

**Associazione
"Amici del Day Hospital Oncologico di Guastalla"
O.N.L.U.S.**

REGGIOLO

NOVELLARA

POVIGLIO

LA PREVENZIONE IN ONCOLOGIA

5 maggio 2007

LUZZARA

BRESCELLO

BORETTO

GUASTALLA

GUALTIERI



AZIENDA
UNITÀ
SANITARIA
LOCALE
REGGIO
EMILIA
DISTRETTO DI GUASTALLA



Ai nostri Pazienti

Dr Gian Paolo Rossi

Dr.ssa Giuseppina Veneri

Dr.ssa Anita Manni

Dr. Giuseppe Prati

Capo Sala Anna Aldrovandi

Inf. Prof.le Lidia Alberici

Inf. Prof.le Raffaella Vernizzi

Inf. Prof.le Simona Darecchio

Segretaria Rag. Diana Chiericati



LA PREVENZIONE IN ONCOLOGIA

Dr. Gian Paolo Rossi

Buongiorno e un benvenuto a tutti. Oggi parliamo di prevenzione in oncologia. Voi sapete che questi incontri vengono organizzati con la collaborazione e l'aiuto delle nostre Associazioni di Volontariato: l'Associazione Prevenzione Tumori e l'Associazione Amici del Day Hospital Oncologico.

Le finalità sono dupplici: da un lato quello di aggiornare noi operatori sanitari, medici ed infermieri, su argomenti che posso essere di nostro interesse. La prevenzione che è parte importante dell'oncologia non rientra nelle nostre attività quotidiane di tipo clinico, quindi credo che fare il punto su alcuni aspetti importanti possa essere utile per noi operatori. Ma una seconda finalità, che noi riteniamo molto importante, è una finalità che ci è dettata da chi ci aiuta nell'organizzazione, da chi promuove queste iniziative ed è quella di informare i nostri pazienti, i famigliari dei nostri pazienti, la popolazione in genere su temi che possono essere di largo interesse. Crediamo che la prevenzione in oncologia comporti una serie di problematiche tali per cui il puntualizzare, il dare messaggi alla popolazione in questo senso, penso possa essere molto utile e speriamo di riuscire nel nostro intento.

Quando si parla di prevenzione, soprattutto di prevenzione primaria, si va ben al di là di quelli che sono i temi svolti dall'oncologia clinica, ma si entra in un campo in cui si parla di aspetti culturali, organizzativi della società, quindi di politica sanitaria. Sono aspetti che coinvolgono l'attività dei nostri politici, della popolazione in genere e dei nostri rappresentanti politici. Qui vedo che ci sono tanti Sindaci dei nostri Comuni e poi abbiamo Marcello Stecco che è l'Assessore provinciale alle Politiche Sociali e Sanitarie, quindi chiedo al nostro Assessore di fare un saluto ed un commento introduttivo.

Marcello Stecco

Grazie, buona giornata e buon lavoro. Sono molto soddisfatto di essere qui ancora una volta. Mi pare che questa sia la terza edizione di un appuntamento che comincia a diventare fisso e questo credo che dia il senso di un impegno forte e di una intuizione anche vera. Vuol dire che la domanda c'era, non sempre succede questo nelle iniziative che si promuovono.

E' con molto piacere che porto il saluto e questo augurio da parte della Provincia e non solo; veniva infatti richiamata dal Dr. Rossi la presenza con me, in rappresentanza delle Istituzioni, di alcune persone che vedo tra voi: in particolare il Sindaco di Poviglio Stefano Carpi, il Sindaco di Boretto Mariella Gavetti, il Vice Sindaco di Luzzara Luciano Semper ed altri ci raggiungeranno in seguito. Tali presenze istituzionali credo contino più di tante parole e rappresentino la fonte e la responsabilità principale proprio dal punto di vista della tematica che questa mattina noi affronteremo, vale a dire quella della prevenzione.

Io mi permetterei di sottolineare due aspetti, il primo riguarda proprio la responsabilità istituzionale nell'ambito della prevenzione; credo che sia sempre più evidente il carattere di interdipendenza che lega lo stato di salute in modo particolare con gli aspetti sociali e gli aspetti ambientali. Proprio dati di questi giorni, direi di queste ore, forniti in maniera molto puntuale e competente da parte del



Dipartimento di salute pubblica dell'Azienda hanno fornito informazioni molto indicative in questa direzione; dati che non possono essere drammatizzati, ma neppure sottovalutati. Per quanto mi riguarda intendo porre una sottolineatura alla non sottovalutazione di queste informazioni precise e puntuali che ci sono state fornite dalla massima autorità sanitaria competente in materia.

Quando si evidenzia la relazione tra le condizioni ambientali e le patologie, quando si rileva che lo sfioramento di determinate soglie ha determinato non un aumento del raffreddore, ma qualcosa di enormemente più pesante credo che questo chiami in causa in primo luogo una responsabilità forte che intendiamo esercitare fino in fondo da parte di chi ha la responsabilità appunto del governo del territorio e quindi una prima sottolineatura e assunzione di responsabilità che mi sento di fare. Esattamente questo vale a dire il rafforzamento di un impegno da parte delle istituzioni sul governo di quelle dimensioni che hanno una causa molto implicante sullo stato di salute della popolazione.

Noi sappiamo che abbiamo di fronte delle variabili che ci riguardano da vicino, pensiamo solamente al governo del traffico, ma abbiamo delle variabili che condizionano lo stato climatico del Paese che hanno origini planetarie e pur tuttavia non debbono per questo far calare il livello di responsabilizzazione delle comunità locali.

Quando leggiamo che un bambino che vive vicino ad un'autostrada è sottoposto al doppio di probabilità dell'insorgere di tumori rispetto ad un bambino che vive in altre condizioni ambientali.

Credo che sia sufficiente questo innanzitutto per scuotere le nostre coscienze, che è sempre una precondizione indispensabile, ma soprattutto per assumerci una forte corresponsabilità in tutte le direzioni.

Il secondo aspetto che volevo sottolineare è quanto la qualità dell'esperienza del D.H.O., dell'Associazione Prevenzione Tumori della Bassa Reggiana e dell'Ospedale di Guastalla in particolare quanto la qualità di questa esperienza appartenga non al passato o al presente, ma al futuro di una moderna medicina e di una moderna sanità.

Paolo, se permetti, e lo dico proprio ad apprezzamento del lavoro svolto quotidianamente da te e dai tuoi collaboratori in modo particolare dalla Caposala Anna Aldrovandi, vorrei richiamare, come per altro già detto nelle due sessioni precedenti, la particolare qualità di questa esperienza che unisce alla dimensione strettamente clinica e terapeutica un forte contenuto relazionale.

Abbiamo evidenziato, mi permetto di usare il plurale perché sono parte in causa non solamente dal punto di vista istituzionale in questa esperienza, e ce lo hanno riconosciuto fior fiore di professionisti questo valore aggiunto che colloca questa esperienza nel futuro di una moderna sanità all'interno della nostra comunità provinciale e locale. Io credo che l'impegno, e questa è la seconda e ultima sottolineatura di responsabilità che intendo evidenziare, che accomuna tutte le istituzioni a partire da quelle più importanti a quelle dei comuni all'interno della "bassa" continuerà e aumenterà nel prossimo futuro affinché questo tipo di esperienza trovi il massimo sostegno in tutte le direzioni: in ambito politico, in ambito istituzionale, in ambito sanitario e ciò non per ragioni logistiche, non per ragioni campanilistiche, ma perché è giusto che i punti di eccellenza della sanità abbiano la loro corretta valorizzazione all'interno del sistema complessivo della nostra rete ospedaliera. Sono più che certo che l'Azienda e in modo particolare il direttore sanitario D.ssa Daniela Riccò che ringrazio non solo per la sua presenza qui oggi, ma soprattutto perché attraverso la sua alta professionalità è costantemente vicina all'esperienza e al cammino del D.H. Oncologico e in generale alla situazione sanitaria della bassa reggiana. Dopo questo ultimo forte impegno di assunzione di responsabilità termino questo mio intervento salutandovi e augurandovi un proficuo lavoro in questa giornata che è utile non solo per le persone presenti, ma anche per tutte le famiglie che in questo momento pur vivendo un'esperienza di dolore e di sofferenza riescono comunque ad arricchirsi dal punto di vista umano. Grazie.



