

agire sullo stile di vita individuale sia di creare condizioni ambientali atte a favorire comportamenti virtuosi sin dalle fasi precoci della vita, secondo le indicazioni del programma “Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari”. Particolare attenzione deve essere dedicata al sostegno e alla promozione dell’allattamento al seno, anche alla luce dell’associazione inversa tra allattamento materno e obesità.

La promozione di una sana alimentazione è importante anche al fine di un invecchiamento sano e attivo, riducendo il carico delle malattie croniche non trasmissibili, che si associano alla perdita progressiva dell’autonomia, alla comparsa di fragilità e disabilità.

Lo sviluppo di sistemi di sorveglianza con rappresentatività nazionale e territoriale è alla base della strategia di prevenzione e promozione della salute e, nell’ottica dell’inter-settoralità di “Guadagnare Salute”, favorisce la collaborazione in rete degli operatori coinvolti, consentendo di sperimentare e sviluppare modalità di comunicazione rivolte a molteplici interlocutori, facilitando l’integrazione tra le diverse professionalità e i servizi. Il sistema di sorveglianza “OKkio alla SALUTE”, attivo dal 2008, per esempio, consente di descrivere la variabilità geografica e l’evoluzione nel tempo dello stato ponderale dei bambini (6-10 anni), nonché di acquisire informazioni sulle abitudini alimentari, l’attività fisica ed eventuali iniziative scolastiche favorenti sani stili di vita.

4.3.2. Rappresentazione dei dati

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.

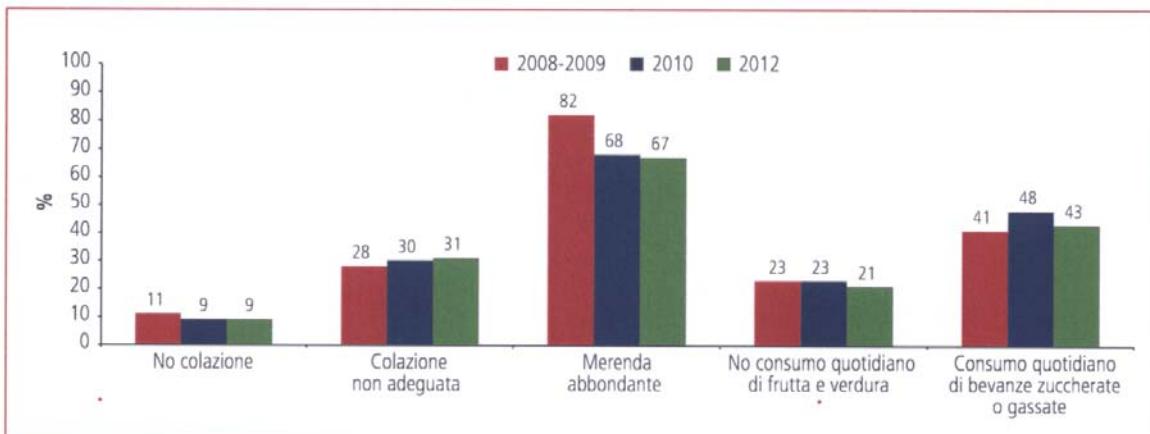
In particolare, su un campione di 46.483 bambini è emerso che il 9,0% salta la prima colazione e il 31,0% assume alimenti inadeguati in termini di apporto di carboidrati e proteine durante questo importante pasto; inoltre, ben il 65,0% dei bambini consuma, generalmente a scuola, una merenda abbondante a metà mattina.

Esiste una notevole variabilità geografica: nelle Regioni del Sud, infatti, la percentuale dei bambini che salta la prima colazione è più elevata (13,0%) rispetto a quelle del Centro (8,0%) e del Nord (6,0%) e tale andamento permane se si considera anche l’assunzione di una merenda troppo abbondante.

Inoltre, il 22,0% dei genitori dichiara che i propri figli non assumono quotidianamente frutta e/o verdura e il 44,0% consuma abitualmente bevande zuccherate e/o gassate (*Figura 4.8*).

I dati Istat relativi al 2013 evidenziano che l’Italia è ancora lontana da un’ampia diffusione del modello basato sul pasto veloce consumato fuori casa: il pranzo costituisce nella maggior parte dei casi il pasto principale (67,8% della popolazione dai 3 anni in su) ed è molto spesso consumato a casa (74,2%), permettendo così una maggiore attenzione nella scelta degli

Figura 4.8. Abitudini alimentari dei bambini di età pari a 8-9 anni.



Fonte: OKkio alla SALUTE – Anno 2012.

ingredienti e nella composizione delle portate. Tra gli adulti la percentuale più bassa di coloro che dichiarano di pranzare a casa si registra tra gli uomini di 35-44 anni (52,2%). Sono soprattutto i residenti nel Mezzogiorno a consumare il pranzo a casa (84,7% contro il 69,5% degli abitanti del Centro e il 68,4% di quelli del Nord), che è considerato il pasto principale.

Anche nel 2013 rimane stabile la percentuale di persone che hanno l'abitudine di fare una colazione che può essere definita "adeguata", vale a dire non limitata al solo caffè o tè, ma nella quale vengono assunti alimenti ricchi di nutrienti quali latte, biscotti, pane (79,7% della popolazione di 3 anni e più). Questo comportamento è più diffuso tra le donne (82,6% contro il 76,7% degli uomini) e sono più attenti ad adottare questa sana abitudine i residenti del Centro Italia (82,5% contro 81,2% del Settentrione e 76,2% del Sud Italia).

I dati 2012 del sistema di sorveglianza PASSI mostrano che in Italia quasi la metà degli adulti di 18-69 anni (48,0%) consuma almeno 3 porzioni di frutta e/o verdura al giorno, ma meno di 1 italiano su 10 (9,6%) ne consuma almeno 5 ("five a day"). L'adesione a tale Raccomandazione non varia molto tra i diversi gruppi della popolazione: cresce all'aumentare dell'età, dal 6,0% tra i 18 e i 34 anni al 13,0% fra i 50 e i 69 anni, è leggermente più alta tra le donne (11,0%), tra le persone con minori difficoltà economiche (11,0%) e tra quelle con titolo di studio più elevato (11,0%). Chiaro il gradiente geografico che mostra un'adesione al "five a day" maggiore tra i residenti nelle Regioni settentrionali rispetto a chi vive nelle aree del Centro e Sud Italia (il valore massimo del 16,0% viene riportato in Liguria contro quello minimo, pari al 4,0%, della Basilicata). Il consumo di 5 porzioni di frutta e/o verdura al giorno resta tuttavia basso e sostanzialmente stabile dal 2008 al 2012.

Il sistema di sorveglianza sulla popolazione ultra64enne, PASSI d'Argento, evidenzia che solo l'11,2% degli ultra64enni consuma 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno, con notevoli variazioni in rapporto alle caratteristiche della popolazione. Il 45,0% consuma appena 1 o 2 porzioni giornaliere e il 42,0% 3 o 4. Considerando il consumo di almeno 3 porzioni al giorno, le donne con-

