaria in gravidanza e nell'età evolutiva. La maggior parte delle donne italiane in gravidanza si sottopone a visite ed accertamenti sin dai primi mesi di gestazione, ma con frequenza differente per istruzione, come risulta dai dati rilevati nell'indagine Istat del 2005, relativi alle donne che hanno partorito nei cinque anni precedenti l'intervista: il 75,6% e l'88% delle donne che possiedono la licenza elementare si è sottoposta, rispettivamente, alla prima ecografia ed alla prima visita entro il terzo mese di gestazione, mentre ciò sembra aver riguardato il 90,7% ed il 95,9% delle donne laureate. Ha partecipato ad un corso pre-parto il 65,6% delle laureate, il 34,2% delle donne con licenza media ed il 20,2% delle donne con licenza elementare o nessun titolo. Dai dati dell'indagine Istat sulla salute del 2000, relativi ai bambini di età inferiore a 13 anni che vivevano con la madre, si evidenziava un'associazione tra titolo di studio materno e probabilità di essere stati sottoposti a vaccinazioni non obbligatorie: oltre il 66,6% dei figli di laureate e diplomate risultava vaccinato contro la pertosse, mentre tale vaccinazione sem-

brava aver riguardato il 52% dei figli di donne in possesso di licenza elementare o nessun titolo. Analogo andamento si riscontrava per i vaccini antimorbillo, antirosolia e antiparotite, mentre differenze minime si osservavano per la vaccinazione antimeningite. Il progetto SIDRIA (Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente) ha infine evidenziato differenze significative nella capacità di gestione dell'asma nei bambini appartenenti a famiglie di differente livello socio-economico, con un minore accesso ai test diagnostici e maggiore probabilità di ricovero nelle famiglie più svantaggiate.

Il ruolo dei determinanti sociali della salute e le implicazioni per le politiche

Per passare dalla misura delle disuguaglianze sociali nella salute alla promozione di azioni di contrasto occorre comprendere i meccanismi attraverso cui lo svantaggio sociale, relativo ed assoluto, agisce sulla salute. La Commissione sui Determinanti Sociali della Salute promossa dall'OMS ha passato in rassegna i principali schemi esplicativi noti, in grado di rappresentare il modo con cui nascono le disuguaglianze sociali nella salute. Lo schema di Diderichsen sintetizza questa storia mettendo in relazione quattro fenomeni: la posizione sociale che influenza l'esposizione ai fattori di rischio per la salute; i fattori di rischio che producono un danno di salute; il danno di salute e le relative conseguenze sulla carriera sociale individuale:

■ per "posizione sociale" si intende qualsiasi dimensione della stratificazione sociale che si caratterizzi per un differente grado di controllo sulle risorse (sia quelle relazionali, sia quelle distributive) che servono a soddisfare i bisogni e le aspettative della persona;

- per "fattori di rischio" si intendono tutte quelle caratteristiche della persona che influenzano la distribuzione di salute, sia aumentando la probabilità di insorgenza di un problema di salute, sia esponendo alla progressione di un problema di salute verso un esito sfavorevole;
- per "danno" si intendono tutte quelle caratteristiche della salute fisica, psicologica e mentale, espresse sia in termini nosologici (malattie), sia di salute soggettiva (qualità della vita percepita), sia di abilità residue, che qualificano il funzionamento di una persona in un particolare contesto;
- per "conseguenze" si intendono quei processi di mobilità discendente sulla scala sociale che comportano una limitazione del livello di controllo sulle risorse che una persona aveva raggiunto in assenza del problema di salute.

Questa storia può essere influenzata dal contesto sociale e da quello delle politiche ad esso correlate attraverso diversi meccanismi che collegano i succitati fenomeni: ad ognuno di questi meccanismi corrisponde un punto di ingresso per gli interventi e le politiche di contrasto.

