

Nel 2011 un terzo delle IVG ha riguardato cittadine straniere (34.000); i tassi di abortività sono 3-4 volte superiori a quelli delle italiane. L'incidenza di tumori attraverso i dati di registri locali (Toscana e Piemonte) evidenzia valori più bassi tra gli stranieri provenienti da PFPM rispetto agli italiani e agli stranieri provenienti da Paesi a sviluppo avanzato, per quasi tutte le sedi tumorali, tranne per i tumori di origine virale (fegato e cervice uterina).

Non si evidenziano differenze rilevanti per quanto riguarda l'attività fisica, l'obesità, l'alimentazione, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol. La salute percepita risulta migliore tra gli stranieri: il 77% fornisce una valutazione positiva contro il 68% degli italiani. Risulta invece più alta tra gli stranieri la percezione di subire un infortunio sul lavoro (32% vs 26% tra gli italiani).

Si osservano livelli più bassi di copertura tra gli stranieri per gli screening cervicali, mammografici e per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, principalmente per i test al di fuori delle campagne di screening organizzato (indagine PASSI).

In Italia sono stati istituiti sistemi di sorveglianza speciali per alcune malattie infettive di particolare importanza, per raccogliere informazioni più dettagliate e tempestive rispetto al sistema routinario di notifica.

Infine, a seguito dello straordinario afflusso di migranti provenienti da diversi Stati del Nord-Africa sulle nostre coste tra il 2010 e 2011, è stato realizzato un sistema di sorveglianza epidemiologica volto a rilevare precocemente eventuali emergenze sanitarie.

Parole chiave Immigrati, mortalità, ospedalizzazione, salute, salute materno-infantile, screening, stili di vita, tumori

5. Salute animale e malattie trasmissibili dagli alimenti

5.1. Stato sanitario degli animali da reddito

In Italia si attuano programmi di sorveglianza ed eradicazione, cofinanziati dall'UF, di talune malattie animali che, oltre ad avere impatto di natura commerciale e sanitaria, rappresentano un rischio per la salute umana. I piani adottati hanno avuto un buon successo, soprattutto

in alcune aree che, nel corso degli anni, hanno raggiunto lo *status* di aree indenni da malattia. Nel caso specifico della malattia vescicolare del suino (MVS) restano prive di tale qualifica la Calabria e la Campania, anche se per quest'ultima, grazie al miglioramento della situazione epidemiologica, è stata inoltrata alla Commissione Europea, nel maggio 2013, la richiesta di accreditamento per MVS. In altre aree persistono criticità nell'applicazione delle norme nazionali e, in particolare, per la peste suina africana la brusca involuzione della situazione epidemiologica del 2011, tuttora persistente, ha confermato che l'uso del pascolo brado e l'impiego agronomico dei pascoli demaniali senza un controllo efficace sono tra le cause responsabili della permanenza della malattia in Sardegna. Si segnala nel 2013 la gestione dell'emergenza influenza aviaria ad alta patogenicità nel Nord Italia, che ha richiesto l'immediata attuazione di una serie di misure atte a contrastare la diffusione del virus permettendo di eradicare in tempi brevi la malattia. Nel settore delle encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE) negli ovicaprini, rispetto agli anni precedenti non si è evidenziato un trend evolutivo significativo. Per eradicare la malattia resta indispensabile affidarsi ai piani di selezione genetica capaci di incrementare i fattori naturali di resistenza. Per l'anemia infettiva degli equidi, attraverso specifiche Ordinanze del Ministero della salute è stato prorogato il Piano di sorveglianza nazionale fino al 2013. Nel caso della Blue tongue, nell'ultimo biennio si sono registrati un incremento dei casi negli animali sentinella e un'epidemia da sierotipo BTV1 in Sardegna con focolai clinici negli ovini. La nuova ondata epidemica ha richiesto misure di controllo nella movimentazione, nonché l'avvio di una vaccinazione di massa delle popolazioni sensibili. Assumono rilevanza, infine, le attività intercorrenti di revisione legislativa comunitaria volte a formulare un quadro regolamentare unico nel settore della salute degli animali.

Parole chiave Anemia infettiva degli equidi, Blue tongue, influenza aviaria, malattia vescicolare del suino, malattie animali, peste suina africana, piani cofinanziati, encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE)

5.2. Zoonosi

Le zoonosi sono malattie trasmissibili dagli animali all'uomo e viceversa. Per la brucellosi bovina, bufalina e ovicaprina e per la tubercolosi bovina esistono piani di eradicazione al fine di raggiungere e mantenere la qualifica di allevamenti ufficialmente indenni. I dati del 2012 continuano a dimostrare, rispetto agli anni precedenti, una conduzione del programma di eradicazione soddisfacente nelle Regioni del Nord e Centro Italia. Anche nelle Regioni in cui la prevalenza è ancora alta e soggette all'OM del 9 agosto 2012 il trend di diminuzione è positivo. Nell'uomo i casi di brucellosi notificati in Italia sono diminuiti dalla fine degli anni Novanta. Per la *West Nile disease* dal 2010 è attiva efficacemente una sorveglianza speciale che integra la parte umana e veterinaria. La sorveglianza umana si applica tutto l'anno sui casi importati e dal 15 giugno al 30 novembre di ogni anno sui casi autoctoni. La sorveglianza veterinaria è effettuata in specifiche aree geografiche e in quelle a rischio di diffusione per la presenza di uccelli migratori e di particolari condizioni ambientali. La sorveglianza passiva sui casi clinici sospetti di malattia negli equidi è eseguita sull'intero territorio nazionale. La trichinellosi si manifesta per ingestione di carni crude o poco cotte o di insaccati non stagionati di suini (domestici e selvatici), carnivori o equini; le recenti epidemie suggeriscono, tuttavia, che i "Piani di controllo sui selvatici" applicati in ambito regionale non offrano garanzie per la sicurezza alimentare del consumatore di prodotti derivanti dall'attività venatoria. Il piano di controllo della rabbia silvestre in alcune aree del Nord-Est si è concluso agli inizi del 2013 a seguito della riacquisizione da parte dell'Italia dello *status* di Paese indenne da rabbia, anche se è stata mantenuta un'area di vaccinazione lungo tutto il confine sloveno per impedire l'eventuale reintroduzione di animali infetti provenienti dall'Est Europa. L'Italia sta effettuando con gli altri Stati membri dell'UE un piano comunitario di sorveglianza e controllo della salmonellosi nelle specie avicole con misure sanitarie da adottare in gruppi di animali dove si è riscontrata positività alle salmonelle rilevanti per la salute pubblica durante accer-

tamenti in autocontrollo o a seguito di controlli ufficiali.