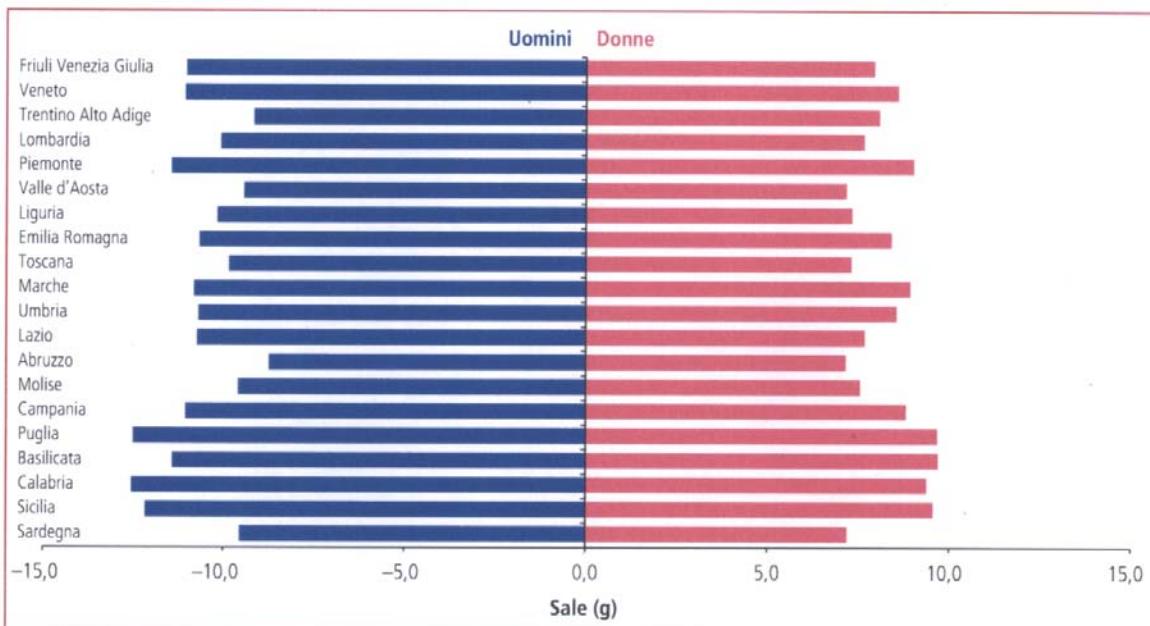
sumano appena più degli uomini (54,0% vs 52,0%), mentre le persone fra 65 e 74 anni consumano più del gruppo 75 anni e oltre (58,0% vs 49,0%), le persone con alto livello di istruzione (almeno scuola superiore) più del gruppo con livello di istruzione inferiore (60,0% vs 49,0%). Le differenze più marcate si evidenziano quando l'analisi viene fatta sulle condizioni economiche percepite, dove chi dichiara molte difficoltà economiche per arrivare a fine mese ha un consumo inferiore rispetto a chi lamenta poche o nessuna difficoltà (44,0%, 53,0% e 56,0%, rispettivamente).

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 attraverso l'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare/*Health Examination Survey* 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 (l'OMS raccomanda di stare al di sotto). Il consumo è maggiore negli uomini rispetto alle donne e il consumo medio di sale cresce in entrambi i sessi passando dal Nord al Sud e va di pari passo con l'andamento dell'obesità e dell'inattività fisica nel tempo libero (*Figura 4.9*).

4.3.3. Esposizione e valutazione critica dei dati, con eventuali confronti territoriali (nazionali o europei)

Una sana alimentazione e uno stile di vita attivo sono fondamentali per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità. L'obesità sta raggiungendo proporzioni epidemiche e, nonostante siano state messe in campo diverse azioni a livello europeo per invertire la tendenza, la percentuale di popolazione obesa o in sovrappeso è preoccupante per gli adulti e soprattutto per i bambini. Secondo i risultati della *Childhood Obesity Surveillance Initiative* dell'OMS, nel 2010, in media, nella Regione Europea 1 su 3 bambini di età compresa tra 6 e 9 anni era in sovrappeso o obeso, registrando così un preoccupante aumento rispetto al 2008, dove 1 bambino su 4 era in sovrappeso o obeso. La sorveglianza OKkio alla SALUTE del 2012 conferma in Italia i li-

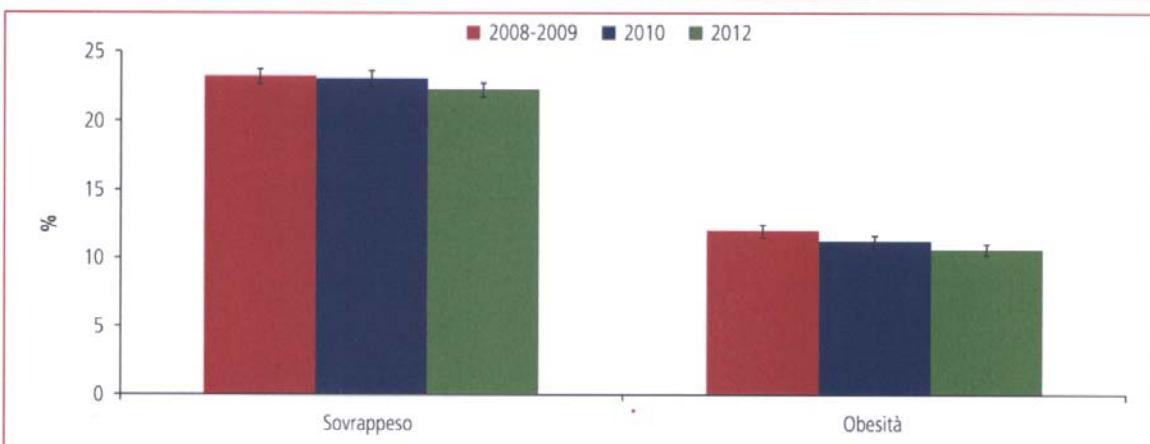
Figura 4.9. Progetti Ministero della salute-GIRCI e Meno-sale-più-salute (2008-2012): consumo medio giornaliero di sale espresso in grammi negli uomini e nelle donne di età 35-79 anni distribuiti per Regione.



velli 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, con il 22,1% dei bambini in sovrappeso e il 10,2% in condizioni di obesità, con percentuali più alte nelle Regioni del Centro e del Sud (*Figura 4.10*). 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. Pertanto, risulta particolarmente importante monitorare, attraverso la somministrazione di un questionario destinato agli istituti scolastici, l'applicazione delle “Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica”, pubblicate dal Ministero della salute nel 2010. La ristorazione scolastica è, infatti, uno strumento prioritario per promuovere salute ed educare a una corretta alimenta-

Figura 4.10. Prevalenze di sovrappeso e obesità tra i bambini di 8-9 anni della terza primaria.



Fonte: *OKKIO ALLA SALUTE* – 2008-2012.

zione. Le “Linee di indirizzo nazionale per la ristorazione scolastica” forniscono quindi indicazioni non solo per migliorarne la qualità nei vari aspetti, in particolare quello nutrizionale, ma anche per educare il bambino all’acquisizione di abitudini alimentari corrette.

Per disincentivare i comportamenti non salutari che favoriscono il sovrappeso e l’obesità 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.

Un consumo eccessivo di sale, per esempio, è fra le cause dell’insorgenza di gravi patologie dell’apparato cardiovascolare, quali l’infarto del miocardio e l’ictus, correlate all’ipertensione arteriosa, ed è fattore predisponente per la malattia renale cronica. 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.

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. In seguito la riformulazione è stata estesa anche ad altri prodotti grazie ad accordi con l’Associazione Produttori Pasta Fresca (APPF) e l’Associazione Italiana Industrie Prodotti Alimentari (AIIPA)-settore surgelati.

È opportuno, pertanto, 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, nonché all’attuazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione rivolte ai consumatori per favorire scelte alimentari sane.

Bibliografia essenziale

- Baldissera S, Campostrini S, Binkin N, et al. PASSI Coordinating Group. Features and initial assessment of the Italian Behavioral Risk Factor Surveillance System (PASSI), 2007-2008. *Prev Chronic Dis* 2011; 8: A24
- Branca F, Nikogosian H, Lobstein T, et al. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Ginevra: WHO, 2007
- Istat. Annuario statistico italiano 2013. Capitolo 3: Sanità e salute http://www.istat.it/it/files/2013/12/Cap_3.pdf. Ultima consultazione: agosto 2014
- OECD. Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing, 2010. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>. Ultima consultazione: agosto 2014
- Spinelli A, Lamberti A, Nardone P, et al. (Ed). Sistema di sorveglianza OKkio alla SALUTE: risultati 2010. Roma: Istituto superiore di sanità, 2012 (Rapporti ISTISAN 12/14)
- WHO European Regional Office for Europe. Childhood Obesity Surveillance Initiative, COSI, round 2010. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/activities/monitoring-and-surveillance/who-european-childhood-obesity-surveillance-initiative-cosi>. Ultima consultazione: agosto 2014
- WHO. Global Status Report on Non-Communicable Diseases (2010). http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf. Ultima consultazione: agosto 2014