Il primo meccanismo identificato nello schema è quello che genera la stratificazione sociale stessa; esso dipende dal contesto economico e del lavoro, che creano e distribuiscono ricchezza e potere, dal contesto comunitario e di welfare che ne regolano e moderano gli effetti, e dalla storia e dalla cultura che ne influenzano i vissuti. L'influenza sulla salute della stratificazione sociale è chiara da un punto di vista descrittivo, ed è ben documentato come ogni indicatore di posizione sociale sia capace di predire la salute; ma i diversi indicatori utilizzati sono solo dei proxy equivalenti di una variabile terza, la stratificazione sociale, o parlano di specifiche dimensioni della stratificazione sociale di cui si possa misurare il contributo alle disuguaglianze di salute, indipendentemente

da quello delle altre? La letteratura risponde ancora in modo abbastanza reticente, sia per le difficoltà metodologiche che questi quesiti sollevano sia per carenza di investimenti di ricerca; la maggior parte degli studi ricostruisce ordinamenti di importanza tra i determinanti sociali che sono parziali ma coerenti tra loro e che vedono le credenziali educative e la classe sociale al primo posto (con la mancanza di lavoro che sta ancora più in alto in graduatoria ma riguarda una plateă più ristretta di popolazione), il reddito e la qualità dell'abitazione a seguire e gli indicatori di contesto all'ultimo posto. Se si accetta questa graduatoria preliminare, si può ipotizzare che le politiche da cui ci si può aspettare il maggior contributo al controllo delle disuguaglianze di salute siano quelle capaci di ridurre gli squilibri sociali nell'accesso a (in ordine decrescente di importanza) le credenziali educative, il lavoro e una posizione professionale adeguata, un livello idoneo di reddito corrente e accumulato, e appropriati contesti di residenza.

Il secondo meccanismo è quello che fa sì che la posizione sociale e le disparità di risorse influenzino la probabilità di esposizione e la dose di esposizione ai fattori di rischio per l'insorgenza di un problema di salute: fattori psico-sociali, stili di vita insalubri, fattori di rischio esterni, condizioni di suscettibilità/fragilità clinica. Il paragrafo precedente ha già messo in luce come l'esposizione alla maggior parte di questi fattori sia influenzata dalla posizione sociale. Su questo meccanismo insistono interventi e politiche che cercano di ridurre le disuguaglianze nei fattori di rischio, o personalizzando le azioni di prevenzione, o discriminando positivamente la frequenza e l'intensità delle azioni di prevenzione verso le basse posizioni sociali.

Il terzo meccanismo è quello secondo il quale la posizione sociale influenza il grado di vulnerabilità delle persone esposte all'azione del fattore di rischio, e si può esplicare in tre modi. Il primo è quello secondo cui la bassa posizione

sociale aumenta la suscettibilità all'effetto del fattore di rischio sulla salute, o attraverso una maggiore compromissione delle difese immunitarie (ma le evidenze scientifiche in questo senso sono ancora limitate), o attraverso una minore disponibilità di aiuto nell'affrontare eventi critici (ad es. lo stress causato da un evento critico, come la perdita del lavoro, un lutto, una separazione, un pensionamento). Una seconda via è quella delle limitazioni all'accesso alle opportunità di prevenzione, che possono interrompere la progressione da uno stato di suscettibilità/predisposizione ad un danno alla salute (vaccinazioni, test di diagnosi precoci). Ed infine, lo svantaggio sociale può aumentare la velocità di transizione da uno stato di malattia conclamata a un suo esito sfavorevole come la disabilità o la morte, attraverso un percorso assistenziale non appropriato o interrotto. Su questo meccanismo insistono due tipologie di azioni, quelle che mirano a ridurre la suscettibilità all'insorgenza del problema di salute e quelle che mirano a ridurre la vulnerabilità all'aggravamento della storia naturale di un problema di salute. Gran parte di queste azioni appartengono alla categoria degli interventi di welfare cosiddetti "di iniziativa" (contrapposti a quelli "di attesa", o "a domanda"), che mirano cioè a cercare attivamente di portare i soggetti suscettibili in una condizione di minore vulnerabilità all'esposizione ai fattori di rischio.

L'ultimo meccanismo, relativo alle conseguenze sociali di questi processi, è quello che vede la salute compromessa retro-agire sulla carriera sociale di una persona; è quanto accade nei processi di selezione che, sulla base della salute compromessa o di suoi predittori importanti (sovrappeso, deficit funzionali, etc.) interrompono o modificano la mobilità sociale, soprattutto quella occupazionale. Ma è anche quanto accade quando il concorso alla spesa per far fronte ad un problema di salute rende socialmente

vulnerabili o fa scivolare nella trappola della povertà, innescando storie ricorsive di disuguaglianze di salute in cui non si sa più cosa sia iniziato prima, se il danno di salute o la povertà. Una volta che questi circuiti viziosi malattia-povertà-malattia si sono instaurati, la sede istituzionale che prende in carico questi gruppi sociali ad alto rischio è solitamente quella dell'assistenza sociale degli enti locali e del terzo settore. Tra le categorie più rappresentate si annoverano gli adulti in difficoltà, i bambini e ragazzi di famiglie povere, gli anziani soli poveri, gli stranieri immigrati, i disabili, i senza fissa dimora, i reclusi. Su questo meccanismo insistono azioni di prevenzione di queste conseguenze che vanno elaborate per ogni categoria di gruppo a rischio.