Dr. Gian Paolo Rossi

Parlare di prevenzione significa parlare sì di prevenzione primaria, ma anche di prevenzione secondaria. La prevenzione secondaria è un aspetto che è più vicino a noi clinici. Vedo qui presenti tanti colleghi e tanti infermieri del nostro ospedale, ci sono anche autorità rappresentative della nostra Azienda, quali la Direttrice Sanitaria D.ssa Riccò, il Dr. Gigliobianco della Direzione Sanitaria dell'Ospedale di Guastalla, il Responsabile del nostro Distretto Dr. Cecchella. Chiedo al Dr. Cecchella un saluto a nome dell'Azienda.

Dr. Sergio Cecchella

Innanzitutto vi ringrazio per la splendida giornata e per l'invito. Vi porto i saluti del Direttore Generale della nostra Azienda D.ssa Mariella Martini e naturalmente del Direttore Sanitario che è qui presente oggi in qualità di relatore. Questo credo sia, come dicevano il Dr. Rossi e l'Assessore Provinciale Marcello Stecco, significativo rispetto all'attenzione ed all'impegno che l'Azienda ha nei confronti di questa parte di pratica clinica che viene esercitata sul nostro territorio. Volevo fare brevemente pochissime considerazioni per poi lasciare spazio alla giornata. Vorrei ribadire che questa è la terza iniziativa che viene attuata all'interno del Distretto dal D.H.O. dell'Ospedale Civile di Guastalla. Le precedenti riguardavano il "consenso informato" nel 2003 e nel 2005 "i farmaci in oncologia"; oggi si parlerà prevalentemente di aspetti di tipo generale, ma soprattutto di prevenzione. Questa ha un significato particolarmente importante al di là delle conoscenze che ognuno di noi ha e del significato che ognuno di noi attribuisce alla prevenzione; però credo che vada sottolineato il duplice aspetto, da una parte formativo rivolto agli operatori specializzati, al personale tecnico a tutti gli operatori sanitari che a diverso titolo partecipano all'interno del D.H.O. o comunque all'attività sanitaria rivolta alla cura dei tumori e nel contempo un momento di scambio di opinioni sulla pratica clinica elemento questo che contribuisce a legare maggiormente chi tutti i giorni si occupa di questi problemi. L'altro aspetto è quello dell'informazione da offrire ai pazienti ai loro familiari a tutte quelle persone che a diverso titolo fanno parte del sistema sanitario. Non solo per avere una conoscenza sempre più, non dico diretta ma, responsabile rispetto agli atteggiamenti preventivi nei confronti della malattia che ognuno di noi dovrebbe applicare.

Sappiamo che per moltissimi motivi prima se ne citavano alcuni fisiologicamente difficilmente trattabili penso al percorso del traffico, penso a tutta una serie di questioni, però dovrebbero riguardare ognuno di noi perché lo aiutino ad affrontare con serietà tutti i giorni tutti quegli aspetti che nella pratica della vita quotidiana in realtà si possono anche migliorare, allontanare, contenere.

Penso al discorso del fumo: vi parla una persona che ha fumato fino a pochi mesi fa; purtroppo penso ad altre situazioni comportamentali che in realtà certamente non ci aiutano a stare meglio.

Tutto questo è molto difficile perché poi tutte queste cose molte volte, diciamo, fanno parte dei piaceri della vita però è altrettanto vero che quando ci troviamo di fronte a una malattia di cui una delle cause principali può essere una nostra modalità trasgressiva rispetto ad un atteggiamento comportamentale ci rendiamo conto del disastro che in realtà viene fatto e a cui noi paradossalmente consentiamo giorno per giorno. Quindi sostanzialmente un aspetto di attenzione rispetto alla pratica clinica, che la giornata di oggi dovrebbe portare è che viene praticato un confronto tra le diverse comunità scientifiche che affrontano questi temi e un aspetto particolare, questo lo ricordava prima anche l'Assessore Provinciale Marcello Stecco, è quello dell'aspetto della relazione.

La relazione che riguarda il rapporto con il paziente e che riguarda il rapporto con la famiglia del paziente è un aspetto determinante per la buona riuscita della pratica clinica, del lavoro che viene fatto farmacologicamente, tutti i giorni che viene fatto non solo farmacologicamente in ogni posto penso del mondo, ma adesso parliamo della nostra realtà provinciale e della nostra realtà ospedaliera. Chiaramente quindi un invito anche a riflettere su queste correlazioni che esistono tra queste due entità e certamente non possiamo scordarci che poi alla fine la realtà del D.H.O. del



nostro ospedale è una realtà molto importante anche dal punto di vista dei numeri naturalmente, oltre anche alla qualità di cui abbiamo parlato prima. Comunque oggi avremo un saggio anche di questo perché se pensiamo ad esempio che nel 2003 gli accessi dei nuovi pazienti erano 241 oggi sono oltre 313 e complessivamente sono quasi 1600 persone in carico al D.H.O. che coinvolgono anche gli altri punti della rete sanitaria che sono in primis i Medici di medicina generale, oggi ce ne sono diversi e li ringrazio per la loro presenza, e tutti gli altri professionisti che lavorano nel mondo della sanità sia all'interno del nostro ospedale, ma non solo. Quindi la valenza importante è riuscire a permettere una messa in rete, un confronto con tutte queste figure e poi l'altra cosa molto importante, che io ho evidenziato molte volte, è che in tutti questi anni io non ho mai sentito una persona, un paziente trattato all'interno del nostro D.H.O. che si sia sentito trattato, non dico male, ma in modo come dire distante, distaccato rispetto al problema che magari ha vissuto in un particolare momento della sua vita e che magari ha anche risolto, molti altri purtroppo no; però nonostante questo io non ho mai sentito una persona dire che si era sentita sola o abbandonata, non solo i pazienti ma anche i famigliari.

Ecco credo che questo sia il grande valore non dico aggiunto, ma intrinseco all'atto terapeutico all'atto clinico rivolto al paziente. Poi hanno fatto questo splendido lavoro: riuscire a mettere assieme questa rete fantastica; quindi credo chiaramente che il merito vada al Dr. Rossi alla Caposala Anna Aldrovandi, ai volontari che da vicino seguono la cosa in modo particolare anche a Diana Chiericati e a tutti gli altri che io personalmente conosco, ma di cui non ricordo i nomi e approfitto di questa occasione per ringraziarli sentitamente di cuore.

Un' ultima questione tutto quello che viene fatto viene confrontato anche con chi governa il nostro territorio dal punto di vista amministrativo e sanitario, che sono i Sindaci che oggi anche sono presenti, che sono gli Assessori che tutti i giorni affrontano tematiche di vario tipo che sostengono in primis quella che è l'importanza ed il valore di questa rete terapeutica, di questa rete relazionale presente non solo all'interno delle nostre strutture tecniche, ma all'interno anche del nostro territorio.

Bene io vi ringrazio e vi chiedo scusa se un po' vi ho tediato e vi auguro veramente un buon lavoro ed una buona giornata.

Dr. Gian Paolo Rossi

Grazie. Diamo ora inizio ai lavori. Come prima cosa, con una punta di amarezza debbo comunicare che il Dr. Casali non sarà presente, quindi la sua relazione non verrà svolta. Lo dico con una punta di amarezza perché il Dr. Casali è noto dalle nostre parti, ha delle radici Guastallesi, da noi è conosciuto e stimatissimo e ci avrebbe sicuramente portato dei concetti molto pregnanti ed espressi in maniera molto congrua, perché Paolo è un grande comunicatore.

Passiamo alla seconda relazione che terrà la D.ssa Daniela Riccò; parliamo di prevenzione secondaria e dello screening. Vorrei introdurre la D.ssa Riccò portando una esperienza mia personale, di qualche settimana fa.

Una paziente che si presenta per la prima visita. Nella prima visita si raccolgono i primi dati anamnestici, in pratica ci si conosce e questa paziente mi dice: "ma dottore sa che io ho avuto famigliari, e poi sono anch'io così. Io ho sempre avuto paura della malattia, quindi ho sempre fatto prevenzione, cercando di mantenere uno stile di vita corretto. Una volta all'anno andavo dal medico, mi facevo visitare, mi facevo fare una specie di check-up, ho aderito alla chiamata per lo screening, ho sempre fatto prevenzione e guardi un po' adesso, sono qui! la prevenzione non serve a nulla!"