4.4. Consumo di alcol

4.4.1. Quadro programmatico

La Regione Europea presenta i valori più

elevati di consumo di alcol pro capite a livello globale. In Italia, secondo i dati più aggiornati (2010), il consumo medio pro

capite di alcol puro è pari a 6,10 litri nella popolazione al di sopra dei 15 anni, un valore ormai vicino a quello raccomandato dall'OMS ai Paesi della Regione Europea per l'anno 2015 (6 litri l'anno per la popolazione al di sopra dei 15 anni). Il valore del consumo pro capite italiano 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, inferiore anche a quello di altri Paesi con modello di consumo mediterraneo quali Spagna e Grecia. Negli ultimi anni, in Italia, il tradizionale modello di consumo mediterraneo si è modificato, avvicinandosi ai modelli nord-europei, soprattutto tra i giovani e i giovani adulti di entrambi i sessi, accrescendo l'esposizione della popolazione ai rischi alcol-correlati. 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. Il rischio di danni alcol-correlati cresce generalmente con la quantità di alcol consumata, la frequenza del consumo e l'intensità degli episodi di intossicazione alcolica. I nuovi orientamenti prodotti dalla comunità scientifica sulla base delle evidenze hanno ridotto ulteriormente i livelli di consumo definiti nel 2003 dall'Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione (INRAN); i nuovi limiti di consumo alcolico a basso rischio sono stati infatti stabiliti in 1 unità alcolica quotidiana dopo i 65 anni, in 1 unità alcolica per le donne e in 2 unità alcoliche nei maschi adulti, zero unità di alcol sotto i 18 anni. Tale rinnovato e più severo 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. In tale quadro il monitoraggio del consumo di alcol, in particolare nelle fasce sopraindicate, rappresenta pertanto uno strumento indispensabile per la pianificazione delle strategie di prevenzione e contrasto più adeguate. La prevenzione del consumo dannoso di alcol richiede cooperazione e coordina-

mento tra numerosi soggetti e diverse Istituzioni/Amministrazioni, secondo l'approccio intersetoriale e trasversale ai fattori di rischio proposto dal Programma nazionale "Guadagnare Salute: rendere facili le scelte salutari" (DPCM del 2007), che ha l'obiettivo di agire in modo integrato e coordinato sui principali fattori di rischio delle malattie croniche non trasmissibili (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica). Per il contrasto dell'abuso di alcol e la protezione dei minori dai rischi alcol-correlati tale programma prevede espressamente campagne di comunicazione e sensibilizzazione finalizzate a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche e a contenere i comportamenti a rischio, anche per evitare gli incidenti stradali alcol-correlati. A tali fini l'obiettivo della comunicazione è trasformare i destinatari della comunicazione in soggetti che collaborano attivamente in un progetto educativo più ampio, per motivare il singolo al cambiamento, diffondere *empowerment* e favorire l'assunzione spontanea di atteggiamenti e stili di comportamento tesi alla promozione di un ambiente sano e alla difesa del contesto in cui si vive. In linea con gli obiettivi del programma "Guadagnare Salute", che promuove il concetto della tutela della salute in tutte le politiche impegnandosi a coinvolgere i diversi settori interessati, il Ministero della salute ha sostenuto alcune iniziative proposte e realizzate da importanti organismi del mondo della produzione e distribuzione, concedendo l'utilizzo del logo del programma. In tale quadro l'Associazione AssoBirra ha promosso la nuova campagna "Guida tu la vita. O bevi o guidi – Experience tour 2013", finalizzata a informare e sensibilizzare i giovani sui rischi del consumo di alcol prima di mettersi alla guida, anche attraverso l'uso di un simulatore di guida. Il messaggio "Se bevi non guidare. E se hai bevuto, fai guidare qualcun altro", alla luce dei dati sugli incidenti stradali riferiti al consumo di alcolici da parte dei giovani, in particolare durante il corso del fine settimana e al tributo di vite pagato soprattutto dai giovani tra 21 e 24 anni, è coerente con gli interventi di comunicazione promossi dal Ministero per sensibilizzare i giovani ai

danni dovuti all'abuso di alcol, soprattutto in relazione alle alterazioni psicofisiche alla guida di un veicolo (es. Campagna "Ragazzi vediamoci chiaro" del 2009).

Inoltre, la DIAGEO Italia, azienda che si occupa della commercializzazione di marchi internazionali di bevande alcoliche, ha organizzato nel 2012 in diversi locali italiani, con l'ausilio della Fondazione Umberto Veronesi, la campagna di sensibilizzazione "Conoscere l'alcol", realizzata con la collaborazione dell'ACI, della catena di grande distribuzione Simply-SMA e del Ministero della salute. L'iniziativa era finalizzata a informare su un consumo moderato e responsabile di bevande alcoliche, ricordando, tuttavia, che non esiste un consumo di alcol sicuro per la salute e che in alcune situazioni è necessario astenersi totalmente dal consumo. La Campagna si è svolta presso i punti vendita della Simply-SMA, attraverso la predisposizione di materiali informativi condivisi con il Ministero della salute e la Fondazione Veronesi, distribuiti nell'ambito di specifici corner allestiti *ad hoc* da personale appositamente formato. La legge n. 125/2001 assegna annualmente risorse finanziarie al Ministero della salute per azioni di informazione e di prevenzione; nel corso del 2013, tra le iniziative realizzate si menziona la Campagna educativo-informativa "Non perderti in un bicchiere!". L'iniziativa è stata realizzata in collaborazione con Diregiovani.it, portale d'informazione pensato per rendere i ragazzi protagonisti della comunicazione con l'obiettivo di prevenire l'insorgere di comportamenti a rischio. La campagna è indirizzata a un target giovanile costituito dagli studenti delle scuole di primo e secondo grado che sono stati direttamente coinvolti sul territorio, nonché ai visitatori del portale Diregiovani.it attraverso una rubrica tematica appositamente creata e dedicata.

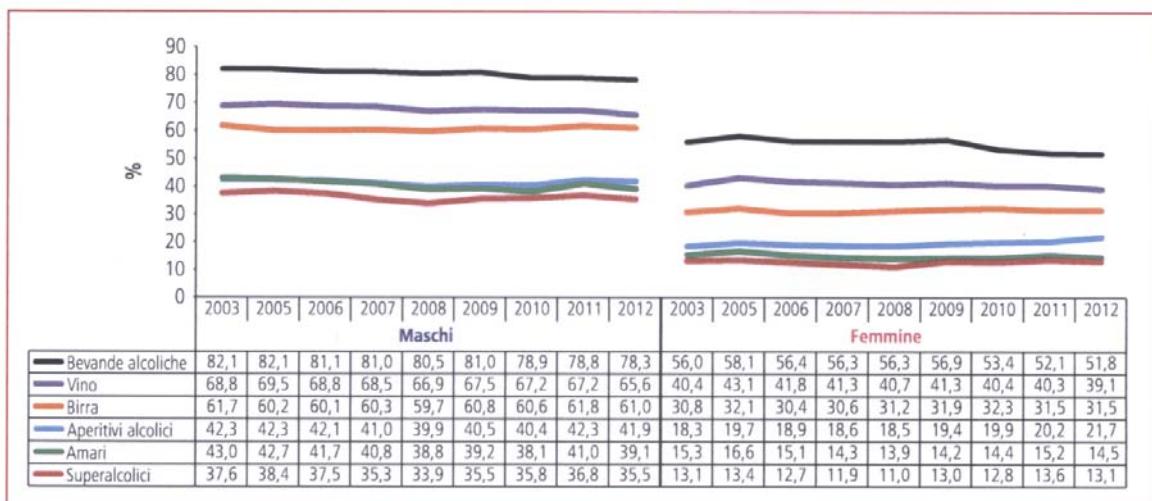
Le politiche del Ministero della salute per la riduzione del consumo dannoso di alcol sono state recentemente implementate nell'ambito del Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2010-2013, con l'attuazione di numerosi progetti di ambito sia nazionale sia regionale per la riduzione delle diverse categorie di consumatori a rischio, con particolare riferimento ai giovani, alla guida e alla sicurezza nei luoghi di

lavoro. Tale impostazione sarà riproposta nel nuovo PNP 2014-2018.