La storia così come viene rappresentata dallo schema dovrebbe essere complicata da almeno altre due dimensioni: una è quella del tempo di vita di una persona, da cui scaturiscono nuove relazioni tra risorse, fattori di rischio, salute e conseguenze, relazioni che portano questi effetti a sovrapporsi in modo cumulativo, o ad agire solo in fasi critiche della vita, o a rendersi efficaci solo secondo particolari sequenze di accadimento. La seconda dimensione da aggiungere è quella della contagiosità di questi effetti tra storie contigue, come ad esempio quelle di un nucleo familiare: meccanismo per cui l'evento che interessa un membro della famiglia propaga il suo effetto sul figlio o sul coniuge.

Infine è noto che anche il genere, l'origine etnica e il luogo di residenza possono giocare un loro ruolo nelle disuguaglianze di salute. In verità la correlazione tra genere e disuguaglianze sociali di salute è piuttosto complessa, perché l'intensità delle disuguaglianze tra i generi varia al variare della misura di salute che viene considerata. Gli stessi indicatori di posizione sociale hanno una capacità predittiva differente tra i generi. Allo stesso

modo particolari gruppi etnici possono presentare un profilo epidemiologico diversamente vulnerabile alle disuguaglianze sociali. Viceversa, le disuguaglianze geografiche di salute sono più facilmente interpretabili, e quindi aggredibili, come un riflesso delle disuguaglianze sociali che affliggono gli individui che vi risiedono e dei contesti che li ospitano; esse dunque rientrano nelle dimensioni e nelle relazioni descritte dallo schema.

L'impatto sulla salute della crisi economica

Le trasformazioni che attraversano la società e la politica italiana, anche nel contesto dei processi di globalizzazione e dello sfavorevole ciclo economico, lasciano prevedere un inasprimento delle disuguaglianze sociali, i cui riflessi si faranno sentire in particolare negli indicatori di salute.

Le difficoltà di ripresa dello sviluppo economico tendono a produrre meno ricchezza, ad accentuare le distorsioni distributive di questa ricchezza e a rendere più vulnerabile la famiglia che nel welfare italiano è chiamata a sostenere in modo massiccio il peso di questi fenomeni.

La recessione dell'economia e la stagnazione della capacità d'innovazione della struttura produttiva del paese ha effetti depressivi sulla produzione del reddito, soprattutto quello da lavoro, in particolare nel settore privato. In assenza di adeguate misure di sostegno del reddito, le condizioni materiali di ampie fasce di popolazione potrebbero peggiorare e con esse la loro salute. Inoltre la perdita del lavoro induce effetti sfavorevoli sulla salute anche con meccanismi psicosociali che non sono contrastabili solo con un'integrazione del reddito, ma necessitano di interventi comunitari che rendono meno stigmatizzante e socialmente limitante la perdita del lavoro. Inoltre gli effetti redistributivi della crisi, come

osservato in Finlandia durante la recessione economica dei primi anni novanta, tenderebbero ad allargare le disuguaglianze, con un ulteriore impatto sfavorevole sulla salute.

A questi sviluppi della crisi si affiancano dinamiche originate dal mercato dei consumi che tende a massimizzare la segmentazione della clientela. Gli stili di vita sono molto legati ai consumi e questi all'offerta di prodotti; la pubblicità è la causa prevalente di molti stili di vita distorti. Oggi i fumatori sono coloro il cui basso status socioeconomico rende più vulnerabili alla dipendenza da fumo, e contemporaneamente all'influenza dei messaggi pubblicitari, espliciti ed impliciti, diretti o indiretti, delle multinazionali del tabacco.