Questo è l'amaro commento, è proprio vero che non serve a nulla? E' proprio vero che la prevenzione secondaria, la diagnosi precoce, lo screening non servono a nulla? Io credo che sia invece una opportunità che è bene non perdere. Forse quella paziente una parte di verità la diceva perché probabilmente quando si parla di prevenzione secondaria il termine prevenzione non è dei più felici e rischia di ingenerare un po' di confusione perché in realtà quando



parliamo di prevenzione secondaria parliamo di diagnosi precoce che è un qualcosa di un po' diverso. Detto questo gli screening servono, e mi pare che l'organizzazione a livello provinciale degli screening sia a carico della nostra Azienda.

Quindi la D.ssa Riccò che è il nostro Direttore Sanitario, alla quale passo la parola, sa che ci sono tanti onori, ma anche tanti oneri nell'organizzazione degli screening.



Orange 67



D.ssa Daniela Riccò



**La prevenzione in oncologia
Guastalla 5 maggio 2007**

LO SCREENING: UN'OPPORTUNITA' DA NON PERDERE

Daniela Riccò
Direttrice Sanitaria
Azienda A.US.L. di Reggio Emilia

Grazie Dr. Rosi per l'invito, ringrazio anche gli operatori del D.H.O., ringrazio gli "Amici del D.H.O." con i quali ho spesso l'occasione di incontrarmi: per occasioni, come questa, formative di aggiornamento, ma anche per occasioni più ludiche. Venire qui a Guastalla è sempre un piacere.

Ringrazio anche l'Associazione Prevenzione Tumori di Guastalla, Marcello Stecco perchè ci segue non solo per la sua funzione istituzionale come diceva, ma soprattutto per la passione che ci mette anche in queste occasioni e per la convinzione credo che abbia che effettivamente in questo Distretto, e cercherò di dimostrarlo, stiamo facendo cose importanti. Poi si può sempre fare di più, si può sempre fare meglio, noi cerchiamo di garantire se possibile un servizio di qualità e sicuramente rispetto ai servizi che abbiamo in questo Distretto anche l'Azienda può esprimere una sua soddisfazione; questo vale anche per gli screening.

Mi è stato affidato questo tema: lo screening, una opportunità da non perdere.

Io spero oggi, con i dati della nostra Provincia di dimostrarvi che i programmi di screening sono veramente delle opportunità da non perdere.

Vediamo che cosa è un programma di screening. Tanto per intenderci, come diceva il Dr. Rossi, il programma di screening serve per una diagnosi della malattia in fase precoce, quando ancora non ci sono sintomi, ma la malattia c'è già, quindi è una prevenzione secondaria, non è una prevenzione primaria, di cui altri poi parleranno.

La prevenzione primaria è quella che serve per evitare l'insorgenza della malattia, quindi agire sui fattori di rischio, sugli stili di vita, su tutti quei fattori che favoriscono l'insorgenza di una malattia.

Questo è un intervento di prevenzione secondaria tutti i programmi di screening sono di prevenzione secondaria. La diagnosi precoce però è importante perché consente di ridurre la mortalità per quella causa specifica per cui si fa lo screening e facilita anche la guarigione; naturalmente la diagnosi precoce consente di fare interventi terapeutici meno invasivi e demolitivi e quindi crea un miglioramento della qualità di vita. Inoltre il programma di screening ha un'altra caratteristica che è più organizzativa, che è un'offerta attiva; ovvero le persone vengono invitate attraverso lettere, una prima volta, una seconda volta e in questa Provincia abbiamo chiesto per alcuni degli screening anche una collaborazione importante dei Medici di Medicina Generale ai quali noi mandiamo gli elenchi dei loro pazienti che non rispondono agli inviti, in modo che loro stessi ci aiutino a fare un'azione di sensibilizzazione nei confronti delle persone che sono meno sensibilizzate. E' un'offerta gratuita, nel senso che sono test gratuiti ed è offerta a tutta la



popolazione a rischio, a delle fasce di età che sono a rischio, non è offerta al singolo; le indagini che facciamo rispetto all'individuo, all'individuo singolo, hanno un obiettivo diverso dai programmi di screening, hanno un obiettivo clinico di solito si fanno quando c'è un sintomo, mentre il programma di screening è un programma rivolto a tutta la popolazione in quella fascia di rischio.

Naturalmente, come vi dicevo, l'individuazione di una neoplasia in uno stadio sempre più precoce garantisce la tempestività del trattamento ed il miglioramento anche della qualità di vita. Gli screening poi hanno altri requisiti; i programmi vengono impostati quando si vuole fare la prevenzione di patologie frequenti e gravi, altrimenti non vi sarebbe un rapporto costo dell'organizzazione e benefici importanti.

C'è un coinvolgimento attivo della popolazione che non ha sintomi, ma nei casi di positività vuol dire che la malattia è già in atto.



PROGRAMMA DI SCREENING

Intervento sanitario di **prevenzione secondaria** con l'obiettivo di facilitare **la guarigione** e ridurre la **mortalità causa-specifica**, attraverso la **diagnosi in fase precoce** di malattia attraverso:

- Offerta **attiva** e **gratuita** a **tutta** la popolazione a rischio, dei test di screening
- Individuazione di neoplasie a uno stadio sempre più precoce per garantire **tempestività al trattamento** e **migliorare la qualità di vita**

Il test proposto deve avere delle caratteristiche: deve essere ovviamente efficace, deve essere sensibile, specifico quindi deve dare pochi "falsi positivi", deve dare pochi "falsi negativi" e soprattutto deve essere accettabile. Perché se andiamo a proporre un test doloroso, faticoso è chiaro che la gente non si sottopone volentieri.

L'organizzazione degli interventi sanitari segue delle regole standardizzate, vi faccio un esempio, e questa è una garanzia di qualità degli screening. I nostri Radiologi che leggono le mammografie dello screening mammografico devono leggere almeno 5.000 mammografie all'anno e devono dedicare almeno il 50% della loro attività a questa attività. Questo per avere garanzie di competenza e quindi che sappiano dare qualità alle risposte che ci danno. Inoltre tutti gli approfondimenti diagnostici successivi ad una positività ai test di screening e gli interventi terapeutici sono ovviamente gratuiti ed anche con percorsi facilitati.



REQUISITI SCREENING ONCOLOGICI

- **Prevenzione di patologie frequenti e gravi.**
- **Coinvolgimento attivo della popolazione che non ha sintomi in una fascia di età a rischio.**
- **Il test proposto deve essere efficace, sensibile , specifico e ...accettabile.**
- **L'organizzazione e gli interventi sanitari seguono regole e comportamenti standardizzati.**
- **Gli approfondimenti diagnostici e gli interventi terapeutici sono gratuiti e con percorsi facilitati.**

Devo dire che nella nostra realtà non soltanto le patologie che vengono individuate con lo screening hanno percorsi facilitati, ma tutte le patologie oncologiche, quindi questo è un problema che a noi non riguarda particolarmente.

Nella nostra Provincia sono attivi tre screening: lo screening per la diagnosi precoce della cervice uterina dal 1996, quindi sono già alcuni anni, si rivolge alle donne dai 25 ai 64 anni di età, una fascia molto ampia. L'esame che viene proposto è il "pap-test", poi ovviamente in caso di positività si fa la "colposcopia" e si fanno altri accertamenti di secondo livello; la frequenza dell'esame è triennale. Lo screening della mammella nella nostra Provincia è iniziato nel 1995 ed abbiamo impiegato quasi 5 anni ad estenderlo a tutta la Provincia, nel 2000 lo screening era attivo in tutto il territorio. Le donne che sono coinvolte sono le donne fra i 50 ed i 69 anni di età, poi vi farò vedere perché. L'esame clinico che viene proposto è la "mammografia bilaterale", frequenza ogni 2 anni.