4.4.2. Rappresentazione dei dati

Consumi e modelli di consumo nella popolazione generale. L'Osservatorio Nazionale Alcol (ONA) dell'ISS-CNESPS (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute) stima che nel 2012 abbiano consumato almeno una bevanda alcolica quasi 35 milioni di individui di età superiore a 11 anni, con prevalenza notevolmente maggiore tra gli uomini (78,3%) rispetto alle donne (51,8%). Tra il 2003 e il 2012 l'ONA ha rilevato una riduzione della percentuale di consumatori di almeno una bevanda alcolica sia tra gli uomini sia tra le donne (-3,8 e -4,2 punti percentuali, rispettivamente), mentre nel corso del 2013 i valori di prevalenza sono rimasti pressoché stabili; in particolare, rispetto al 2003 si registra una diminuzione della prevalenza dei consumatori di vino per entrambi i sessi, una diminuzione della prevalenza dei consumatori di amari e superalcolici tra gli uomini e un incremento di 3,4 punti percentuali della prevalenza delle consumatrici di aperitivi alcolici (*Figura 4.11*). Nel 2012 i consumatori di vino sono stati pari al 51,9%, con marcata differenza di genere (maschi 65,6%; femmine 39,1%); i consumatori di birra sono stati il 45,8%, con una prevalenza tra gli uomini pari al 61,0%, quasi doppia rispetto a quella delle donne (31,5%); i consumatori di aperitivi alcolici sono il 31,5% (maschi 41,9%; femmine 21,7%), quelli di amari il 26,3% (maschi 39,1%; femmine 14,5%) e quelli di liquori e superalcolici il 23,9% (maschi 35,5%; femmine 13,1%). Il consumo al di fuori dei pasti ha riguardato nel 2012 il 37,2% degli uomini e il 15,6% delle donne, pari a oltre 14 milioni di persone di età superiore a 11 anni. Nell'anno 2000, nella popolazione di età maggiore o uguale a 14 anni, è stato registrato un significativo aumento della prevalenza sia tra gli uomini (+3,4 punti percentuali) sia tra le donne (+3,6 punti percentuali). Il *binge drinking*, consumo eccessivo, anche occasionale, concentrato in un arco ristretto di tempo, ha riguardato

Figura 4.11. Prevalenza (%) di consumatori (età ≥ 11 anni) delle diverse bevande alcoliche per genere (2003, 2005-2012).



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Istat Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana – Anno 2003; 2005-2012.

l'11,1% degli uomini e il 3,1% delle donne, pari a circa 3.750.000 persone di età superiore a 11 anni, con valori massimi tra i giovani 18-24 anni (maschi 20,1%; femmine 9,1%).

Consumatori a rischio. Secondo lo specifico indicatore adottato dall'ISS sono da considerare consumatori a rischio i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 g di alcol (2-3 unità alcoliche standard), le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 g (1-2 unità alcoliche), gli anziani e i giovani di 16-18 anni il cui consumo supera l'unità alcolica giornaliera, gli adolescenti al di sotto dei 16 anni che non si astengono totalmente dall'alcol e i *binge drinkers*. La prevalenza dei consumatori a rischio elaborata attraverso tale indicatore nel 2012 è stata pari al 21,7% degli uomini e al 6,4% delle donne di oltre 11 anni, per un totale di circa 7.400.000 individui (maschi 5.600.000 e femmine 1.800.000).

Le prevalenze dei consumatori a rischio mostrano un diverso andamento in relazione alla ripartizione territoriale di residenza e al sesso degli intervistati.

Consumi e modelli di consumo nella popolazione giovanile. Considerando la popolazione tra gli 11 e i 25 anni, nel 2012 hanno

consumato almeno una bevanda alcolica il 53,5% dei ragazzi e il 41,1% delle ragazze. Le più elevate prevalenze di consumatori si registrano tra i maschi per la birra (46,8%) e tra le femmine per gli aperitivi alcolici (29,8%). Circa 1 ragazzo su 3 e 1 ragazza su 4 hanno dichiarato consumi fuori pasto, mentre il 13,7% dei maschi e il 5,9% delle femmine dichiarano di aver praticato il *binge drinking*. Complessivamente, nel 2012 i giovani di 11-25 anni con consumi a rischio secondo il criterio ISS sono stati quasi 1.200.000, pari al 17,6% dei ragazzi e al 9,0% delle ragazze, senza differenze significative rispetto agli ultimi anni (Tabella 4.1). In particolare, tra i ragazzi di 11-17 anni, per i quali vige il divieto di vendita e somministrazione di bevande alcoliche, il 22,0% dei maschi e il 17,3% delle femmine hanno bevuto almeno una bevanda alcolica e tra quelli di 18-20 anni, per i quali è prescritto un tasso alcolemico alla guida pari a zero, il 45,9% dei maschi e il 34,9% delle femmine hanno bevuto alcolici lontano dai pasti e il 19,2% dei maschi e il 9,4% delle femmine si sono ubriacati almeno una volta.

Consumi tra gli anziani. Nel 2012 il 59,9% degli ultra65enni ha consumato almeno una bevanda alcolica, con una marcata differenza

Tabella 4.1. Prevalenza consumatori (%) di età 11-25 anni per tipologia di consumo e genere (Anno 2012)

Tipologia di consumo	11-17 anni*		18-20 anni†		21-25 anni		Totale	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Consumatori di bevande alcoliche	22,0%	17,3%	73,7	57,4	82,9	63,5	53,5	41,1
Consumatori di vino	7,5%	5,2%	40,9	24,1	56,8	33,2	31,3	18,5
Consumatori di birra	16,8	10,5	66,2	36,6	74,6	41,5	46,8	26,3
Consumatori di aperitivi alcolici	12,4%	11,6%	51,4%	44,6%	61,8	45,6	37,3	29,8
Consumatori di amari	5,9	2,8	31,2	15,7	46,7	17,9	25,1	10,6
Consumatori di superalcolici	7,4%	4,8%	38,8	25,8	49,5	26,3	28,3	16,4
Consumatori di alcolici fuori pasto	10,6%	7,0%	45,9	34,9	55,4	36,5	33,2	22,7
Consumatori <i>binge drinking</i>	4,9	2,2	19,2	9,4	21,9	8,7	13,7	5,9
Consumatori a rischio-criterio ISS	12,2%	8,4%	19,9	10,1	23,5	9,3	17,6	9,0

*Età minima legale per la somministrazione o la vendita di bevande alcoliche.

†Età minima legale con tasso alcolemico alla guida pari a 0.

Non esiste una differenza statisticamente significativa di genere (IC 95%).

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Istat Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana – Anno 2012.

di genere (maschi 79,6%; femmine 45,2%); la prevalenza dei consumatori è stata massima per il vino (maschi 75,5%; femmine 40,9%), con valori doppi rispetto alla prevalenza dei consumatori di birra per entrambi i sessi (maschi 41,7%; femmine 15,3%). Nel 2012 gli anziani di oltre 65 anni con consumi superiori a 1 unità alcolica giornaliera, da considerare a rischio secondo il criterio ISS, sono stati oltre 2.850.000, di cui 2.140.000 uomini e 710.000 donne, pari, rispettivamente, al 40,7% e 10,1% del totale di questa fascia di età (*Tabella 4.2*).

4.4.3. Esposizione e valutazione critica dei dati

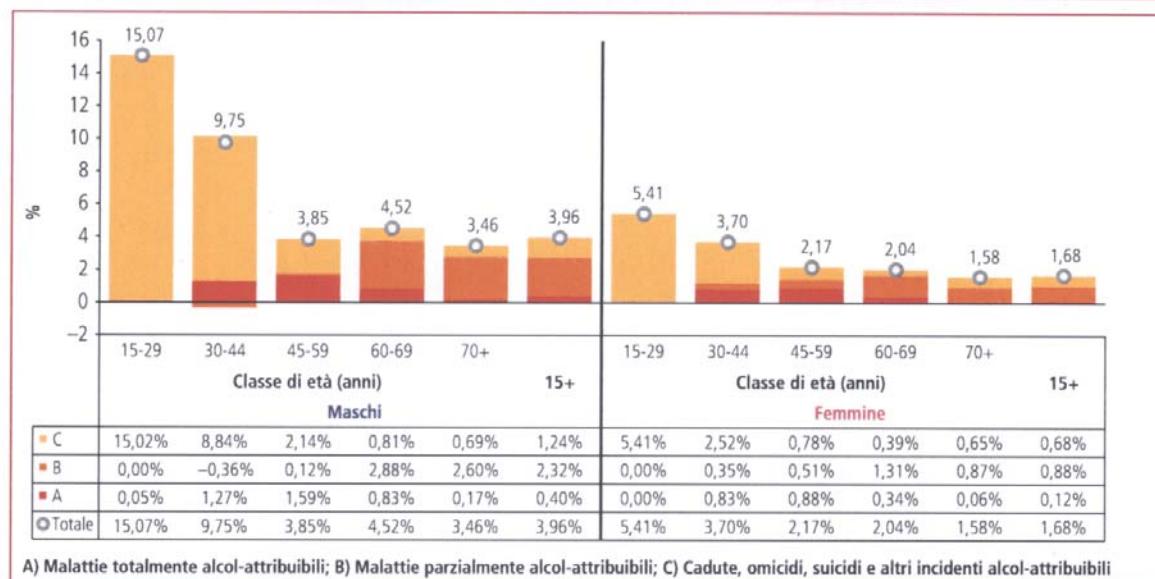
I dati dell'ultimo decennio confermano l'avvenuto consolidamento nel nostro Paese di nuovi comportamenti di consumo alcolico lontani dal tradizionale modello mediterraneo. Mentre resta relativamente stabile la percentuale dei consumatori di bevande alcoliche, diminuisce infatti tra essi la percentuale di persone con consumi quotidiani e moderati, incentrati prevalentemente sul vino, soprattutto tra i giovani e i giovani adulti e