Sul piano della famiglia i percorsi di promozione sociale delle persone sembrerebbero restringersi, con una maggiore tendenza alla immobilità sociale (matrimoni tra persone che appartengono alla stessa posizione sociale, minore mobilità professionale ascendente) che potrebbe peggiorare gli effetti della stratificazione sociale sulla salute. A questo va aggiunto il maggior rischio per la salute legato alla disgregazione delle relazioni familiari, che colpisce in particolare le fasce già socialmente più vulnerabili.

Il welfare italiano tende a delegare alla responsabilità locale e della famiglia il compito di ammortizzare gli effetti degli squilibri sociali; ma, senza cambiare le cause che hanno impoverito alcune comunità, in particolare nel Meridione, è difficile che famiglie e comunità locali possano trovare, al loro interno, risorse e motivazioni per far fronte a queste responsabilità, in particolare in questa sfavorevole congiuntura economica che impoverisce ulteriormente le risorse a disposizione.

In conclusione, la crisi economica lascia prevedere sfavorevoli meccanismi di impatto sulla salute che tenderebbero a peggiorare lo stato delle disuguaglianze sociali di salute nel paese nei prossimi anni. Tuttavia occorre ricordare che spesso le crisi economiche sono anche delle "finestre di opportunità" che creano le condizioni sociali e politiche necessarie per intraprendere politiche di contrasto delle disuguaglianze più facilmente di quanto sarebbe praticabile in circostanze normali.

Dal punto di vista della sanità queste previsioni implicano due ordini di responsabilità.

Da un lato è necessario che la sanità produca e diffonda delle stime su quali sono gli effetti sulle disuguaglianze nella salute che le principali trasformazioni sociali, economiche e politiche in atto nel nostro paese possono rivelare o aggravare o moderare; questo significa elaborare un formale Equity Oriented Health Impact Assessment sul tema.

Dall'altro lato occorre rafforzare tutti quegli interventi diretti che l'assistenza sanitaria può mettere in campo per moderare gli effetti sfavorevoli sulla salute della crisi: il Servizio Sanitario Nazionale in ogni suo ganglio di funzionamento dovrebbe interrogarsi su come può mirare meglio i suoi interventi appropriati verso i soggetti socialmente più vulnerabili.

Bibliografia essenziale

Hogstedt C, Moberg H, Lundgren B, Backans M. Health for all?. Swedish National Institute of Public Health. Report 2008; R 2008:21.

Mackenbach JP, Meerding WJ, Kunst AE. Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Luxembourg: European Commission, Health & Consumer Protection Directorate-General, 2007.

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJR, et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. N Engl J Med. 2008; 358 (23): 2468-81.

Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Lancet. 2008; 372(9650): 1661-9.

Rapporto Osservasalute. Roma: Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, 2007.

Le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazionale





Gli interventi di protezione e promozione della salute e di prevenzione delle malattie

1.1 Sicurezza alimentare all'importazione

1.1.1 Controlli all'importazione di alimenti di origine non animale e materiali destinati al contatto con alimenti

Tutti gli alimenti di origine vegetale, gli integratori alimentari, i materiali destinati a venire a contatto con gli alimenti provenienti da Paesi Terzi devono essere sottoposti a controllo ufficiale ai sensi del Regolamento CE 882/2004, prima di poter essere posti in commercio sul territorio nazionale.

Gli USMAF (Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera) sono gli uffici periferici del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali responsabili dell'effettuazione di questo tipo di controlli ufficiali. Gli USMAF, dislocati omogeneamente sul territorio nazionale, svolgono un ruolo complesso e determinante in quel settore particolare della sanità pubblica che è la sanità transfrontaliera. Difatti i 12 USMAF principali e le loro 35 Unità Territoriali (UT) dipendenti sono presenti in corrispondenza dei porti ed aeroporti nazionali con lo scopo di costituire, sul campo, un filtro protettivo contro il rischio di importazione di malattie infettive e diffusive legato ai movimenti internazionali di persone e mezzi di trasporto, implementando anche controlli di tipo sanitario su farmaci, cosmetici e in generale su merci destinate al consumo umano che possano rappresentare, anche solo potenzialmente, un rischio per la salute e la sicurezza delle persone,

oltre che sui già citati alimenti di origine vegetale, materiali destinati a venire a contatto con alimenti.

I controlli effettuati sono di tre tipi:

- controllo documentale sistematico;
- controllo di identità con frequenza variabile a seconda del tipo di merce e del suo stato;
- controllo materiale (su imballaggi, etichettatura, temperatura e analitico), con frequenza variabile dal 5% al 100%.