Lo screening per la diagnosi precoce del colon-retto è l'ultimo entrato. Abbiamo iniziato nel marzo del 2005 quindi è piuttosto recente, anche se a due anni dall'inizio dello screening abbiamo già dei risultati molto importanti che poi vi farò vedere. Questo screening si rivolge per la prima volta non soltanto alle donne ma anche agli uomini e confesso che avevamo qualche perplessità, avevamo timore che non ci fosse una adesione alta perché gli uomini non sono stati in questi anni sensibilizzati con altri screening a rispondere temevamo quindi che la risposta fosse bassa, ma così non è. Come avviene lo screening. Viene proposto un esame che è assolutamente semplice: la ricerca del sangue occulto nelle feci e successivamente in caso di positività viene offerta la "colonscopia"; in questo caso lo screening è biennale.



SCREENING ONCOLOGICI- Provincia RE (1)

	Screening Cervice utero	Screening mammella	Screening colon retto
Attivo dal	1996	1995 (2000)	Marzo 2005
Si rivolge a	Donne Tra i 25 e i 64 anni	Donne Tra i 50 e i 69 anni	Donne/uomini Tra i 50 e i 69 anni
Esame Clinico	Pap-test	Mammografia bilaterale	●FOBT(ricerca sangue occulto feci) ●colonscopia
Frequenza esame	triennale	biennale	biennale

L'efficacia di questi screening descritta dalla letteratura internazionale: sullo screening della diagnosi precoce della cervice uterina addirittura si parla di una riduzione significativa anche dell'incidenza che è una cosa un po' diversa della riduzione della mortalità che si ha con gli altri screening. Comunque in Emilia Romagna la sopravvivenza è 5 anni di tutti i casi quelli diagnosticati con lo screening e quelli fuori screening hanno una sopravvivenza a 5 anni del 70%; quindi una buona sopravvivenza se pensiamo al resto del mondo dove questo tumore è una delle cause più frequenti di morte.

Lo screening della mammella si è visto che può portare ad una riduzione del 35% del rischio di morte per tumore alla mammella. In Emilia Romagna i dati di sopravvivenza a 5 anni raggiungono l'87%, ma poi vi farò vedere che questa cambia in base allo stadio di diagnosi della malattia.

Lo screening Colon-retto; anche per questo si è partiti proprio perché si è visto che può produrre una riduzione del rischio di morte superiore al 20%.

Sviluppi futuri di questi screening non è prematuro parlarne perché ad esempio per lo screening della cervice uterina immaginiamo che nei prossimi anni potremmo affiancare lo screening alla vaccinazione contro il papilloma virus umano che è un virus che ha alcuni ceppi che sicuramente producono delle lesioni a livello della cervice uterina che sono lesioni che poi evolvono in tumori.

Quindi già dal 2008 inizieremo la campagna di vaccinazione. Il vaccino che è stato messo in commercio è stato approvato dalla EMEA recentemente. Già dal 2008 inizieremo la campagna vaccinale, e questa è prevenzione primaria, per le adolescenti di 12 anni, perché si è visto che in questa fascia di età c'è una migliore risposta; quindi per i prossimi anni probabilmente oltre a monitorare l'efficacia di questo vaccino dovremo continuare a fare sia la vaccinazione che lo screening; ancora non si pensa di sostituire lo screening con la vaccinazione.

Sullo screening della mammella c'è molta discussione sull'ampliamento delle fasce di età, e poi vedremo perché, e già oggi partecipiamo come Provincia ad uno studio per valutare l'efficacia della associazione dell'esame mammografico nello screening con l'ecografia, soprattutto nelle mammelle molto dense, quelle che possono creare dei problemi d'interpretazione all'esame mammografico.

Per lo screening del colon-retto ci sono altre tecniche e che forse ci aiuteranno in futuro.



SCREENING ONCOLOGICI- Provincia RE (2)

	Screening Cervice uterina	Screening mammella	Screening colon retto
Efficacia dello screening	Riduzione significativa di incidenza (studi caso-controllo) (E.R. sopravv.a 5 anni del 70%)	<35% rischio di morte per la mx. (E.R. sopravv.a 5 anni 87%)	Riduzione rischio di morte superiore al 20%; prevenzione 70% tumori distali 58-74 anni
Sviluppi futuri	Vaccino contro l'Hpv	<ul style="list-style-type: none"> •Ampliamento fascia di età. •Ecografia come integrazione alla mammografia 	<ul style="list-style-type: none"> •DNA fecale •Colonscopia virtuale

Ecco abbiamo detto che i programmi di screening servono per le patologie frequenti oltre che gravi. Un flash sulla nostra Provincia. L'incidenza dei tumori ogni anno nella nostra Provincia (vedete divisi per sesso maschi e femmine) evidenzia un numero complessivo di casi che definirei consistente.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1996-2004

tutte le sedi

Incidenza dei tumori per anno e sesso. Numero casi

	maschi	femmine	totale
1996	1489	1325	2814
1997	1582	1454	3036
1998	1600	1432	3032
1999	1653	1464	3117
2000	1740	1510	3250
2001	1803	1547	3350
2002	1964	1575	3539
2003	2023	1590	3613
2004	2064	1706	3770

E' chiaro che il tasso di incidenza è uguale al resto del nostro Paese, quindi non è che abbiamo dati diversi, l'epidemiologia è più o meno la stessa, però vedete che questi dati sono dati consistenti, dati in aumento; sulla velocità dell'aumento potrebbe esserci probabilmente una interferenza od un'influenza dei programmi di screening che portano a fare delle diagnosi precoci e quindi diagnosi anticipate; poi con il passare degli anni probabilmente rileveremo un assestamento.



Tumore della cervice uterina: i numeri sono bassi, ma è comunque un tumore molto grave e possiamo dire che in tutti questi anni, qui lo screening era già partito, i casi sono stati pochi e penso che anche lo screening abbia dato il suo contributo.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1996-2004

cervice uterina

Incidenza dei tumori per anno. Numero casi

	femmine
1996	20
1997	31
1998	25
1999	30
2000	17
2001	20
2002	18
2003	21
2004	10

Tumore della Mammella: i numeri cambiano, l'incidenza dei tumori per anno vedete è molto alta nella nostra Provincia; nel 2004 sono stati 436 quindi si parla di numeri, tenete conto che nella nostra Provincia l'incidenza dei tumori della mammella su tutti i tumori femminili supera il 30%, è il 31,8 %, uno dei più alti anche nella nostra Regione oltre che in Italia.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1996-2004

mammella

Incidenza dei tumori per anno. Numero casi

	femmine
1996	380
1997	372
1998	368
1999	416
2000	398
2001	405
2002	406
2003	421
2004	436

Tumore del colon-retto: questi sono dati che vengono dal nostro registro tumori, vedete sono dati di 8 anni, anche qui ci sono dei dati considerevoli, arriviamo ad oltre 400 casi all'anno. Anche qui c'è un leggero aumento, arriviamo al 2004, lo screening è iniziato nel 2005 quindi vedremo e poi



faremo anche delle valutazioni epidemiologiche per capire l'impatto dello screening, ora è un po' presto.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1996-2004

colon-retto

Incidenza dei tumori per anno e sesso. Numero casi

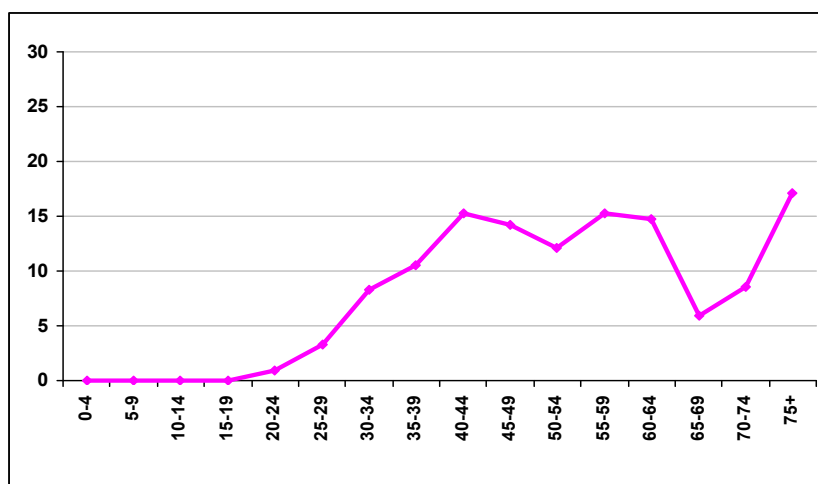
	maschi	femmine	totale
1996	162	139	301
1997	148	138	286
1998	187	132	319
1999	200	166	366
2000	213	178	391
2001	193	155	348
2002	226	155	381
2003	195	157	352
2004	209	196	405