Tabella 4.2. Prevalenza consumatori (%) di età ≥ 65 anni per tipologia di consumo e genere (Anno 2012)

Tipologia di consumo	65-74 anni		75-84 anni		≥ 85 anni		Totale	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
Consumatori di bevande alcoliche	82,7	51,1	76,7	41,8	70,6	35,4	79,6	45,2
Consumatori di vino	78,1	44,6	72,9	39,5	68,6	33,0	75,5	40,9
Consumatori di birra	50,1	21,6	33,3	11,4	19,5	5,7	41,7	15,3
Consumatori di aperitivi alcolici	26,6	9,0	13,9	4,8	10,4	1,6	20,9	6,3
Consumatori di amari	32,7	10,5	23,1	6,6	13,1	4,2	27,7	8,1
Consumatori di superalcolici	28,9	7,1	17,2	4,1	10,6	3,2	23,3	5,4
Consumatori di alcolici fuori pasto	28,3	7,7	19,7	4,2	12,9	3,2	24,0	5,7
Consumatori <i>binge drinking</i>	4,9	1,2	3,0	0,6	1,1	0,5	3,9	0,8
Consumatori a rischio-criterio ISS	42,9	11,6	39,2	9,3	32,3	7,4	40,7	10,1

Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati dell'Indagine Istat Multiscopo sulle famiglie – Aspetti della vita quotidiana – Anno 2012.

Figura 4.12. Percentuale dei decessi alcol-attribuibili rispetto al totale dei decessi per sesso e classe di età (Anno 2010).



Fonte: Elaborazioni ONA-CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati mortalità Istat 2010 e Indagine multiscopo sulle famiglie 2010.

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. Complessivamente, nel 2012 il consumo a rischio interessa tutte le fasce d'età per un totale di oltre 7.400.000 persone, di cui quasi 1.200.000 sono soggetti tra gli 11 e i 25 anni. I rischi derivanti dai nuovi modelli di consumo si sommano a quelli correlati al consumo tradizionale, che riguardano soprattutto gli anziani di sesso maschile, tra i quali il consumo quotidiano ai pasti, prevalentemente di vino, 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 maschile, 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 correla a circostanze quali la guida, le attività lavorative, la ricerca del divertimento nelle ore notturne (*Figura 4.12*). Dunque, il consumo di

alcol deve essere considerato sempre più un comportamento da tenere sotto controllo tramite una regolamentazione ad ampio raggio, che investa aspetti diversi quali la pubblicità, l'imposizione di limiti legali al tasso alcolemico e al consumo in particolari circostanze, la disponibilità dell'alcol per i giovani, la diffusione di corrette informazioni. Anche la normativa vigente richiede una più efficace applicazione, in particolare quella finalizzata alla protezione dei giovani tramite i divieti di vendita e somministrazione e la prescrizione di un tasso alcolemico pari a zero alla guida.

Bibliografia essenziale

- Istat. Statistiche Report. L'uso e l'abuso di alcol in Italia – Anno 2012
- Ministero della salute. Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125. Roma, 2013
- Scafato E, Gandin C, Galluzzo L, et al.; Gruppo di Lavoro CSDA (Centro Servizi Documentazione Alcol) [Ed]. Epidemiologia e monitoraggio alcol-correlato in Italia e nelle Regioni. Valutazione dell'Osservatorio Nazionale Alcol-CNESPS sull'impatto del consumo di alcol ai fini dell'implementazione delle attività del Piano Nazionale Alcol e Salute. Rapporto

to 2014. Roma: Istituto superiore di sanità, 2014 (Rapporti ISTISAN 14/1)
Scafato E, Ghirini S, Galluzzo L, et al. Fattori di rischio,

stili di vita e prevenzione: consumo di alcol. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore, 2014 (Rapporto Osservasalute 2013)

4.5. Abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope

4.5.1. Quadro programmatico

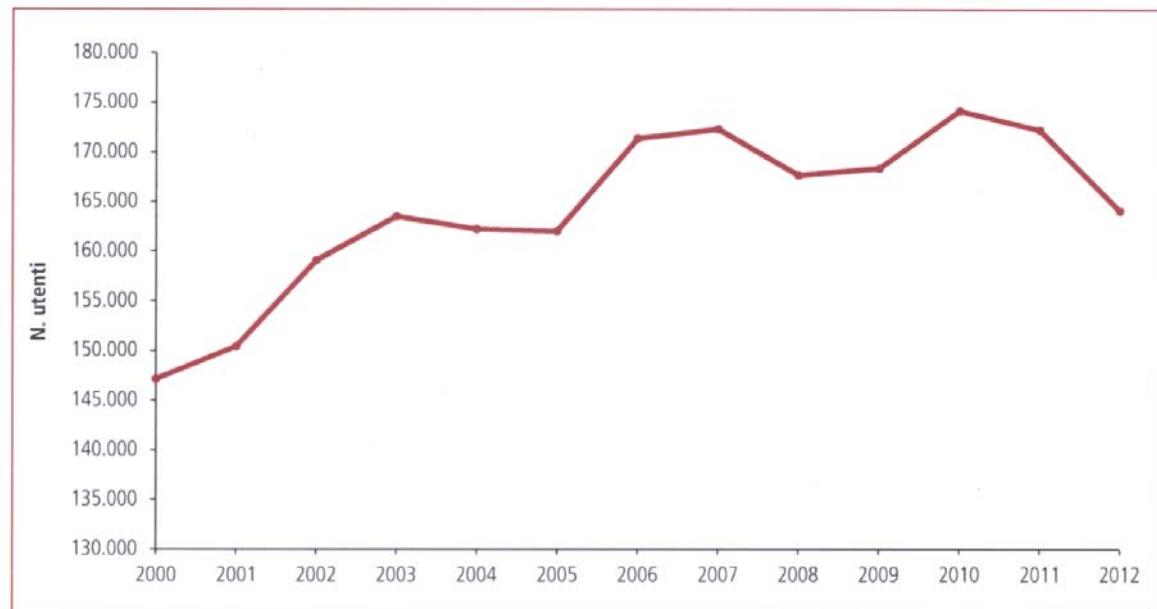
Tossicodipendenza. L'uso/abuso di sostanze stupefacenti e gli stili di vita connessi rappresentano in Italia un problema di salute pubblica, sia per gli effetti diretti sui soggetti consumatori sia per la popolazione generale non direttamente esposta. Si ritiene prioritario attivare una maggiore concertazione e coordinamento degli obiettivi fra tutte le Istituzioni centrali, regionali e locali, pubbliche e private coinvolte, sulla base del Piano di Azione Nazionale Antidroga (2010-2013) del Dipartimento Politiche Antidroga (DPA - PDCM), al fine di rendere più efficaci e coordinate le politiche di contrasto alla droga, tenendo conto delle diversità e delle autonomie territoriali.

In particolare, è necessario:

- implementare gli interventi di prevenzione basati su prove di efficacia, articolati in interventi “universali” diretti alla popolazione generale privilegiando quelli “selettivi” diretti ai target più vulnerabili;
- razionalizzare le modalità di diagnosi e presa in carico precoce soprattutto dei consumatori minorenni, occasionali o periodici, creando percorsi e programmi di intervento più tempestivi e differenziati per tipologie di pazienti, in relazione anche al policonsumo (nuove sostanze stupefacenti, alcol e farmaci psicotropi non prescritti) e alle eventuali dipendenze correlate;
- implementare la collaborazione e il coordinamento fra servizi sociosanitari, mantenendo le specificità sulle dipendenze, per garantire tutte le prestazioni necessarie per una globale tutela della salute dei soggetti tossicodipendenti interessati (comorbilità psichiatrica, malattie infettive ecc.), con particolare riguardo alle persone recluse;
- implementare la sorveglianza della comparsa di nuove sostanze psicoattive, tramite il Sistema Nazionale di Allerta Precoce coordinato dal DPA;
- implementare programmi di formazione e conoscenza sui nuovi trend di assunzione, sugli interventi basati su prove di efficacia (prevenzione, cura e riabilitazione), sulla valutazione degli esiti dei trattamenti anche in relazione ai costi e ai benefici.