Parole chiave Brucellosi, BSE, piani di eradicazione, piani di sorveglianza, rabbia, salmonellosi, trichinellosi, tubercolosi, *West Nile disease*

5.3. Malattie trasmissibili dagli alimenti

L'incidenza delle malattie trasmesse da alimenti (MTA) è in costante ascesa in tutti i Paesi industrializzati, infatti l'analisi dei dati di sorveglianza sull'uomo evidenzia che presentano ancora un forte impatto sulla salute della collettività. In Italia, i dati di notifica delle MTA dal 1998 al 2011 evidenziano come l'incidenza delle varie malattie osservate abbia subito sostanziali evoluzioni nel tempo; la listeriosi, facendo registrare un lievissimo incremento dell'incidenza, è l'unica malattia in controtendenza. Per contenere il rischio di MTA nell'UE, si è data attuazione a diversi provvedimenti normativi (Direttiva 99/2003/CE, recepita in Italia con il D.Lgs. 191 del 25 maggio 2006, Regolamento CE 2073/2005). In tale ambito, il Ministero della salute riveste l'imprescindibile ruolo di coordinare le attività svolte a livello territoriale, garantendo l'applicazione uniforme della normativa vigente e, di conseguenza, la tutela dei consumatori. Le esperienze maturate negli ultimi due anni nel corso di importanti focolai epidemici di MTA (epatite A, sindrome emolitico-uremica e focolai transnazionali da S. Stanley e S. Stratchona) sono state determinanti per avviare il processo di miglioramento del sistema e in particolare per giungere alle seguenti considerazioni:

- necessità di migliorare il coordinamento e rafforzare la capacità di allerta, risposta e comunicazione nell'ambito del SSN e tra il livello locale, nazionale e sovranazionale (ECDC, EFSA, WHO, OIE), nell'ottica di incrementare la tempestività e capacità di risposta alle emergenze;
- esigenza di sostenere la disponibilità di metodiche diagnostiche di tipizzazione molecolare dei patogeni trasmessi da alimenti e di laboratori in grado di applicarle nella routine, favorendo l'armonizzazione dei metodi e l'analisi congiunta dei dati di sorveglianza;

- necessità di avere, nell'ambito della sanità pubblica umana, informazioni più dettagliate e tempestive sui focolai, relative a severità della patologia, trend annuale per tipo di agente patogeno coinvolto, fasce d'età più colpite e alimento coinvolto, per poter più

agevolmente individuare i fattori che favoriscono l'evenienza di tali patologie.

Parole chiave Epatite A, listeriosi, malattie trasmesse da alimenti (MTA), sindrome emolitico-uremica

I determinanti della salute

1. Ambiente

1.1. Aria atmosferica

L'importanza dell'impatto sanitario dell'inquinamento atmosferico è documentata da numerosi studi svolti in diversi Paesi. Significativo appare lo studio di Haenninen e Knoll del 2011 relativo al carico di malattia di origine ambientale (*Environmental Burden of Disease*, EBoD), frutto della collaborazione tra ricercatori di sei Paesi e dell'OMS, che, prendendo in esame nove inquinanti ambientali, i loro effetti sulla salute e la relativa diffusione nei sei Paesi, ha prodotto una stima dell'attesa di vita corretta per disabilità (*Disability-Adjusted Life Years*, DALY). Il carico di malattia più elevato è risultato essere quello associato al $PM_{2,5}$, per il quale nell'insieme dei sei Paesi viene formulata una stima di 6.000-10.000 anni di vita sana persi per milione di abitanti (in Italia, 9.000).

Ulteriori stime sull'impatto sanitario delle polveri fini sono state formulate dall'Agenzia Internazionale per la Ricerca sul Cancro (IARC) che, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, ha classificato l'inquinamento atmosferico outdoor e il materiale particellare fine, che veicola un rilevante numero di microinquinanti altamente tossici (es. metalli pesanti, IPA, diossine ecc.), come cancerogeni per l'uomo (Gruppo I).

La qualità dell'aria ambiente è monitorata sul territorio italiano da un numeroso set di stazioni collocate in ambiente urbano, industriale e rurale che monitorano i valori di PM_{10} , $PM_{2,5}$, O_3 , NO_2 , benzene, SO_2 e i microinquinanti contenuti nel PM_{10} . Tali monitoraggi evidenziano che le criticità inerenti la qualità dell'aria sono principalmente riconducibili al PM_{10} , $PM_{2,5}$, NO_2 e O_3 e interessano maggiormente le Regioni del Nord Italia, nelle quali l'elevata antropizzazione del territorio e le sfavorevoli condizioni meteorologiche rispettivamente esaltano le componenti primaria e secondaria, nonché l'accumulo degli inquinanti in atmosfera. Sebbene l'inquinamento atmosferico mostri, per alcuni inquinanti, un trend discendente negli anni, il rischio per la

salute a esso ascrivibile permane significativo soprattutto nelle aree urbane. Al 2010 diverse aree urbane avevano redatto un piano di qualità che consentisse loro di rientrare nei limiti previsti dalla normativa, nel quale erano previste misure mirate al contenimento del traffico, all'efficienza dei sistemi di produzione di energia, alla riduzione delle emissioni degli impianti industriali e del carico azotato nei reflui degli allevamenti zootecnici.

Parole chiave Antropizzazione/aree urbane, DALY (*Disability-Adjusted Life Years*), EBoD (*Environmental Burden of Disease*), inquinamento atmosferico outdoor

1.2. Aria indoor

La qualità dell'aria interna (*indoor air quality*, IAQ) è un importante problema di sanità pubblica. Numerose malattie croniche sono correlate a diversi aspetti dell'IAQ. I gruppi più esposti sono quelli vulnerabili della popolazione, soprattutto bambini e malati cronici. A fronte di ciò, nel nostro Paese manca ancora un quadro normativo organico che affronti in maniera integrata le esigenze dell'IAQ, quelle energetiche e dell'edilizia, nonostante le numerose iniziative promosse dal Ministero della salute in tale ambito (Accordi Stato-Regioni, Linee di indirizzo tecnico ecc.). Allo stato attuale, occorre necessariamente promuovere ulteriori interventi per garantire il rispetto delle norme igienico-sanitarie, di sicurezza e vivibilità degli edifici sia privati sia pubblici. Per quanto riguarda l'edilizia abitativa, in Italia esistono ancora grandi disparità in funzione della classe economica e della nazionalità della popolazione residente. Tale fenomeno si percepisce in maniera diffusa sia nei centri urbani di dimensioni medio-piccole, caratterizzati da maggiore obsolescenza delle strutture edilizie, sia nei contesti metropolitani, che presentano le maggiori problematiche socio-sanitarie e le più marcate disuguaglianze economiche; le principali situazioni di disagio si manifestano principalmente nelle periferie, dove prolifera il fenomeno dell'abusivismo e dove aumenta il numero degli abitanti —

principalmente migranti – residenti in alloggi precari e malsani. Un altro problema che merita particolare attenzione è l'influenza dei cambiamenti climatici in atto sull'IAQ. Informazioni elaborate dall'Istat nell'anno 2011, relative al possesso di un impianto di condizionamento/climatizzazione, rilevano che è aumentata la percentuale di famiglie italiane che dichiarano di possedere un condizionatore/climatizzatore. Come risulta da numerose evidenze scientifiche, se gestiti o installati in modo inadeguato gli impianti di climatizzazione possono rappresentare una pericolosa fonte di fattori di rischio indoor (es. contaminazione da batterio *Legionella*). In tale contesto, appare di fondamentale importanza realizzare la necessaria integrazione programmatica e operativa tra il sistema della promozione della salute e il sistema della protezione ambientale e rafforzare il ruolo dei Dipartimenti di prevenzione delle ASL, anche in attuazione del D.Lgs. 229/1999.

Parole chiave Ambiente indoor, aria indoor, IAQ, inquinamento indoor, qualità dell'aria indoor

1.3. Acqua

Nel biennio 2012-2013 si registra un miglioramento dell'efficienza, del controllo e dell'informazione nei servizi idrici, ma persistono criticità per molte infrastrutture, in particolare per perdite di rete e servizi di depurazione. I monitoraggi sulla qualità delle acque destinate al consumo umano evidenziano una generale rispondenza ai requisiti normativi (D.Lgs. 31/2001 e *s.m.i.*), con un limitato tasso di non conformità. Contaminazioni naturali di acquiferi da arsenico, boro e fluoro sono state risolte ricorrendo a un regime di terza deroga, che tuttavia, nel caso di alcune aree del Lazio, non è risultato nel completamento delle azioni di rientro previste, per cui, in base a specifiche analisi di rischio, sono state applicate rigorose limitazioni d'uso delle acque. Non conformità circostanziate per territorio e durata hanno riguardato parametri indicatori, sottoprodotti di disinfezione o inquinanti di origine antropica, tra cui tri- e tetracloroetilene, nitrati e pesticidi. In linea con i dati europei, le criticità per la qualità

delle acque erogate e per l'efficienza dei servizi in Italia hanno riguardato in percentuale significativamente più elevata i piccoli sistemi di fornitura idrica che servono meno di 5.000 abitanti.