Ecco per spiegarvi come mai sono scelte in questi programmi di screening delle fasce di età: vediamo ad esempio la cervice uterina; questi sono i tassi di incidenza specifici per età, e vedete queste sono le fasce di età: l'incidenza inizia a salire dal 25° al 29° anno di età mentre si riduce dai 65 ai 69 anni per poi avere un'altra punta. Lo screening si colloca proprio in questa fascia di età dai 25 ai 64 perché dovrebbe cogliere i casi più frequenti, il rischio maggiore.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1996-2004

cervice uterina

Tassi specifici per età



Ecco per la mammella questo è l'andamento per fasce di età e vedete che ha un andamento in salita, più si alza l'età più aumenta fino ad arrivare a un certo punto in cui si riduce. Lo screening oggi parte a questo livello resta fuori una fascia anche consistente di donne di età inferiore, e qui c'è una

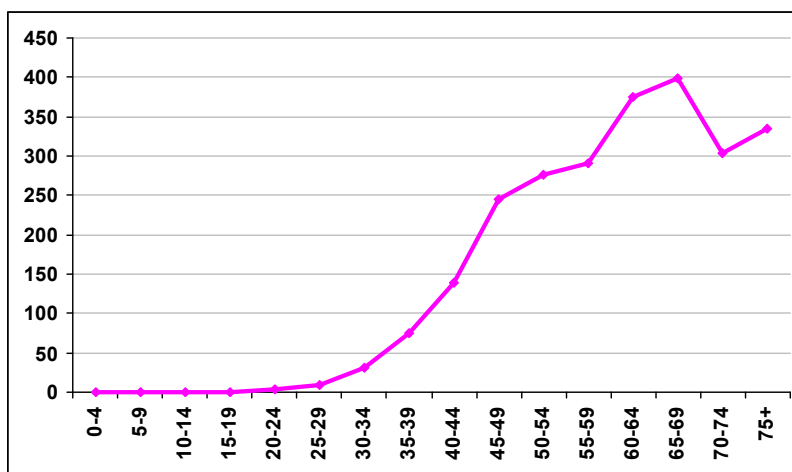


discussione ovviamente a livello scientifico molto forte sulla necessità di abbassare l'età dello screening almeno a 45 anni, addirittura si parla di 40 anni, ma ancora non ci sono elementi che ci facciano considerare una soluzione di questo tipo.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1996-2004

mammella

Tassi specifici per età

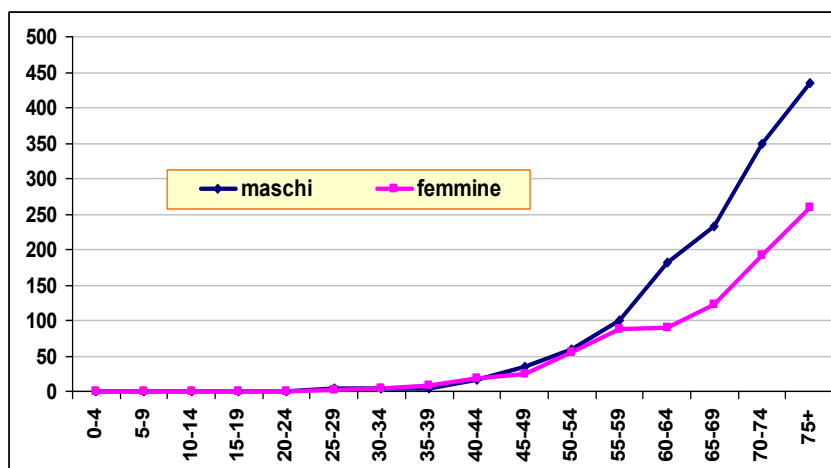


Colon-retto: il colon-retto vedete che comincia con un'età un po' più avanzata, questo è l'andamento nelle donne e questo è l'andamento nei maschi; per questa ragione si parte da questa fascia di età con lo screening, per cogliere il numero maggiore di lesioni.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1996-2004

colon-retto

Tassi specifici per età e sesso

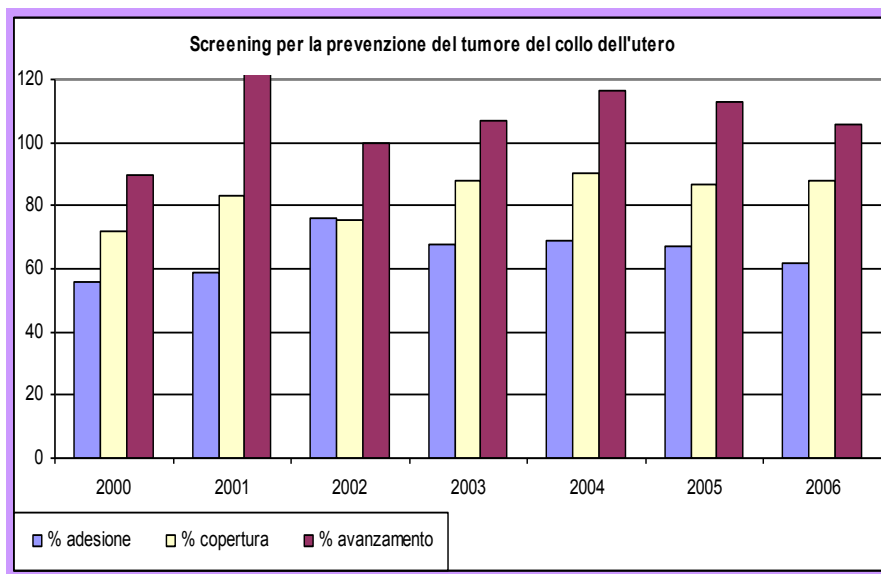


Queste sono alcune diapositive per fare vedere come nella nostra provincia l'adesione agli screening sia molto soddisfacente, noi ci riteniamo contenti del lavoro fatto. Questo vuol dire che la popolazione è stata sensibilizzata, è stato un lungo lavoro, un grande lavoro, però voi vedete che in azzurro riportiamo la percentuale di adesione cioè le donne invitate allo screening che hanno



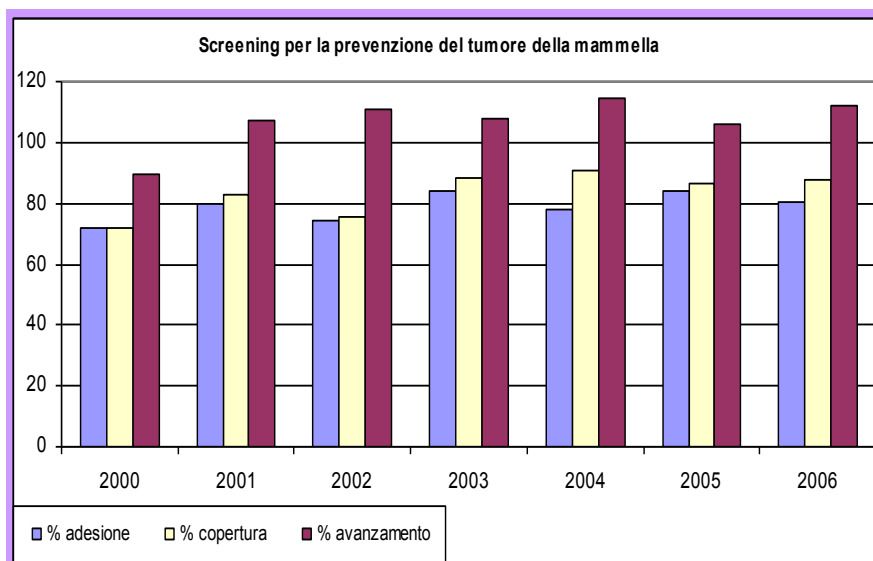
risposto e che si sono presentate. Questa percentuale di adesione vedete le colonnine azzurre ha superato il 60% e nel 2004 ci ponevamo in questa situazione che è un valore che è ritenuto buono dagli indicatori di qualità. Poi c'è l'indice di copertura che è la percentuale di donne che si sottopongono allo screening o che si presentano autonomamente che fanno gli esami anche per loro iniziativa. Comunque quello che è importante è l'adesione allo screening.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



Tumore alla mammella: l'adesione è anche più alta, vedete che superiamo 80%.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



Questi sono dati che ci sono arrivati dall'Osservatorio Nazionale Screening per la nostra Regione, riguardano il programma di screening per il tumore alla mammella anno 2005. Questo lo faccio vedere perché nella nostra Regione noi ci posizioniamo a una percentuale di adesione superiore all'83% a fronte di una media regionale del 72,54%, quindi la Provincia di Reggio Emilia ha dopo



Cesena, che però ha un numero di donne molto basso, che ha un 84,10%, noi ci poniamo all'83,10%, direi che è un ottimo risultato anche perché lo screening è tanto più efficace quanto più alta è l'adesione.