Abuso di alcol. Lo schema del Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013 ha individuato 6 obiettivi prioritari da perseguire nel triennio per il contrasto dell'abuso di alcol. Fra essi assumono particolare rilievo l'identificazione precoce e l'intervento breve sui soggetti a rischio nella medicina di base e nei contesti lavorativi, nonché la disponibilità di appropriati trattamenti in grado di garantire per i soggetti alcoldipendenti la continuità della presa in carico e l'integrazione delle necessarie prestazioni sanitarie e sociali. Il PNP 2010-2013 ha consentito l'implementazione a livello nazionale e regionale di politiche e interventi finalizzati alla riduzione dei consumi alcolici a maggiore rischio quali il consumo fuori pasto, il *binge drinking*, il consumo prima della guida e sui luoghi di lavoro, il consumo dei giovani. Nell'ambito dei Piani Regionali di Prevenzione (PRP) elaborati dalle Regioni per l'implementazione del Piano Nazionale è stato realizzato un buon numero di progetti/programmi di interesse alcolologico, soprattutto per la prevenzione degli incidenti stradali e di quelli sul lavoro. Questo approccio sarà consolidato nei prossimi anni con l'avvio del nuovo PNP per gli anni 2014-2018, attualmente in fase di predisposizione, in cui si prevedono interventi di ampio respiro anche per la prevenzione del consumo pesante e dell'al-

Figura 4.13. Utenti dei servizi pubblici per le tossicodipendenze.



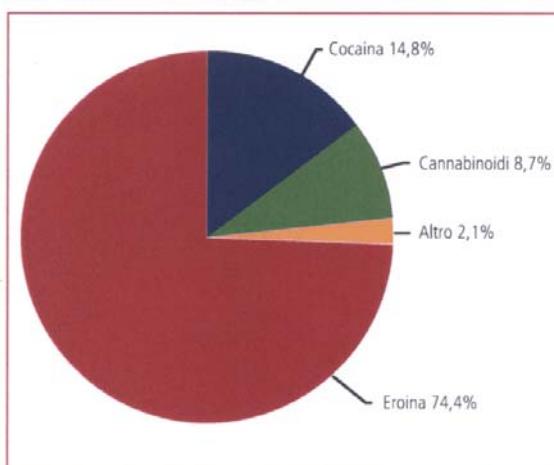
Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della salute.

coldipendenza. Le Regioni proseguono il loro impegno per il contrasto dei problemi alcol-correlati curando in particolare la programmazione delle attività di prevenzione e trattamento, adottando modelli di approccio intersetoriale e interdisciplinare secondo gli orientamenti dei Piani e Programmi nazionali.

4.5.2. Rappresentazione dei dati

Tossicodipendenza. Relativamente alle sostanze d'abuso, nel corso del 2012 sono stati presi in carico 164.101 (172.211 nel 2011) [Figura 4.13] pazienti con problemi di sostanze d'abuso, con una copertura dei Servizi superiore al 90%. La sostanza d'abuso per cui la richiesta di trattamento è più diffusa è l'eroina (74,4% dei pazienti), seguita dalla cocaina (14,8%) e dai cannabinoidi (8,7%) [Figura 4.14]. I soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento nel 2012 sono stati 30.169 (nel 2011 erano 33.679), con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 6,1 anni (oscillante tra i 4 e gli 8 anni), differenziato per sostanza d'abuso. L'età media dei nuovi utenti è circa 34,4

Figura 4.14. Utenti distribuiti per sostanza stupefacente d'abuso primaria (Anno 2012).



Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della salute.

anni, con un arrivo più tardivo rispetto agli anni precedenti. Questo significa che vi è un aumento del tempo fuori trattamento, con tutti i rischi che ne conseguono. Le patologie infettive correlate maggiormente presenti nei pazienti in trattamento (dati 2011) sono l'infezione da HIV (prevalenza totale 8,3%), le infezioni da virus dell'epatite B (33,4%) e dell'epatite C (54,0%). Pur considerando la bassa percentuale dei test ese-

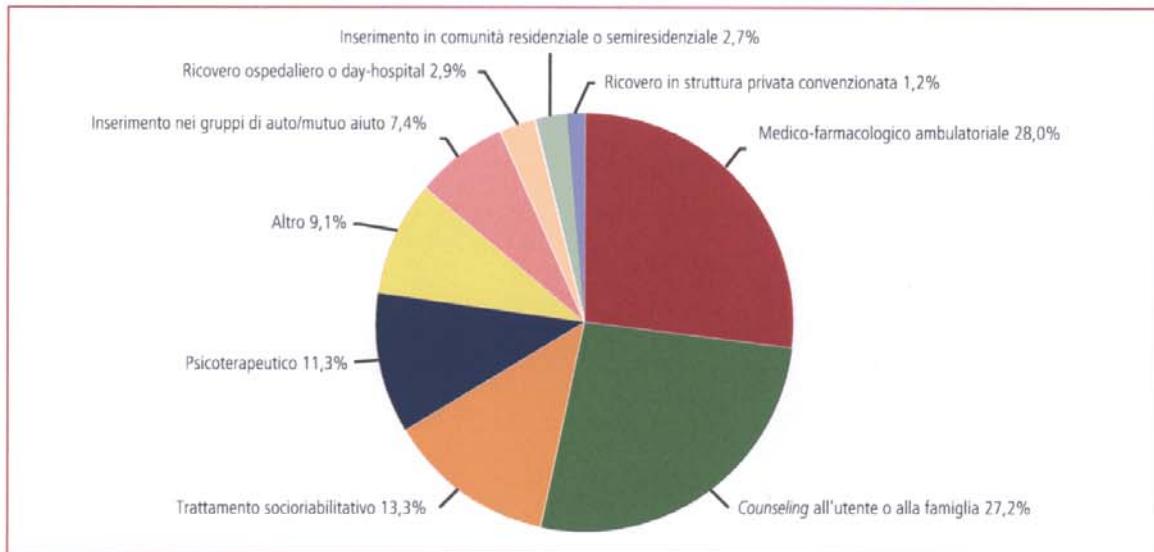
guiti, la prevalenza media nazionale dei soggetti testati con positività per l'HIV risulta pari all'8,3%, con percentuali differenziate nel seguente modo: 12,2% nelle femmine e 7,7% nei maschi, mentre per i nuovi utenti è l'8,7% nelle femmine e il 5,5% nei maschi (dati 2011). Con riferimento alla situazione osservata nel 2011, si è potuto determinare che vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento presso i Servizi per le principali infezioni quali quelle da HIV, HCV e HBV. La percentuale nazionale media di utenti non sottoposti al test per l'HIV è risultata del 69,5% con grave compromissione dei programmi di diagnosi precoce. Si registra ormai da tempo un trend in decremento dei decessi droga-correlati, con un maggiore decremento dell'andamento in Italia rispetto al trend europeo. Nel 1999 i decessi sono stati 1.002, nel 2012 sono stati 390 (Fonte: Ministero dell'interno – DCSA). Si evidenzia anche un aumento dell'età media del decesso da 32 anni del 1999 a 37 anni del 2012. L'eroina risulta la prima sostanza (45%) responsabile delle morti per overdose; la seconda è la cocaina (11%). Negli ultimi anni si sta registrando un sempre più marcato spostamento dell'offerta di commercializzazione delle sostanze illecite attraverso Internet. A questo proposito, il Sistema d'Allerta Nazionale del DPA ha già individuato una serie di nuove sostanze presenti anche sul territorio italiano estremamente pericolose per la salute attivando, tramite il Ministero della salute, opportune forme di prevenzione e contrasto.