Diverse azioni hanno riguardato la sicurezza e l'informazione su dispositivi di trattamento delle acque potabili in ambito domestico e pubblici esercizi in seguito all'emanazione del DM n. 25/2012.

Specifiche attenzioni sono state rivolte ai rischi per parametri emergenti tra cui cianobatteri e cianotossine e all'informazione sul rischio da cessione da piombo da reti domestiche.

Nel biennio in esame è infine proseguito l'impegno a livello nazionale ed europeo per la ridefinizione e il potenziamento delle strategie di prevenzione applicate alla filiera-idropotabile, secondo il modello *water safety plan*, e i lavori di revisione della disciplina degli impianti natatori e della normativa su prodotti e materiali in contatto con le acque potabili.

Parole chiave Acqua, acquedotti, contaminazione, qualità

1.4. Radiazioni

Il radon è la principale fonte di esposizione ambientale alle radiazioni ionizzanti e rappresenta un significativo fattore di rischio per il tumore polmonare, per limitare il quale il Ministero della salute ha affidato all'ISS il coordinamento di un Piano Nazionale Radon predisposto nel 2002, tramite il progetto CCM "Avvio del Piano Nazionale Radon per la riduzione del rischio di tumore polmonare in Italia", terminato nel 2010, e il progetto "Piano Nazionale Radon per la riduzione del rischio di tumore polmonare in Italia: seconda fase di attuazione", dal 2012 al 2014. Anche diverse Regioni hanno effettuato attività su vari aspetti del problema radon, generalmente in linea con le indicazioni del Piano Nazionale e spesso in diretta collaborazione con l'ISS. Si segnala anche il tema delle esposizioni mediche alle radiazioni, considerato che nei Paesi industrializzati si è determinato nell'ultimo decennio un notevole incremento della prescrizione di esami diagnostici che utilizzano radiazioni ionizzanti, sui quali grava una quota individuale di rischio di svilup-

pare cancro e/o di provocare danni genetici. Per quel che attiene le radiazioni non ionizzanti, l'esposizione alla radiazione ultravioletta (UV) è il più importante fattore di rischio ambientale per il melanoma cutaneo maligno, essendo a maggiore rischio l'età infantile e adolescenziale. La radiazione UV è classificata come cancerogena per l'uomo sia in quanto tale, sia come componente della radiazione solare, sia in quanto emessa dalle lampade per l'abbronzatura artificiale, il cui uso è stato regolamentato dal DM n. 110 del 12 maggio 2011. Nei confronti dei campi magnetici alla frequenza di rete e dei campi elettromagnetici a radiofrequenza si registra una forte preoccupazione nella popolazione, a volte con accenti ingiustificatamente allarmisti, pur in assenza di evidenze conclusive di rischio. Al fine di promuovere una corretta informazione, il Ministero della salute ha pubblicato nel 2012 sul proprio sito web uno speciale contenente pagine informative sullo stato delle conoscenze e sull'uso responsabile del telefono cellulare, successivamente aggiornato e ampliato nell'ottobre 2013.

Parole chiave Campi elettromagnetici, radiazioni non ionizzanti (NIR), radiazione UV, radiazioni ionizzanti, radon

1.5. Rumore

Il rumore rappresenta oggi una preoccupante sorgente di rischio per la salute. Contrariamente ad altre polluzioni ambientali, l'esposizione a rumore ambientale tende ad aumentare. Per programmare interventi di prevenzione mirati e minimizzare i rischi da esposizione a rumore nella popolazione bisogna porre attenzione alle nuove sorgenti di rumore ambientale portate dall'innovazione tecnologica che sta producendo nuove soluzioni per la produzione di energia (pale eoliche) e per il miglioramento dei mezzi di comunicazione (alta velocità ferroviaria e potenziamento dei mezzi di trasporto e aeroportuale). Rapporti tecnico-scientifici suggeriscono come misura cautelativa una distanza di rispetto pari ad almeno 10-15 volte l'altezza dell'impianto con pale eoliche, che può avere dimensioni che sfiorano i 100 m di altezza. Rapporti scientifici internazionali (es.

la Conferenza biennale internazionale "Wind Turbine Noise") riportano l'"annoyance" durante il giorno e il disturbo del sonno durante la notte come gli effetti principali del rumore acustico emesso da aerogeneratori. Il rumore e le vibrazioni sono l'unica polluzione direttamente emessa da un treno a trazione elettrica; il rumore ferroviario cresce con la velocità. Le normative EN ISO 3095 e 3381 redatte dal WG03 "Railway Noise" che riguardano, rispettivamente, la misura della rumorosità esterna e interna durante le prove di tipo di nuovi rotabili non fissano limiti, ma forniscono esclusivamente la procedura da seguire per l'effettuazione delle norme; i limiti sono fissati da Direttive comunitarie (si veda, per esempio, la Specifica Tecnica di Interoperabilità per il Materiale Rotabile ad Alta Velocità) o da leggi nazionali. L'Ente Nazionale per l'Aviazione Civile istituisce una Commissione presieduta dal Direttore della circoscrizione aeroportuale e composta da rappresentanti della Regione, della Provincia, dei Comuni interessati, dell'ARPA, dell'ENAV, dei vettori aerei e della società di gestione aeroportuale. La Commissione ha il compito di definire le procedure antirumore, approva la zonizzazione acustica basata sull'estensione dell'intorno aeroportuale, delle tre fasce di pertinenza dell'aeroporto, delle aree residenziali che ricadono in tali fasce e della densità abitativa in ciascuna fascia.

1.6. Rifiuti

Il ciclo di produzione, trattamento e/o smaltimento dei rifiuti (ciclo dei rifiuti) in Italia nel biennio di competenza del presente rapporto riflette, dal suo peculiare punto di vista, la crisi economica di cui il Paese subisce ormai da anni la morsa.

Da un lato la quantità di rifiuti urbani prodotta su base nazionale negli ultimi anni fa registrare, infatti, una riduzione per la contrazione costante dei consumi, dall'altro la discarica rimane l'incontrastato sistema di gestione per lo smaltimento dei rifiuti, in quanto il 42,1% dei rifiuti solidi urbani è conferito in discarica a fronte del solo 12,1% dei rifiuti speciali, per i quali si privilegiano i sistemi di trattamento e recupero.

Nel 2010 il Ministero della salute ha promos-

so due Progetti CCM, entrambi conclusi e finalizzati a fornire basi scientifiche ai processi decisionali della sanità pubblica relativi alle politiche di gestione dei rifiuti e al processo di comunicazione con le comunità interessate e con il pubblico in generale.

Lo scopo del progetto SESPIR (“Sorveglianza epidemiologica sullo stato di salute della popolazione residente intorno agli impianti di trattamento rifiuti”) era fornire metodologie e strumenti operativi per la sorveglianza dell’impatto sulla salute della gestione dei rifiuti solidi urbani. La valutazione è stata condotta nelle Regioni Piemonte, Emilia Romagna, Lazio, Campania e Sicilia e i risultati sono pubblicati attraverso le pagine web (www.arpa.emr.it/sespir e canale “Rifiuti e Salute” del portale www.scienzainrete.it).