**DIFFUSIONE E PARTECIPAZIONE SCREENING MAMMOGRAFICO
REGIONE E.R. ANNO 2005**

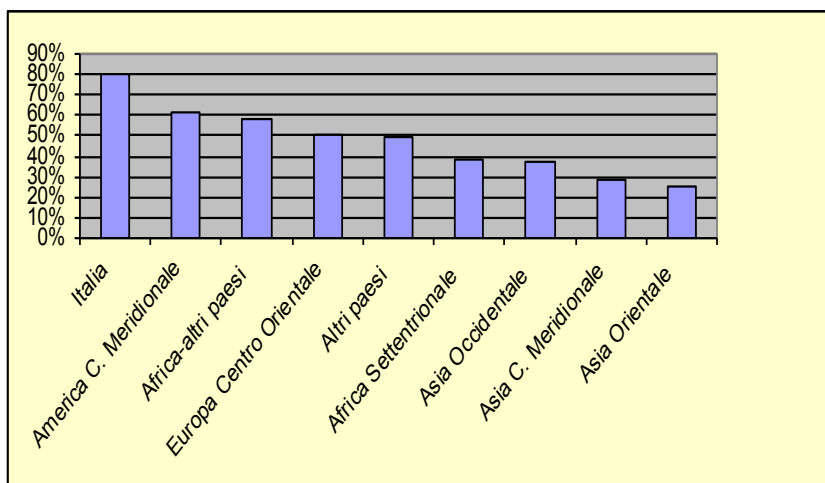
ASL	bersaglio	invitate	inesitate	Escluse mx recente	Risp.	Pop. Istat gen 2005	Bersagli o/pop ISTAT	Estension e effettiva	Partecip azione grezza	Partecipa zione corretta
Emilia R.	535563	237452	1463	12703	161968	536569	99.81%	88.51 %	68.63 %	72.54 %
Bologna	110980	54701	604	4775	31504			98.58 %	58.24 %	63.87 %
Cesena	24870	9103	55	614	7093			73.20 %	78.39 %	84.10 %
Ferrara	50043	23206	75	591	17316			92.74 %	74.86 %	76.82 %
Forlì	23259	10296	73	129	7830			88.53 %	76.59 %	77.57 %
Imola	15667	7140	26	0	5339			91.21 %	75.05 %	75.05 %
Modena	80313	36585	11	2208	24217			91.11 %	66.21 %	40.47 %
Parma	52394	22698	0	2197	14199			86.64 %	62.56 %	69.26 %
Piacenza	35804	9553	86	565	6146			53.36 %	64.92 %	69.04 %
Ravenna	48880	19399	67	697	14270			79.37 %	73.82 %	76.58 %
Reggio E	56993	26146	69	548	21215			91.75 %	81.36 %	83.10 %
Rimini	36370	18625	397	379	12839			102.42 %	70.44 %	71.93 %

(da Osservatorio Nazionale Screening)

Abbiamo un neo però che riguarda una fetta di popolazione che è presente nella nostra provincia che sono le donne immigrate; qui ho fatto l'esempio dello screening mammografico ma potremmo riportarlo anche per gli altri due screening . Mentre le donne italiane rispondono in alta percentuale alla chiamata, come vedete le donne immigrate in base anche al Paese d'origine hanno una risposta molto diversa. Noi abbiamo cercato di fare gli inviti in sette lingue, di fare molte iniziative di sensibilizzazione, però ancora c'è un gap molto alto e purtroppo queste sono le fasce di età, le fasce sociali anche più deboli e questo è un problema che è conosciuto, voglio dire a livello internazionale e noi lo stiamo vivendo proprio perché la nostra provincia è una provincia che ha un tasso di immigrazione superiore al 10% e il nostro distretto è uno dei distretti in cui l'immigrazione è più forte, quindi su questo dovremo lavorare ancora parecchio.



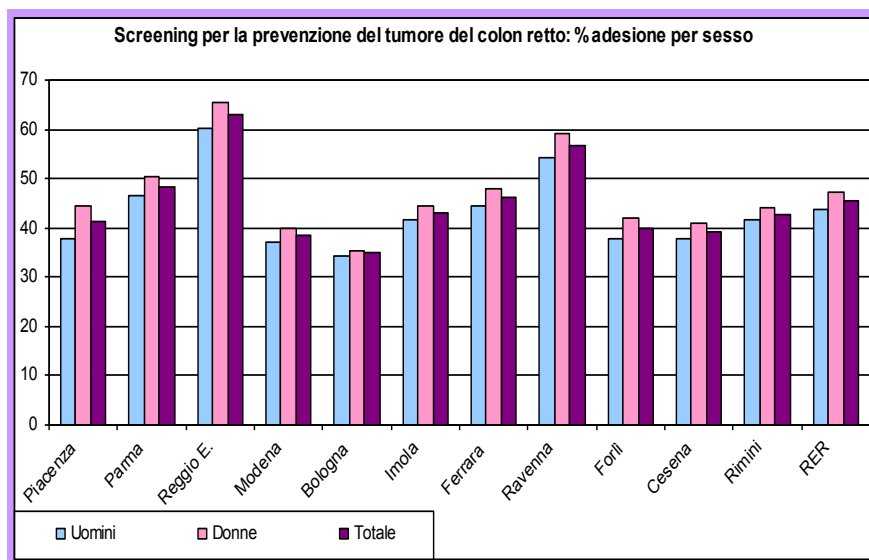
**Percentuale di adesione allo screening mammografico, per cittadinanza
(luglio 2003-giugno 2005)**





Tumore colon-retto: adesione allo screening di questi primi due anni, vedete rispetto alle altre province, Reggio Emilia si colloca nella posizione più alta e di questo siamo veramente molto soddisfatti perché credo che tutti gli operatori abbiano lavorato bene e la gente, la popolazione, la collettività abbia risposto veramente molto bene.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia



Questa è la valutazione di qualità nella diagnosi del trattamento chirurgico del carcinoma della mammella. Ho cercato di estrarre solo alcuni dati che riguardano questi anni dal 2000 al 2005 per dirvi quante donne provenienti dallo screening mammografico sono state sottoposte a intervento chirurgico. Siamo partiti da 90 casi nel 2000 a 157 casi nel 2005. Le lesioni equivalgono più o meno al numero di donne, in alcuni casi le lesioni erano anche più di una, poche le lesioni benigne, questo vuol dire che lo screening è anche specifico, quindi le lesioni maligne riscontrate sono più o meno vedete tante quante le donne.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia

Programma SQTm2000-2005

Valutazione sulla qualità della diagnosi e del trattamento chirurgico del carcinoma alla mammella dopo riscontro di positività allo screening in provincia di RE

Casi	2000	2001	2002	2003	2004	2005
N. Donne sottoposte ad intervento chirurgico	90	135	137	130	151	157
N. Totale lesioni	93	137	139	133	154	160
N. Lesioni benigne	6	10	19	5	8	4
N. Lesioni maligne	85	127	120	127	146	156
N. Lesioni occulte	2	0	0	1	0	0