Abuso di alcol. Secondo le stime dell'ISS, nel 2012 la prevalenza dei consumatori a rischio nel nostro Paese è pari al 21,7% degli uomini e al 6,4% delle donne di età superiore a 11 anni, per un totale di oltre 7.400.000 individui, di cui 5.600.000 maschi e 1.800.000 femmine. Le percentuali più elevate di persone con consumi a rischio si registrano nella classe di età 65-74 anni (maschi 42,9%; femmine 11,6%) e in quella di oltre 75 anni (maschi 37,7%; femmine 8,7%), seguite da quella tra i 18 e i 24 anni (maschi 21,2%; femmine 9,5%). Il *binge drinking* riguarda l'11,1% degli uomini e il

3,1% delle donne di oltre 11 anni, per un totale di circa 3.750.000 persone, con i valori massimi tra i giovani di 18-24 anni (maschi 20,1%; femmine 9,1%). Nel 2012 sono stati presi in carico presso i presidi alcologici territoriali del SSN 69.770 alcoldipendenti (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 anni nelle femmine. I giovani di età inferiore ai 30 anni rappresentano il 9,1% dell'utenza totale, ma i nuovi utenti di questa classe di età sono il 13,7%. Nell'ambito dei presidi citati il 28% degli utenti è stato sottoposto a trattamenti medico-farmacologici ambulatoriali, il 27,2% a *counseling* personale o familiare, il 13,3% a trattamento socioriusabilitativo, l'11,3% a trattamenti psicoterapeutici individuali (7,8%) e di gruppo/familiari (3,5%), il 7,4% è stato inserito in gruppi di auto/mutuo aiuto e il 2,7% in comunità di carattere residenziale o semiresidenziale (*Figura 4.15*). 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 e trova riscontro, sebbene con andamenti meno lineari, anche a livello delle singole Regioni (*Tabella 4.3*). Nel 2012 la spesa farmaceutica complessiva a carico del SSN per i medicinali impiegati nel trattamento dell'alcol-dipendenza ammonta a 7.048.505 euro, con una diminuzione del 10% rispetto al 2011. 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.

Tossicodipendenza: casi esaminati dai Centri Antiveleli. Il Sistema Informativo Nazionale per la Sorveglianza delle Esposizioni Pericolose e delle Intossicazioni (SIN-SEPI), basato sui casi esaminati dai Centri Antiveleli, rileva ogni anno circa 900 casi esposti a varie tipologie di sostanze a fini di abuso. Tra questi pazienti, circa il 40% ha assunto droghe da strada e/o agenti psi-

Figura 4.15. Utenti dei servizi o gruppi di lavoro per programma di trattamento (percentuale calcolata sul totale dei soggetti trattati) [Anno 2012].



Fonte: Ministero della salute – Direzione Generale della Prevenzione – Ufficio VII.

Tabella 4.3. Distribuzione regionale dei tassi di ospedalizzazione per diagnosi* totalmente alcol-attribuibili (dimessi per 100.000 abitanti) [Anni 2002-2012]

Regione	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Piemonte	178,6	168,2	169,5	168,5	171,4	174,1	162,6	157,8	159,4	150,9	137,7
Valle d'Aosta	560,5	459,8	514,6	444,4	366,2	413,4	378,6	369,9	314,4	290,1	349,1
Lombardia	220,1	204,6	193,4	179	169,3	156	138,5	130,3	122,1	116	108,6
PA di Bolzano	426,6	420,9	510,8	493,4	467,8	487,6	461	389,9	344	316,7	307,5
PA di Trento	357,6	349	331,9	308,7	302,3	278,7	261,8	253,2	189,8	205,3	186,3
Veneto	251,6	244,8	232,2	212	188	170,3	167,3	150,7	141,1	132,3	125,6
Friuli Venezia Giulia	283,7	264	255,6	268	256	248,1	228,5	220,8	215,8	209,3	206,2
Liguria	272,7	250,6	241,7	237,6	228,1	223,6	213,4	202,8	182,9	175,7	171,2
Emilia Romagna	184,5	176,9	179,5	177,5	167,9	165,6	162,8	158,6	152,6	149,4	149,3
Toscana	149,8	138,9	139,7	124,8	112	115,9	108,6	108,9	100,7	97,4	101,2
Umbria	119,1	125	115,9	112,5	113,3	108,1	107,5	98,4	96	94,7	94,7
Marche	203,6	194,7	189,5	189,6	176	176,7	167,3	160,2	160	143,2	150
Lazio	146,1	143	142,7	142,2	148	123,8	115,2	107,6	111	96,7	96,4
Abruzzo	259,4	259,6	250,7	235,9	234,4	211,4	163,9	129,3	119	121,1	113,4
Molise	286,8	274,7	242,5	218,4	220,3	229	201,7	180,8	163,6	150,4	128,7
Campania	93,5	82,7	86,9	87,1	93,4	88,8	86,1	81,5	74,2	72	70,1
Puglia	123,7	113,5	111,1	109,6	115,6	111,5	105,3	100,5	99,8	89,8	90,5
Basilicata	164	153,1	159	146,5	146,3	130,7	137,6	129,7	135,2	126	106,8
Calabria	149,8	144,8	138,5	132,3	134,7	123,5	114,8	106,6	99,4	93,2	88,4
Sicilia	85,7	84,5	86	79	83,4	77,4	69	68,8	67	62,4	56,5
Sardegna	205,2	195,2	198	210,3	202,8	207,4	188,4	171,2	179	181,6	187
Italia	177,1	167,9	165,5	159	154,9	147	137	129,1	123,6	117	113,3

*Sono state considerate sia la diagnosi principale sia le secondarie.

Fonte: Ministero della salute – Scheda di Dimissione Ospedaliera.

cotropi. Con specifico riferimento a questo sottogruppo, nel periodo 2009-2012 sono stati osservati 1.534 casi. Le esposizioni più frequentemente rilevate sono state: cocaïna (40%), cannabinoidi (19%), oppio e oppiacei (17%), ketamina (8%), 3,4-metilenediossimetanfetamina (5%). La fonte di dati disponibile costituisce una base informativa per seguire l'andamento del fenomeno e segnalare eventuali problematiche emergenti.

Uso di sostanze a scopo di doping. La Commissione per la Vigilanza e il Controllo sul Doping e per la tutela della salute nelle attività sportive (CVD) è stata istituita in attuazione dell'art. 3 della legge n. 376/2000 e opera presso il Ministero della salute. La CVD effettua controlli antidoping "in" e "fuori" gara nei settori dilettantistici e giovanili su atleti selezionati nell'ambito di specifici eventi sportivi individuati dalla Commissione stessa. Le informazioni derivanti dai risultati dei controlli antidoping, dalla rilevazione dei farmaci non vietati per doping assunti e dichiarati dagli atleti durante i controlli e dalla rilevazione (in collaborazione con i NAS dei Carabinieri) dell'attività giudiziaria in riferimento al contrasto dell'attività illecita secondo la legge n. 376/2000, vengono elaborate e raccolte in un report denominato *Reporting System* redatto su mandato della CVD dall'ISS. Dai risultati dei controlli emerge come vi sia una correlazione tra utilizzo di sostanze doping e sostanze stupefacenti/psicotrope. Nel 2012 la CVD ha effettuato controlli antidoping su 351 eventi sportivi, per un totale di 1.521 atleti sottoposti ad accertamento antidoping. Complessivamente sono risultati positivi 52 casi, pari al 3,4% degli atleti monitorati. Il 48,0% degli atleti risultati positivi aveva assunto sostanze vietate secondo quanto previsto sia dalla legge n. 376/2000 sia dalla legge n. 309/1990. In particolare, gli atleti sono risultati positivi alla cannabis (36,5%), alla cocaïna (3,8%), a un'associazione di cocaïna e cannabis (3,8%), a un'associazione di MDMA (metilenediossimetanfetamina o ecstasy) e MDA (metilenediossiamfetamina) [1,9%], alla catina (1,9%).