Il Progetto “Salute e rifiuti: ricerca, sanità pubblica e comunicazione” ha affrontato il tema dello smaltimento illegale o comunque incontrollato di rifiuti pericolosi. Dagli studi precedentemente condotti dall’ISS emerge, infatti, un quadro complessivo a supporto dell’ipotesi di un impatto sulla salute delle popolazioni delle Province di Napoli e Caserta ascrivibile ai siti di smaltimento illegale dei rifiuti e alle pratiche di incenerimento incontrollato. Tale ipotesi è supportata dai primi risultati delle indagini di caratterizzazione ambientale condotte in prossimità di questi siti. I risultati degli studi epidemiologici in questa area oggi disponibili, inoltre, sono nel complesso coerenti con i risultati di studi svolti in contesti simili in altri Paesi.

Sulla base di questo lavoro è ora possibile rendere disponibili i protocolli di indagine relativi alla stima dell’esposizione per le popolazioni residenti in prossimità di siti di smaltimento illegale di rifiuti pericolosi e inoltre proporre i protocolli relativi a studi epidemiologici di seconda generazione da utilizzare in contesti analoghi.

1.7. *Clima*

In Europa e in particolare nell’area del Mediterraneo è previsto un incremento della frequenza, tipo e intensità di eventi climatici avversi (anomalie termiche, alluvioni, tempeste, siccità ecc.) con un impatto significativo sull’ambiente, sulla salute della popolazione e

sui sistemi socioeconomici. L’invecchiamento della popolazione italiana e la maggiore frequenza di malattie croniche fanno temere che nei prossimi anni nel nostro Paese si potrà verificare un sensibile aumento della frazione della popolazione suscettibile agli eventi meteorologici estremi. L’UE, nell’aprile 2013, ha pubblicato la strategia europea per l’adattamento ai cambiamenti climatici, che tutti i Paesi membri sono chiamati ad adottare. L’obiettivo primario è ridurre gli oneri causati da malattie, infortuni, invalidità, sofferenza e morte correlabili ai cambiamenti climatici in atto e a quelli futuri. L’Italia è stato uno dei primi Paesi in Europa che, già dal 2004, ha attivato un Piano nazionale di previsione/prevenzione degli effetti sulla salute da eventi estremi, come le ondate di calore. Le principali componenti di tale Piano, coordinato dal Ministero della salute e dal CCM, con il supporto della Protezione Civile, sono: attivazione di sistemi di previsione/allarme città-specifici; diffusione capillare dell’informazione sul livello di rischio; attivazione di un sistema rapido di monitoraggio e sorveglianza giornaliera degli effetti sulla salute (mortalità, ricoveri, accessi in pronto soccorso); identificazione delle persone suscettibili; definizione e attuazione di protocolli operativi per le emergenze e interventi di prevenzione sviluppati a livello locale sulla base delle Linee guida diffuse dal Ministero della salute e, infine, l’attivazione della campagna nazionale di comunicazione per la popolazione, denominata “Estate sicura”. Una recente pubblicazione documenta nelle città italiane una riduzione negli anni più recenti della mortalità a breve termine associata al caldo. Il modello adottato per la prevenzione delle ondate di calore potrà essere utilizzato per la prevenzione degli effetti da altri eventi estremi (freddo, alluvioni), per i quali a tutt’oggi non sono ancora disponibili piani di intervento per la prevenzione degli effetti sanitari.

Parole chiave Cambiamento climatico, clima, eventi climatici estremi, ondate di calore

1.8. *Prodotti chimici*

La sicurezza dei prodotti chimici è un tema di grande complessità che interessa molteplici

settori quali le intossicazioni e le emergenze di diverso tipo correlate alle sostanze estremamente preoccupanti (cancerogene, mutagene, tossiche per la riproduzione, sostanze persistenti, bioaccumulabili, interferenti endocri, sensibilizzanti), la prevenzione degli incidenti, la sicurezza nei luoghi di lavoro, fino alla sicurezza generale dei prodotti. La gestione delle sostanze chimiche in Italia è parte del più ampio sistema dell'UE emanato nel 2006 con il Regolamento (CE) n. 1907/2006 denominato regolamento REACH, che istituisce un sistema integrato di registrazione, di valutazione, di autorizzazione e di restrizione delle sostanze chimiche. Lo scopo del regolamento REACH è assicurare la protezione della salute umana e dell'ambiente, mantenendo la competitività e rafforzando lo spirito di innovazione dell'industria chimica europea. Al regolamento REACH si affianca il Regolamento (CE) n. 1272/2008 e riguardante la classificazione, l'etichettatura e l'imballaggio delle sostanze e delle miscele chimiche.

Per quanto riguarda la rilevazione degli incidenti che implicano esposizioni umane ad agenti chimici e degli effetti clinici associati, già a partire dal 2006 è stato implementato il Sistema Informativo Nazionale per la Sorveglianza delle Esposizioni Pericolose e delle Intossicazioni (SIN-SEPI), basato sui casi esaminati dai Centri Antiveneni. La maggior parte delle esposizioni è stata di tipo accidentale (94%, 46.311). Circa il 46% dei casi esposti (24.191) è risultato di età inferiore ai 6 anni. Le categorie di agenti più frequentemente rilevate hanno compreso: prodotti per la pulizia di uso domestico (32%, 15.823), antiparassitari (biocidi e fitosanitari) [9%, 4.479], corpi estranei/giocattoli (9%, 4.387), cosmetici/cura della persona (8%, 4.086). Per il 41% (20.196) dei casi è stato rilevato almeno un effetto clinico associabile all'esposizione.

Considerazioni di preoccupazione emergono anche dall'incremento dell'uso di nanomateriali. Se da una parte il rapido sviluppo delle nanotecnologie dell'ultimo decennio apre nuovi orizzonti nell'applicazione di nanomateriali in vari settori produttivi industriali, dall'altra può presentare rischi per la salute degli operatori, dei consumatori e per l'ambiente; si dispone, infatti, di pochi dati atten-

dibili riguardo alla tossicologia ed ecotossicologia degli stessi, al comportamento in sede di emissione e di diffusione nell'ambiente, nonché alla loro sicurezza d'uso.

Parole chiave Attività fisica, “Guadagnare Salute”, Sistemi di sorveglianza, OKkio alla SALUTE, PASSI, determinanti, *empowerment*

1.9. Presidi medico-chirurgici

I presidi medico-chirurgici, ai sensi del DPR 392 del 6 ottobre 1998, sono tutti quei prodotti che vantano in etichetta un'azione riconducibile a un'attività: disinfettante, insetticida, insetto-repellente, topicida e raticida. Il Ministero della salute è l'Autorità competente per le preventive autorizzazioni all'immissione in commercio e alla produzione.

Le predette autorizzazioni sono concesse solo quando il Ministero della salute avrà concluso positivamente il previsto iter istruttorio, che comprende valutazioni sia di tipo tecnico sia di tipo amministrativo.

Il Ministero della salute è responsabile anche della vigilanza sui presidi medico-chirurgici una volta immessi sul mercato.