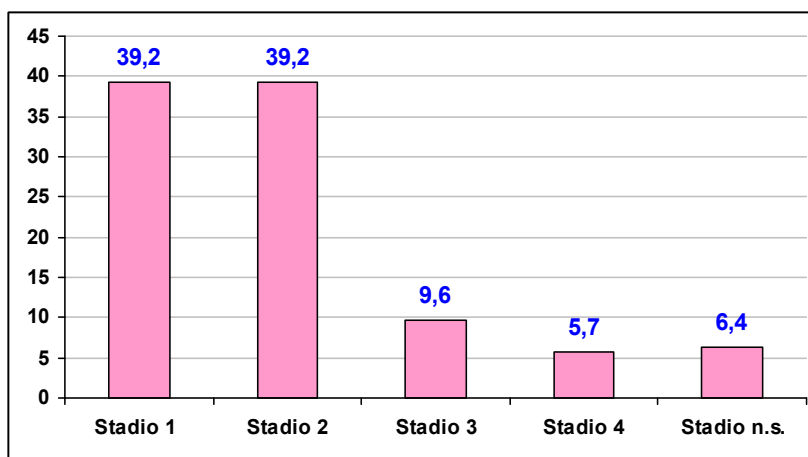


Dal registro tumori della nostra Provincia in questi anni dal 1997 al 2004 abbiamo cercato di capire come avviene la distribuzione dei casi; tutti i casi quelli derivanti dalla diagnosi precoce con lo screening, ma anche quelli di diagnosi clinica fuori screening: dei 3225 casi che si sono verificati in questi anni vedete che la diagnosi stadio 1 quindi stadio precoce era oltre il 39%, nello stadio 2 ancora il 39%, meno casi negli stadi più avanzati e qui ovviamente c'era l'impatto dello screening perché lo screening è partito prima degli anni 2000.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1997-2004

mammella

Distribuzione per stadio di 3225 casi incidenti (valori %)

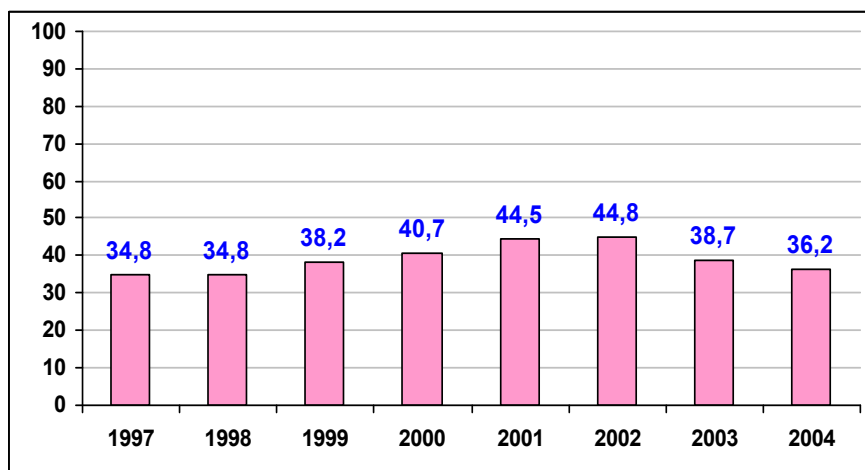


Oggi valutando questi dati, il trend dei dati dal 1997 al 2004, potete vedere come la distribuzione dei tumori alla mammella diagnosticati in stadio 1, quindi in uno stadio precoce, sia aumentata progressivamente dal 2000 (avevamo lo screening esteso a tutta la provincia) fino ad arrivare dal 44,8% al 38,7%, adesso c'è una lieve flessione, ma credo che sia, ma qui abbiamo degli epidemiologi, un fatto abbastanza fisiologico.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1997-2004

mammella

Distribuzione per anno dello stadio 1 (valori %)



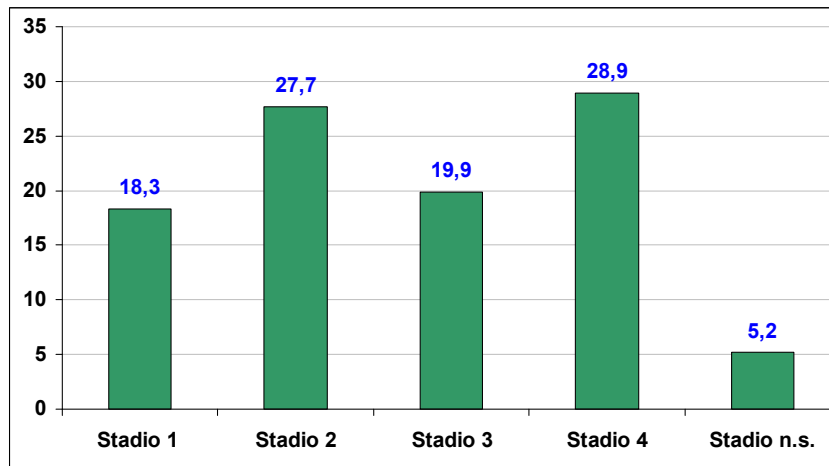


Colon-retto: negli anni scorsi, prima dello screening, la distribuzione dei casi che sono stati diagnosticati in questi anni dal 1996 al 2004, vedete la distribuzione per stadio molto diversificata: poco più del 18% in stadio 1, 27% stadio 2, vedete quante neoplasie in stadio 3 e in stadio 4 quindi in fase molto avanzata.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1996-2004

colon-retto M+F

Distribuzione per stadio di 2744 casi incidenti (valori %)



Lo screening del colon-retto che cosa ci ha portato? Questi sono i primi dati che noi abbiamo valutato di tutte le persone, di tutti i cittadini che si sono presentati in seguito all'invito, questi sono dati estratti il 30 marzo 2007, quindi sono dati che stiamo valutando e analizzando in itinere. Comunque al 31 ottobre 2006, 3516 persone nella nostra Provincia erano risultate positive al test di screening ovvero la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Adesione alla colonscopia della coorte dei positivi

procedure estratte al 30/03/2007

(distretto di residenza e non di effettuazione della colonscopia)

Procedure di colonscopia "attivate" sulla coorte dei 3516 positivi generati dagli invitati fino al 31/10/2006

Modalità di accesso	
FOBT positivo	3.516
Clisma opaco positivo	8
Early recall	203
Ripetizione esame	42
Procedura terapeutica	294
Altro	1
Totale procedure aperte	4.064

Questi pazienti sono stati richiamati per l'approfondimento diagnostico con la colonscopia. Questo è un estratto sempre al 30 marzo 2007, vedete che su 3235 colonscopie effettuate, è chiaro che



qualche persona non ha accettato di farla; la colonscopia oggi è un esame di routine, ma c'è sempre in un qualsiasi esame nella medicina un rischio, rischi che abbiamo visto anche noi. Abbiamo avuto un numero molto limitato di perforazioni intestinali, ma questo è descritto che possa avvenire, comunque 3235 persone si sono sottoposte ad un accertamento colonscopico.

Abbiamo trovato 149 adenocarcinomi, quindi un numero considerevole, tumori che non avremmo trovato in uno stadio così precoce perché erano asintomatici li avremmo trovati in anni successivi in stadi molto più avanzati come vi ho fatto vedere prima.

Sono stati poi diagnosticati alla colonscopia 51 polipi già cancerizzati, vedete che il numero aumenta con il progredire dell'età.

Ci sono delle fasce di età 5 anni di 5 anni, ancora sono stati diagnosticati 1376 adenomi ad alto rischio, quindi neoformazioni benigne però ad alto rischio di trasformazione in tumori maligni, e in più 436 adenomi a basso rischio.



**RISULTATI APPROFONDIMENTI COLONSCOPICI
(AL 30/03/2007)
PROVINCIA DI RE**

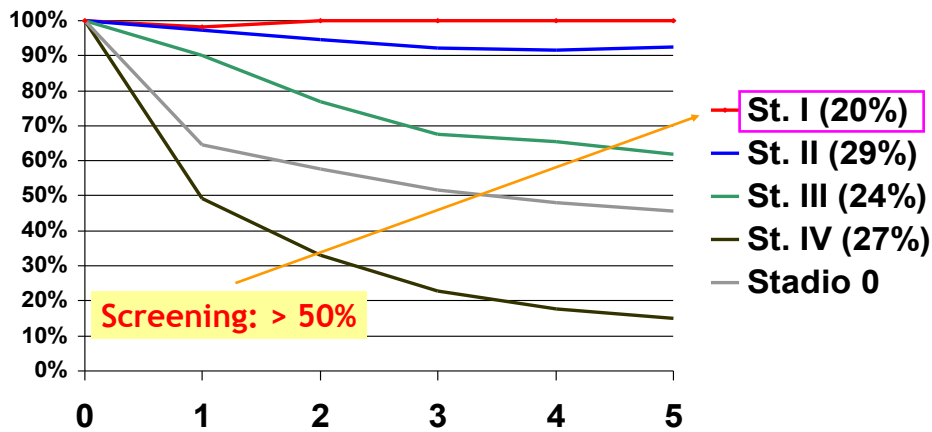
Fascia 5 anni	Pers. Colonsc.	ADk	POL CANC	AAR	ABR	TOTALE
50-54 aa.	266	6	5	97	35	409
55-59 aa.	653	28	8	257	76	1.022
60-64 aa	1.010	41	8	444	146	1.649
65-69 aa	1.306	74	30	578	179	2.167
TOTALE	3.235	149	51	1.376	436	5.247

Quindi credo che, questi sono dati di circa 2 anni di attività, possiamo dire che il risultato di questo screening sia un risultato molto importante.