4.5.3. Esposizione e valutazione critica dei fenomeni rappresentati dai dati

Tossicodipendenza. Dall'analisi dei dati si rilevano alcune criticità che necessitano di iniziative interistituzionali integrate mirate a superarle. La rete di finte farmacie, drugstore e siti di e-commerce fa sì che acquistare sostanze illecite risulti drammaticamente veloce ed economico, consentendo di bypassare le prescrizioni mediche; ciò ostacola la fondamentale fase di monitoraggio dei rischi, e in generale delle conseguenze della loro somministrazione. L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha analizzato il trend dei farmaci per il sistema nervoso centrale e, nel corso del 2013, ha dedicato particolare attenzione alle differenze di genere e agli anziani allo scopo di migliorare l'appropriatezza prescrittiva e la conoscenza dei pericoli derivanti da un'assunzione non corretta dei medicinali. Inoltre, si riscontra ritardo di diagnosi precoce di uso di sostanze soprattutto nelle giovani generazioni e conseguentemente ritardo di accesso delle persone tossicodipendenti ai servizi di cura e riabilitazione. Infine, vi è un'alta percentuale di NO Testing da parte dei SerT, oltre a un ridotto screening per le patologie infettive droga-correlate, in particolare HIV.

Abuso di alcol. Il passaggio dal tradizionale modello di consumo mediterraneo, caratterizzato da consumi quotidiani e moderati di vino durante i pasti, a un modello più articolato, che prevede la presenza crescente di consumi fuori pasto, spesso in quantità elevate, di bevande a elevata gradazione alcolica, ha accresciuto nella popolazione italiana l'esposizione al rischio di problemi alcol-correlati e di alcoldipendenza. I rischi derivanti dalle nuove modalità di bere mettono a repentaglio più facilmente, oltre alla salute del singolo bevitore, anche la sicurezza sociale, soprattutto quando il consumo di alcol avviene in situazioni e contesti particolari quali la guida o lo svolgimento di attività lavorative. L'esposizione al rischio riguarda categorie di persone molto diverse, quali giovanissimi *binge drinkers*, adulti con frequenti consumi fuori pasto, anziani con consumo quotidiano

di vino in quantità eccessive. Il consumo alcolico dei giovani deve essere monitorato con particolare attenzione, in quanto può comportare non solo conseguenze patologiche molto gravi quali l'intossicazione acuta e l'alcoldipendenza, ma anche gravi problemi sul piano psicologico e sociale. Per prevenire tali danni devono essere attivati adeguati interventi in contesti significativi quali la scuola e i luoghi della socializzazione. Per la protezione dei più giovani un ruolo cruciale rivestono anche i settori della distribuzione e vendita delle bevande alcoliche, ai fini di una corretta applicazione del divieto di somministrazione e vendita di bevande alcoliche ai minori di 18 anni, recentemente introdotto con la legge 8 novembre 2012 n. 189. Il consumo alcolico femminile continua a richiedere grande attenzione, poiché, pur restando ancora molto meno diffuso di quello maschile, nell'ultimo decennio ha tuttavia registrato una significativa crescita dei consumi fuori pasto e del *binge drinking*. Le persone anziane, nelle quali

il modello di consumo tradizionale non sempre si accompagna alla rigorosa moderazione richiesta dall'età, devono essere aiutate a superare le difficoltà soprattutto culturali che ostacolano l'adeguata percezione dei rischi alcol-correlati, anche promuovendo un'adeguata formazione degli operatori sociosanitari interessati.

Bibliografia essenziale

Istat. L'uso e l'abuso di alcol in Italia – Anno 2012. 18 aprile 2013

Ministero della salute. Relazione del Ministro della salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 “Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati”. Roma, 2013

Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze 2013. Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) istituito con decreto del Ministro della salute, 11 giugno 2010

4.6. Dipendenza patologica da gioco d'azzardo

4.6.1. Quadro programmatico

Da alcuni anni, accanto allo scenario di uso/abuso di sostanze (droghe, psicofarmaci, alcol, tabacco) si va profilando la crescente diffusione della cosiddetta dipendenza “*sine substantia*” ovvero il gioco d'azzardo patologico (GAP). Si tratta di un quadro clinico che ha in comune con la dipendenza da sostanze il comportamento compulsivo, che produce effetti sulle relazioni sociali e/o sulla salute seriamente invalidanti. Questa patologia è in espansione, anche se non vi sono dati precisi al riguardo, 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.

In questo senso si segnala l'attivazione del “Progetto Gambling” da parte del Dipartimento per le Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPA) in collaborazione anche con il Ministero della salute,

che prevede, tra l'altro, la realizzazione di indagini epidemiologiche su tutto il territorio nazionale (indagine SPS e indagine GPS), i cui risultati sono riportati nella Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.

Il gioco d'azzardo, di per sé non patologico, può tuttavia diventarlo, assumendo la connotazione di un vero e proprio disturbo psichiatrico, così come ufficialmente riconosciuto dall'*American Psychiatric Association* nel 1980; nel 1994, il GAP è stato classificato nel DSM-IV come “disturbo del controllo degli impulsi”. 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 Disease)* dell'OMS lo ha inserito tra i “disturbi delle abitudini e degli impulsi”.

Quindi, il GAP è, a tutti gli effetti, una dipendenza patologica a volte anche con cor-

relati psichiatrici. In ambito clinico, infatti, è dimostrata in letteratura la comorbilità con altre patologie quali depressione, ipomania, disturbo bipolare, impulsività, abuso di sostanze (alcol, tabacco, sostanze psicoattive illegali), disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, istrionico, borderline), deficit dell'attenzione con iperattività, disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia e altri disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa ecc.). Secondo il DSM-IV, la prevalenza tra la popolazione adulta del GAP varia dall'1,0% al 3,0% della popolazione, con una maggiore diffusione tra familiari e parenti di giocatori. Non esistendo una rilevazione istituzionale sistematica non è possibile, allo stato attuale, tracciare un profilo tipico del giocatore patologico.

Per quanto riguarda il quadro legislativo, si fa riferimento alla 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), che, agli artt. 5 e 7, prevede una serie di norme riguardanti il GAP e in particolare l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da ludopatia. La predetta legge ha inoltre istituito l'Osservatorio Nazionale per il GAP presso l'Agenzia dei Monopoli e delle Dogane che si è insediato nel marzo del 2013 e nello stesso anno ha emanato, su proposta del DPA, il Piano d'Azione Nazionale sul GAP (PAN-GAP), che ha il compito di valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave. Il PAN-GAP si articola in una serie di azioni di prevenzione ritenute efficaci in base alle evidenze scientifiche e alle condizione critiche rilevate nel nostro Paese ed è uno strumento di programmazione generale indispensabile per poter coordinare gli interventi su tutto il territorio nazionale e indirizzare in maniera più coordinata e sostenibile le varie progettualità che possono essere messe in campo dalle organizzazioni operanti nel settore e aventi diversi livelli di competenze e responsabilità (Amministrazioni centrali, Ammi-

nistrazioni regionali e delle Province Autonome, Comuni, Organizzazioni del privato sociale accreditato, dell'industria dell'intrattenimento e della ricerca). L'obiettivo è creare una base semantica comune e una serie di indirizzi utili ai quali ogni Ente o organizzazione, ciascuno per la propria competenza e responsabilità, può far riferimento per sviluppare azioni e progetti finalizzati coerenti con le linee comuni. Il PAN-GAP prevede alcune azioni prioritarie tra le quali si citano:

- la realizzazione di *help line* telefoniche per ogni Regione (coordinate in un network nazionale);
- la preparazione e divulgazione di materiali informativi di base (es. poster permanenti, depliant, quaderni interattivi per minori, *roll-up* di prevenzione, vele informative, kit di prevenzione in formato digitale), scientificamente accreditati per vari settori (scuole, associazioni ecc.);
- la definizione e applicazione di indicazioni utili per ridurre l'impatto pubblicitario incentivante il gioco sulla popolazione vulnerabile e l'accessibilità alle slot machine e alle altre forme di scommesse o lotterie;
- la regolamentazione delle condizioni ambientali dei punti e delle sale gioco, in modo da consentire una corretta areazione, illuminazione e condizioni di microclima al pari degli altri esercizi pubblici (bar e ristoranti);
- la diffusione di totem interattivi per test di autovalutazione del rischio e informazioni di base;
- il riorientamento degli sportelli già esistenti, ove opera uno psicologo o altro operatore esperto nelle dipendenze (per la scuola: sportelli CIC, DPR 309/1990, art. 106), anche per le problematiche legate al GAP, al fine di attivare programmi di *“early detection”* delle persone vulnerabili;
- l'attivazione di interventi per la prevenzione dell'usura correlata al GAP.

Da studi eseguiti dal DPA e riportati nella Relazione al Parlamento emerge una forte correlazione del GAP con l'uso/abuso di sostanze stupefacenti e con l'uso/abuso di alcol e tabacco e viene evidenziato come le persone