2. Ambiente e alimenti

I contaminanti sono sostanze chimiche non aggiunte intenzionalmente ai prodotti alimentari, ma presenti quale residuo della produzione, del trasporto o dello stoccaggio del prodotto o come conseguenza di un inquinamento ambientale riconducibile ad attività antropiche. Alcuni contaminanti, come diossine, PCB diossina-simili, sono classificati dalla IARC nel gruppo 1 “cancerogene per l'uomo”, pertanto esiste una relazione causale tra esposizione e tumori umani. Poiché la via di assunzione principale è quella alimentare (per diossine il 90% dell'esposizione umana avviene con la dieta e circa l'80% con gli alimenti di origine animale), si comprende l'importanza di monitorare tali sostanze negli alimenti, in quanto possono rappresentare un serio rischio per la salute pubblica. In tale contesto si inseriscono le attività di monitoraggio e di sorveglianza che il Ministero della salute promuove e coordina, cooperando in maniera stretta anche con Autorità ed Enti competenti in materia ambientale, al fine di affrontate efficacemente

le cause dell'inquinamento. Ne sono un esempio: piani di monitoraggio dei prodotti ittici del lago di Garda, i cui risultati del 2012 (25% campioni non conformi) hanno condotto alla proroga dell'ordinanza ministeriale del 17 maggio 2011 "Misure urgenti di gestione del rischio per la salute umana connesso al consumo di anguille contaminate provenienti dal lago di Garda"; piano di monitoraggio della contaminazione da cesio in funghi, bacche e cinghiali attuato a seguito del riscontro di cesio 137 in cinghiali cacciati in Valsesia; procedure operative straordinarie per la prevenzione e la gestione del rischio contaminazione da aflatossine nella filiera lattiero-casearia e nella produzione del mais destinato all'alimentazione umana e animale, a seguito di condizioni climatiche estreme predisposte a seguito dell'emergenza climatica del 2012, con 2.527 strutture del settore lattiero-caseario ispezionate, 1.013 campionamenti di latte e 41 esiti irregolari.

Parole chiave Aflatossine, cesio, contaminanti, diossine

3. Siti Bonifica Interesse Nazionale – SIN

In Italia sono attualmente presenti 39 siti di bonifica di interesse nazionale (SIN); essi comprendono aree industriali dismesse, in corso di riconversione e in attività, aree oggetto di smaltimento incontrollato di rifiuti, aree portuali. Negli ultimi anni in tali aree sono stati effettuati diversi studi con l'obiettivo di comprendere la relazione tra contaminazione ambientale e stato di salute della popolazione residente in sintonia con gli obiettivi previsti dalla Strategia Europea Ambiente e Salute e le raccomandazioni dell'OMS. A tale proposito, in diverse aree l'ISS ha effettuato studi di valutazione dell'esposizione che sono basilari al fine di valutare il rischio per la salute della popolazione: tali studi hanno riguardato aree in cui l'uso agricolo è prevalente, aree con presenza di sedimenti contaminati e rischio connesso al consumo di prodotti della pesca e aree caratterizzate da una multiesposizione con presenza di poli industriali rilevanti.

Il Ministero della salute ha avviato nel 2011 un piano di monitoraggio al fine di acquisire, su base nazionale, elementi conoscitivi sulla pre-

senza e sulla diffusione dei contaminanti negli alimenti di origine animale nei SIN. I risultati di tali controlli costituiranno un elemento indispensabile per valutare correttamente l'esposizione della popolazione residente. Gli studi di valutazione dell'esposizione costituiscono la base per conoscere le cause e i meccanismi che possono generare le patologie rilevate nella popolazione residente nei SIN. Al fine di monitorare lo stato di salute della popolazione residente nei SIN l'ISS ha condotto il Progetto SENTIERI (Studio Epidemiologico Nazionale dei Territori e Insediamenti Esposti a Rischio da Inquinamento). Gli sviluppi di tale progetto (Sentieri Kids) hanno anche l'obiettivo di istituire un osservatorio permanente per monitorare lo stato di salute dei bambini residenti nei siti contaminati.

Parole chiave Monitoraggio degli alimenti, OMS, SIN, studi epidemiologici, valutazione dell'esposizione

4. Stili di vita

4.1. Attività fisica

L'inattività fisica è uno dei principali fattori di rischio comportamentali delle malattie croniche non trasmissibili e contribuisce ad aumentare i livelli di obesità infantile e adulta. In virtù di ciò, gli adulti dovrebbero svolgere attività fisica con regolarità così come i bambini; praticare una regolare attività fisica e seguire una corretta alimentazione contribuiscono al miglioramento dello stato di salute di ogni individuo e favoriscono il mantenimento del corretto peso corporeo.

I luoghi dove si vive e si lavora (casa, scuola, ufficio, ambiente urbano) giocano un ruolo determinante sulla possibilità di svolgere un regolare esercizio fisico. Tuttavia, l'ambiente costruito può favorire o ostacolare la possibilità di svolgere attività fisica. La pianificazione urbana, i trasporti e la sicurezza dei luoghi pubblici sono decisivi nel determinare se le persone riescono a integrare l'attività fisica nella vita quotidiana.

Aumentare la partecipazione dell'intera popolazione all'attività fisica è una delle principali priorità per la salute e richiede la collaborazione di varie Istituzioni e il coinvolgimento

Figura. Percentuale di sedentari in sottogruppi di popolazione per caratteristiche sociodemografiche. Dati PASSI 2012 (n = 36.580).



Fonte: ISS – PASSI Anno 2012.

di ambiti diversi: educazione, politiche fiscali, ambiente, trasporti, media, industria, Autorità locali.

Le politiche e le azioni che favoriscono lo svolgimento dell'attività fisica rappresentano un forte investimento non solo per la prevenzione delle malattie croniche e il miglioramento della salute e della qualità della vita, ma anche per gli effetti positivi sullo sviluppo economico pure in termini di sostenibilità.

Dai dati della rilevazione 2012 del sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE, attivo dal 2008, è emerso che il 17% dei bambini non ha praticato movimento (attività sportiva strutturata a scuola o all'esterno o semplice gioco all'aperto) il giorno precedente l'indagine e che permangono elevate anche le abitudini sedentarie.

I dati 2012 del sistema di sorveglianza PASSI mostrano che il 31% degli adulti di 18-69 anni è completamente sedentario e la percentuale di adulti sedentari aumenta con l'età, è maggiore fra le donne, fra i più svantaggiati

economicamente, fra i meno istruiti e fra i residenti nelle Regioni del Sud Italia.

Per aumentare l'attività fisica e disincentivare i comportamenti sedentari è indispensabile affrontare i determinanti ambientali, sociali e individuali dell'inattività fisica e implementare azioni sostenibili attraverso una collaborazione tra più settori a livello nazionale, regionale e locale, per ottenere un impatto maggiore. Secondo i principi di "Guadagnare Salute" e nell'ambito del "Piano Nazionale di promozione dell'Attività sportiva", promosso dal Ministro per il turismo e lo sport, il 30 novembre 2012 è stato stipulato un Accordo di collaborazione tra il Ministero della salute e il Dipartimento per gli affari regionali, il turismo e lo sport della Presidenza del Consiglio, finalizzato a sviluppare iniziative congiunte per promuovere uno stile di vita attivo fin dall'età pediatrica. L'Accordo, in particolare, mira a diffondere la cultura dell'attività fisica e motoria quale fattore di benessere psicofisico per tutta la popolazione, con particolare riguardo ai bambini e ai

giovani, sensibilizzando i cittadini a sviluppare e mantenere stili di vita salutari.

Parte integrante degli interventi di prevenzione e strumenti di “*empowerment*” per la promozione della salute sono anche educazione, informazione e comunicazione ai cittadini; la campagna del Ministero della salute per la promozione dello sport e dell’attività fisica ha puntato a coinvolgere la popolazione di tutte le età, invitandola ad adottare uno stile di vita attivo.