Il controllo ispettivo di identità e il controllo materiale con prelievi per la verifica analitica sono eseguiti in base:

- ad una valutazione del rischio specifico della singola partita discendente dal controllo documentale e/o ispettivo;
- alle disposizioni europee e nazionali, spesso conseguenti ad allerta comunitari, nelle percentuali stabilite dalle stesse;
- alle percentuali stabilite dal D.P.R. 14/7/95, ove a scopo di monitoraggio.

Controlli eseguiti negli anni 2007-2008

Globalmente è sottoposto a controllo ispettivo circa il 10% delle partite in ingresso e a controllo analitico circa il 5% delle medesime.

I dati riportati in Tabella 1 illustrano i controlli eseguiti dagli uffici USMAF nel biennio 2007-2008 sugli alimenti di origine non animale e i materiali destinati al contatto con alimenti presentati all'importazione e i conseguenti provvedimenti adottati.

Tabella 1 - Controlli eseguiti e provvedimenti adottati dagli Uffici USMAF nel biennio 2007-2008

Controlli eseguiti nel 2007 su alimenti di origine non animale e materiali a contatto				
Tipo di controllo	N°	%		
Documentale	107.390	100,00		
Ispettivo	16.529	15.39		
Campionamento	4.710	4,39		
Totale ingressi	107.390			

Controlli eseguiti nel 2008 su alimenti di origine non animale e materiali a contatto				
Tipo di controllo	N°	%		
Documentale	101.851	100,00		
Ispettivo	11.538	15,33		
Campionamento	5.003	4,91		
Totale ingressi	101.851			

Provvedimenti adottati nel 2007				
Tipo di provvedimento adottato	N°	%		
Nulla osta rilasciato	106.528	98,95		
Respinto	1.061	0,99		
Nulla osta con uso per fini diversi	70	0,07		
Totale	107.390			

Provvedimenti adottati nel 2008				
Tipo di provvedimento adottato	N°	%		
Nulla osta rilasciato	101.119	99,28		
Respinto	634	0,62		
Nulla osta con uso per fini diversi	98	0,10		
Totale	101.851			

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali - Direzione Generale della Sanità animale e del farmaco veterinario.

Il crescente bisogno di qualità e la necessità di avere un sistema regolante per l'ottimizzazione delle risorse e delle prestazioni ha portato all'adozione, dal 1º gennaio 2008, di un Sistema di Qualità per la performance dei controlli di questi determinati tipi di importazioni.

Quindi, i tre elementi cardine del Sistema di Qualità su cui si basa attualmente questa tipologia di controllo ufficiale sono:

- Procedure Operative Standard unificate;
- 2) sistema di verifica attraverso audit;
- utilizzo del Sistema informatizzato N-SIS-USMAF.

Gli obiettivi che hanno guidato l'adozione del Sistema di Qualità sono:

- potenziamento del livello di efficacia delle prestazioni effettuate in periferia, con lo scopo di garantire una razionalizzazione nell'orientamento della domanda di servizi;
- riconoscimento di una equivalenza comunitaria in materia di sicurezza alimentare, che può essere valutata univocamente solo a livello nazionale, attraverso la comparazione di

- sistemi ed alla luce della situazione epidemiologica mondiale;
- costruzione di un assetto periferico che dà risposte armonizzate ed attiva procedure uguali in qualsiasi circostanza, producendo un'immagine di sistema articolato ma unitario.

L'attività di audit interni sugli USMAF è finalizzata alla verifica della corretta applicazione delle Procedure Unificate.

Per il raggiungimento di questo obiettivo è stato formato un gruppo di 46 auditor che, a seguito di un training estremamente qualificato (un master di 100 ore di formazione con certificazione CEPAS), ha iniziato l'attività a partire dal giugno 2008 conducendo i primi 6 audit. Tale attività è programmata anche per il 2009 con gli audit sui rimanenti sei USMAF.

Inoltre, nel 2007 è diventato operativo l'applicativo informatico N-SIS-USMAF. Come indica la sua denominazione, l'applicativo è parte integrante del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS); esso consente il collegamento in rete tra gli USMAF e gli Uffici centrali di coordinamento e l'esecuzione informatizzata delle attività.