Parole chiave Attività fisica, determinanti, *empowerment*, “Guadagnare Salute”, OKkio alla SALUTE, PASSI, sistemi di sorveglianza

4.2. Abitudine al fumo

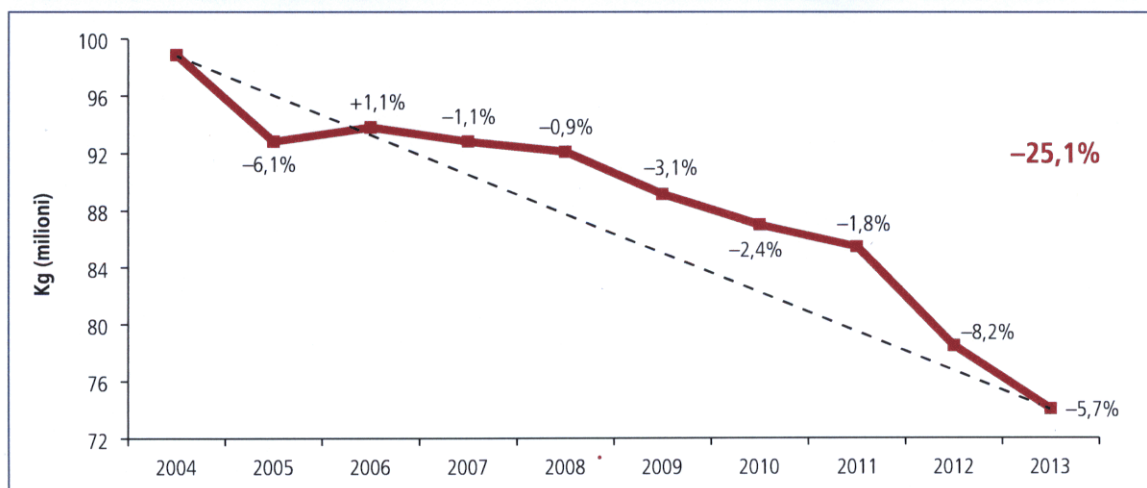
La prevenzione e la cura del tabagismo, essenziali per promuovere e tutelare la salute pubblica, sono obiettivi che non possono essere perseguiti dal solo Ministero della salute, ma dal Governo nel suo complesso, tenendo conto delle implicazioni relative agli aspetti economici, che non possono tuttavia prevalere sul supremo interesse della tutela della salute, come sostenuto anche dalla Convenzione Quadro OMS per il Controllo del Tabacco – FCTC.

Secondo i dati Istat, nel 2013, su 51,9 milioni di abitanti con età superiore ai 14 anni i fumatori sono circa 10,8 milioni (20,9%), di cui 6,6 milioni di uomini (26,4%) e 4,2 milioni di donne (15,7%).

Nel 2013, secondo i dati dell’Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, le vendite dei prodotti del tabacco si sono ridotte del 5,4%, rispetto al 2012. In particolare, le vendite di sigarette si sono ridotte del 5,7%. La diminuzione delle vendite di sigarette negli ultimi 10 anni (2004-2013) è stata del 25,1%.

La strategia di controllo del tabagismo è una delle aree del Programma “Guadagnare Salute”, basato sui principi della “salute in tutte le politiche”, e si sviluppa su tre direttrici: proteggere la salute dei non fumatori, ridurre la prevalenza dei nuovi fumatori, sostenere la cessazione dal fumo. La Legge n. 3/2003 - art. 51, che ha regolamentato il fumo in tutti i locali chiusi pubblici e privati, rappresenta uno strumento efficace di salute pubblica, il cui bilancio è a oggi positivo. In circa 10 anni i NAS hanno compiuto quasi 32.000 controlli (di cui oltre 5.000 nel 2013) che hanno evidenziato il sostanziale rispetto della norma, mentre, secondo i dati PASSI, la positiva percezione della popolazione sul rispetto della legge sia nei locali pubblici sia nei luoghi di lavoro è in aumento, così come la percentuale della popolazione che fa rispettare un “divieto” di fumo in casa. Secondo l’indagine Doxa 2013, inoltre, la maggioranza della popolazione intervistata ritiene utile l’estensione del divieto di fumo in alcuni spazi all’aperto. La necessità di rafforzare la tutela della salute dei non fumatori, in particolare dei mi-

Figura. Andamento delle vendite di sigarette (Anni 2004-2013).



Fonte: Elaborazione Ministero della salute dati dell’Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – Anni 2004-2013.

norì, ha portato all'introduzione del divieto di vendita delle sigarette ai minori di 18 anni e all'estensione del divieto di fumo alle aree all'aperto di pertinenza delle scuole. È stato introdotto, inoltre, il divieto di utilizzo delle sigarette elettroniche nei locali chiusi e nelle aree all'aperto delle Istituzioni scolastiche, nonché il divieto di pubblicità di liquidi e ricariche contenenti nicotina nei locali frequentati da minori, in televisione nelle fasce orarie 16.00-19.00, sulla stampa per minori e prima di film per minori nei cinema.

Il Ministero della salute/CCM ha promosso progetti che hanno consentito alle Regioni di sperimentare modelli di intervento e programmi di comunità per la prevenzione e la cura del tabagismo e, nell'ambito dei Piani Regionali della Prevenzione, sedici Regioni hanno programmato interventi in diversi contesti, tra cui la scuola, i servizi sanitari, quali consultori, punti nascita, servizi vaccinali, luoghi di lavoro, favorendo anche percorsi integrati per la gestione del paziente con patologie fumo-correlate e per il sostegno alla disassuefazione.

L'adozione di un approccio intersettoriale e *multi-stakeholder* che miri a creare forti alleanze non solo tra le Istituzioni, ma anche con aziende e realtà produttive è, dunque, la chiave per convergere e fare sistema sull'obiettivo comune di promuovere ambienti di vita liberi dal fumo, coerentemente con le previsioni della FCTC.

Parole chiave Approccio intersettoriale, Convenzione Quadro OMS per il Controllo del Tabacco – FCTC, “Guadagnare Salute”, tabagismo, tutela della salute

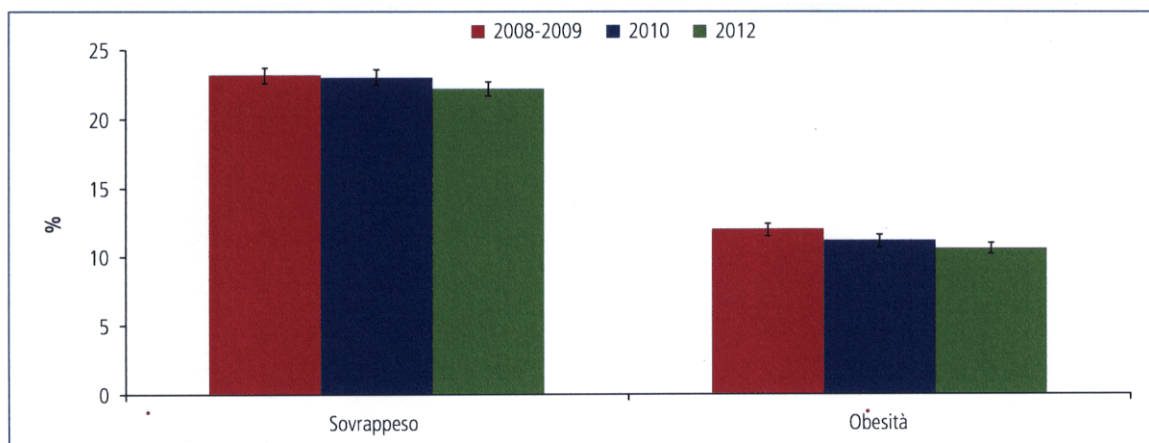
4.3. Abitudini alimentari

La promozione di una corretta alimentazione ha ricadute così importanti sullo stato di salute della popolazione da occupare un posto centrale nella pianificazione sanitaria strategica. Una sana alimentazione e uno stile di vita attivo sono fondamentali per la prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili, del sovrappeso e dell'obesità, che sta raggiungendo proporzioni epidemiche, ed è fondamentale monitorare con attenzione la situazione nutrizionale e le abitudini di vita della popolazione generale e dei bambini in particolare, date le implicazioni dirette sulla salute.

L'apporto e il dispendio energetico individuale sono influenzati da un'ampia gamma di fattori comportamentali e ambientali e una delle principali ragioni del rapido aumento dell'obesità risiede nei cambiamenti dello stile di vita che influenzano i modelli di consumo attualmente prevalenti.

Secondo le indicazioni del programma “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”, attraverso l'integrazione delle politiche educative, economiche e industriali, incluse quelle del settore agroalimentare, è possibile agire sullo stile di vita individuale e creare condizioni ambientali atte a favorire compor-

Figura. Prevalenze di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni della terza primaria.



Fonte: OKkio alla SALUTE – 2008-2012.

tamenti virtuosi fin dalle fasi precoci della vita. Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale è, inoltre, alla base della strategia di prevenzione e promozione della salute. I dati della terza raccolta del Sistema di Sorveglianza OKkio alla SALUTE hanno ancora una volta evidenziato nel 2012 il persistere, nei bambini di 8-9 anni, di abitudini alimentari scorrette, confermando i livelli preoccupanti di eccesso ponderale tra i bambini di 8-9 anni, anche se si evidenzia una leggera diminuzione rispetto a quanto rilevato nelle precedenti raccolte.

I dati 2012 del sistema di sorveglianza PASSI mostrano che, in Italia, il consumo di 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno resta basso e sostanzialmente stabile dal 2008 al 2012 tra i 18-69 anni, mentre tra gli ultra64enni (dati PASSI d'argento) il 45% consuma appena una o due porzioni giornaliere e il 42% tre o quattro.

La riduzione del sale nell'alimentazione è una delle priorità anche dell'OMS e dell'UE, nell'ambito delle strategie di prevenzione delle malattie croniche non trasmissibili. I dati relativi al consumo di sale nella popolazione italiana adulta (35-79 anni) per Regione, stimati attraverso la raccolta di urine delle 24 ore, raccolti tra il 2008 e il 2012 nell'ambito dei progetti CCM Progetto MINISAL-GIRCSI e Meno-sale-più-salute, mostrano un consumo ben al di sopra dei 5 g al giorno.

La consapevolezza che una corretta alimentazione e un sano stile di vita sin dall'infanzia sono predittivi di migliori condizioni di salute nell'età adulta rafforza l'importanza di affrontare i temi dell'educazione alimentare già nella scuola materna e nella primaria di primo grado, anche utilizzando il momento della refezione scolastica come strumento educativo. È essenziale, inoltre, affrontare i determinanti ambientali, sociali e individuali della scorretta alimentazione e dell'inattività fisica, implementare azioni sostenibili attraverso una collaborazione tra più settori a livello nazionale, regionale e locale e rafforzare il ruolo attivo di "advocacy" da parte dei professionisti della salute, per fare in modo che le politiche economiche, agricole, commerciali, urbanistiche ed educative siano orientate a promuovere e facilitare l'adozione di scelte salutari da parte dei cittadini.

Nel nostro Paese, la stipula di Protocolli d'Intesa tra il Ministero della salute, le associazioni di panificatori artigianali e industriali, finalizzati a ridurre il quantitativo di sale nelle diverse tipologie panarie, artigianali o industriali ha rappresentato un primo ma fondamentale passo per promuovere la collaborazione con il mondo della produzione. È opportuno promuovere prodotti sani per scelte sane, incoraggiando i settori della produzione, della trasformazione e della distribuzione agroalimentare, coerentemente con gli obiettivi generali di salute pubblica, alla riformulazione di taluni alimenti, al fine di ridurre i livelli di grassi totali, grassi saturi, zuccheri e sale aggiunto, e all'attuazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte ai consumatori per favorire scelte alimentari sane.

Parole chiave Corretta alimentazione, "Guadagnare Salute", OKkio alla SALUTE, PASSI, sale, sistemi di sorveglianza

4.4. Consumo di alcol

Il consumo pro capite di alcol in Italia riferito all'anno 2010 (6,1 litri) è notevolmente più basso di quello medio della Regione europea dell'OMS (10,9 litri) e anche il più basso tra i Paesi dell'UE. Tuttavia, i dati dell'ultimo decennio confermano il consolidamento anche nel nostro Paese di nuovi comportamenti di consumo alcolico lontani dal tradizionale modello mediterraneo. Mentre resta relativamente stabile la quota dei consumatori di bevande alcoliche, diminuisce infatti tra essi la quota di persone con consumi quotidiani e moderati, orientati prevalentemente sul vino, soprattutto tra i giovani e i giovani adulti; aumenta contestualmente quella delle persone che oltre a vino e birra bevono anche aperitivi, amari e superalcolici, lontano dai pasti, con frequenza occasionale e in quantità spesso eccessive. I rischi derivanti dai nuovi modelli di consumo si sommano a quelli correlati al consumo tradizionale, che riguardano soprattutto gli anziani di sesso maschile, come il consumo quotidiano ai pasti, prevalentemente di vino, che non sempre si associa alla rigorosa moderazione raccomandata per l'età. Rilevante appare anche l'evoluzione del consumo alcolico femminile che, seppure ancora inferiore a quello maschi-

le, nelle generazioni più giovani vede progressivamente attenuarsi le tradizionali differenze di genere. Le nuove modalità di bere espongono maggiormente la popolazione a rischi che investono non solo la salute, ma anche la sicurezza sociale, soprattutto quando il consumo di alcol si associa alla guida, alle attività lavorative e alla ricerca del divertimento nelle ore notturne. La programmazione di efficaci interventi di prevenzione deve oggi rispondere sia ai problemi derivanti dal modello di consumo tradizionale sia a quelli correlati ai modelli di più recente acquisizione e richiede pertanto un approccio articolato e complesso. Tale approccio alla prevenzione richiede l'adozione di strategie e iniziative mirate non solo alla prevenzione universale, ma anche e soprattutto a quella selettiva di età e di genere, in relazione alle vulnerabilità loro connesse.

Parole chiave Alcol, *binge drinking*, consumo di alcol a rischio

4.5. Abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope

L'abuso di sostanze stupefacenti, alcol incluso, e gli stili di vita connessi rappresentano un problema di salute pubblica, sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori sia per la popolazione generale non direttamente esposta. Sono prioritari una maggiore concertazione e un maggiore coordinamento degli obiettivi fra tutte le Istituzioni centrali, regionali e locali, pubbliche e private accreditate coinvolte al fine di rendere più efficaci le politiche di contrasto all'abuso di sostanze. Relativamente alle sostanze d'abuso (alcol escluso) nel corso del 2012 sono stati presi in carico, dai SerD, 164.101 pazienti, con una copertura dei Servizi superiore al 90%. La sostanza d'abuso più diffusa è l'eroina (74,4%), seguita dalla cocaina (14,8%) e dai cannabinoidi (8,7%). Il tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento è di 6,1 anni. Le patologie infettive correlate maggiormente presenti nei pazienti in trattamento sono l'infezione da HIV (prevalenza totale 8,3%), le infezioni da virus dell'epatite B (33,4%) e C (54,0%). Vi è una tendenza a non sottoporre ai test gli utenti in trattamento presso i Servizi per HIV, HCV e HBV. Nel

2012 i decessi droga-correlati sono stati 390 (Ministero dell'Interno). Per quanto riguarda l'alcol, nel 2012 sono stati presi in carico presso i presidi alcolologici territoriali del SSN 69.770 alcolodipendenti (maschi 54.431; femmine 15.339), valore massimo finora rilevato per questo dato, con età media pari a 45,5 anni nei maschi e a 47,3 nelle femmine. I giovani al di sotto dei 30 anni rappresentano il 9,1% dell'utenza totale, ma i nuovi utenti di questa classe di età sono il 13,7%.

Nel 2012 le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol-attribuibili sono state 75.445, di cui 58.410 riferite a maschi e 17.035 riferite a femmine, con un tasso nazionale di ospedalizzazione pari a 113,3 per 100.000 abitanti, che conferma il trend discendente in atto a livello nazionale a partire dal 2002. Secondo le stime dell'ISS, nell'anno 2010 la mortalità alcol-attribuibile ha rappresentato il 3,96 % del totale della mortalità maschile e l'1,68% di quella femminile.

Parole chiave Alcol, SerD, stupefacenti

4.6. Dipendenza patologica da gioco d'azzardo

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è una patologia caratterizzata da un comportamento compulsivo che produce effetti sulla salute seriamente invalidanti. Il GAP, impropriamente chiamato ludopatia, è in espansione, anche se non si hanno dati precisi in quanto non esiste allo stato attuale una rilevazione sistematica dei pazienti in trattamento nei Servizi per le dipendenze da parte delle Amministrazioni Centrali dello Stato. Il DSM-IV-TR ha definito il GAP come un "comportamento persistente, ricorrente e maladattativo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative"; l'ICD-10 (*International Classification of Diseases*) dell'OMS lo ha inserito tra i "disturbi delle abitudini e degli impulsi". La legge 8 novembre 2012, n. 189 recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (GU n. 263 del 10 novembre 2012 - Supplemento Ordinario n. 201) agli artt. 5 e 7 prevede una serie di norme riguardanti il GAP e in particolare l'aggiornamento dei LEA per la prevenzione, cura e

riabilitazione dei soggetti affetti da ludopatia. La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, come anzidetto, a oggi non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno. Il 54% degli italiani ha giocato d'azzardo con vincite in denaro almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Tuttavia, la stima dei giocatori d'azzardo "problematici" (coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro, ma che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza e sono a forte rischio) varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d'azzardo "patologici" varia dallo 0,5% al 2,2% (DPA, Ministero della salute, 2012). I soggetti sottoposti a trattamento per GAP nel corso del 2012 sono stati 5.138 (83% maschi). Lombardia e Piemonte sono le Regioni con il maggior numero di soggetti trattati.

Parole chiave Azzardo, dipendenza comportamentale, GAP

4.7. Utilizzo di prodotti cosmetici: le attività di cosmetovigilanza

I cosmetici sono prodotti per la bellezza, ma anche prodotti per l'igiene e la cura della persona, che vengono utilizzati quotidianamente e continuamente fin dalla nascita per tutta la vita. Il loro impiego diffuso espone il consumatore a una grande quantità di sostanze chimiche di origine sia naturale sia sintetica.

Il Regolamento (CE) n. 1223/2009 del Parlamento Europeo e del Consiglio sui prodotti cosmetici, che è la norma vigente nell'UE, prevede che i prodotti cosmetici messi a disposizione sul mercato sono sicuri per la salute umana se utilizzati "in condizioni d'uso normali o ragionevolmente prevedibili"; nonostante ciò, è possibile che si verifichino effetti indesiderati a seguito dell'utilizzo di un prodotto cosmetico, che possono essere dovuti alla specifica formulazione, alla qualità dei prodotti, al particolare livello di sensibilità del consumatore oppure a un uso non corretto del prodotto.

Per ottemperare alle nuove disposizioni sulla cosmetovigilanza previste dal citato regolamento e per definire un'unica procedura

finalizzata alla raccolta delle segnalazioni spontanee da parte dell'utilizzatore finale, il Ministero della salute sta organizzando un sistema di cosmetovigilanza a livello nazionale per la gestione delle segnalazioni degli effetti indesiderabili per analizzare i dati raccolti e poter definire idonee misure correttive o preventive nei confronti dei prodotti cosmetici sul mercato, con l'obiettivo di garantire la tutela della salute pubblica. Per il corretto avvio e l'adeguato funzionamento del sistema nazionale di cosmetovigilanza, il Ministero della salute ha inoltre promosso attività di informazione e comunicazione rivolte agli operatori sanitari e ai consumatori finali, per sensibilizzare sull'importanza di una corretta segnalazione degli effetti indesiderabili e informare sulla nuova procedura di segnalazione al Ministero della salute.

Parole chiave Consumatori, cosmetici, cosmetovigilanza, segnalazione

5. Disuguaglianze nella salute

I determinanti socioeconomici sono il singolo determinante più importante delle differenze di salute di una popolazione. In effetti, le disparità sociali nella salute sono un problema complesso che nasce da una rete di meccanismi di generazione: la stratificazione sociale dettata dalla disuguale distribuzione delle risorse (determinanti distali) influenza la distribuzione dei principali fattori di rischio per la salute (determinanti prossimali): ambientali, psicosociali, stili di vita insalubri e in molti casi anche i limiti di accesso alle cure appropriate.

In Italia, in questi ultimi due anni è incrementata la consapevolezza circa la rilevanza politica del problema delle disuguaglianze di salute e ciò per effetto combinato degli interventi della Commissione Europea, dell'aumentata capacità interpretativa nell'analisi dei fattori causali e delle conseguenze, della maggiore conoscenza riguardo all'efficacia delle azioni di contrasto.

In particolare, si sta diffondendo un consenso verso la necessità di adottare un approccio che riconosca l'indispensabilità di un coinvolgimento intersettoriale per la definizione condivisa e coerente di politiche e interventi

che aggrediscano i determinanti sociali della salute.

Questa è una delle principali conclusioni a cui è giunto il Libro bianco delle disuguaglianze di salute in Italia, adottato dal gruppo interregionale “Equità in salute e sanità” (ESS), incaricato dalla Commissione Salute della Conferenza Stato-Regioni di aggiornare le evidenze scientifiche a disposizione e di porre le basi per lo sviluppo di una prima strategia nazionale di contrasto delle disuguaglianze della salute.

Tra le iniziative rilevanti si evidenzia l’inclusione tra le linee progettuali del programma CCM 2012 di una voce dedicata esclusivamente al finanziamento di progetti aventi come obiettivo la riduzione delle disuguaglianze di salute e l’abbattimento dello svantaggio (geografico, ma anche economico e sociale) in termini di salute delle popolazioni più vulnerabili.

Inoltre, nel 2012 sono stati vincolati 50 milioni di euro del riparto del Fondo Sanitario Nazionale alla realizzazione di progetti regionali per contrastare l’impatto della cri-

si economica sui determinanti sociali delle disuguaglianze di salute, come l’aumento della disoccupazione, della precarizzazione e dell’erosione del potere di acquisto, l’indebolimento della rete di protezione familiare e l’incremento dell’esclusione sociale

Infine, all’interno della ricerca finanziata e della partecipazione a progetti comunitari, un forte impulso è venuto dalla partecipazione italiana (tramite l’AgeNaS, la Regione Piemonte e la Regione Veneto) alla *Equity Action*, azione congiunta tra la Commissione Europea e 16 Paesi membri, che ha consentito ai partner di sviluppare nuove capacità nell’ambito della valutazione di impatto sulla salute delle politiche, della promozione di politiche regionali di contrasto alle disuguaglianze di salute, sull’utilizzo dei Fondi strutturali per il finanziamento di interventi volti a intervenire sulla distribuzione dei determinanti sociali della salute e, infine, sul reclutamento dei portatori di interesse.

Parole chiave Determinanti, disuguaglianze, equità