Qui lo possiamo vedere meglio dai dati sempre del nostro registro tumori, la popolazione dal 1996 al 1999 vedete che le diagnosi in stadio 1 per il tumore del colon-retto qui è segnato il 20% prima vi ho fatto vedere per un periodo di 8 anni era il 18%, questo è un periodo più breve, le lesioni di stadio 1 erano il 20% con lo screening siamo riusciti ad avere lesioni diagnosticate in stadio 1 in primo stadio superiori al 50%, quindi credo che questo sia un risultato direi molto importante; è un risultato che ci fa propendere per confermare l'utilità degli screening e l'opportunità di aderirvi.



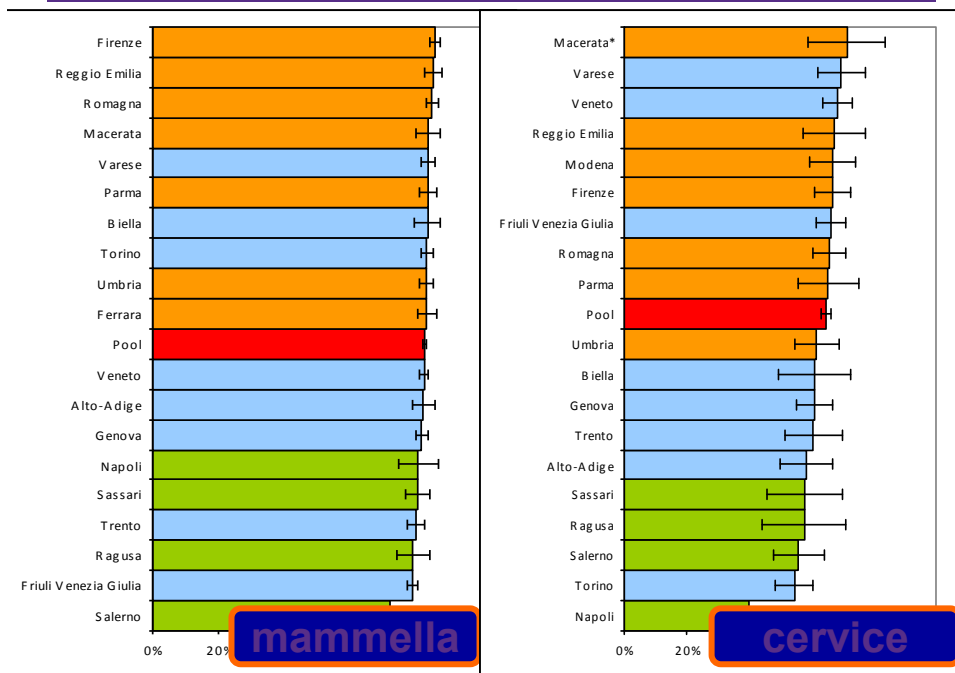
CCR: sopravvivenza a 5 anni per stadio. Dati registro tumori Prov RE 1996-99



Fra parentesi la percentuale dei pazienti per stadio

Alcuni dati così per renderci conto come va la sopravvivenza nella nostra Provincia per i tumori che sono sottoposti ai programmi di screening. Questi sono dati legati ai registri tumori presenti in Italia quindi coprono circa il 20-25% della popolazione italiana. Là dove non c'è un registro tumori non è possibile fare queste analisi. Vedete che la nostra Provincia si colloca a livelli molto alti, anzi direi che dopo Firenze è la Provincia che ha una maggiore sopravvivenza per il tumore della mammella a 5 anni. Abbiamo analizzato i dati dal 1995 al 1999.

AIRT. Sopravvivenza relativa a 5 anni per Registro. Anni 1995-1999(valori%)



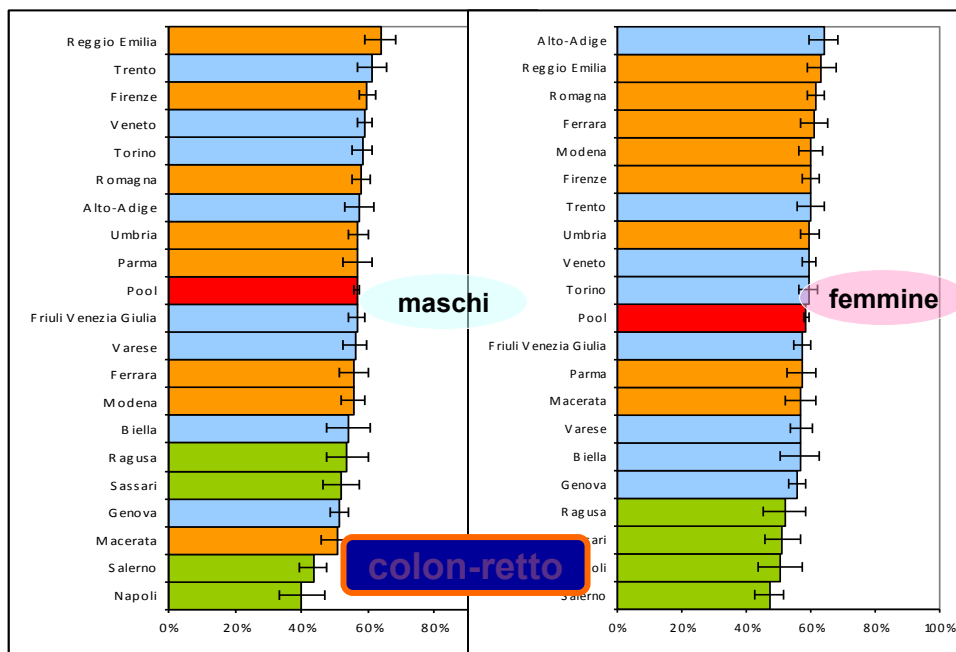
Tumore della cervice anche qui ci poniamo in una buona posizione quindi la sopravvivenza è piuttosto alta. Ora è chiaro che non siamo convinti che gli screening abbiano il loro effetto su questa



sopravvivenza ma ci sono anche altri fattori ovviamente. La risposta dei servizi sanitari, la qualità dei servizi sanitari, la facilità di accesso ai servizi è importante per migliorare la sopravvivenza.

Colon-retto: vedete che abbiamo per quanto riguarda la sopravvivenza a 5 anni, Reggio Emilia si pone in una situazione, questi sono i maschi e queste sono le femmine, la sopravvivenza è molto alta. Ci collochiamo al primo posto con i maschi e al secondo posto con le femmine, direi che sono dati buoni.

AIRT. Sopravvivenza relativa a 5 anni per Registro. Anni 1995-1999(valori%)



Riassumiamo la sopravvivenza a 5 anni in base allo stadio di diagnosi; voi vedete che sempre nella nostra Provincia, la diagnosi di tumore alla mammella in stadio 1 porta a una sopravvivenza a 5 anni del 97%, colon-retto addirittura al 100%, qui c'è il polmone perché era nella slide, il polmone ha altri dati ovviamente ha una sopravvivenza molto più bassa. Secondo stadio 90%, il colon-retto 92% ed è chiaro che più è avanzato lo stadio più è bassa la sopravvivenza a 5 anni. Vedete quindi come sia importante aumentare la diagnosi precoce e questo vuol dire portare a guarigione, vuol dire fare degli interventi anche terapeutici molto meno invasivi, perciò questo è un valore molto importante.

Provincia di Reggio Emilia. Anni 1997-2004

Sopravvivenza a 5 anni causa specifica, per stadio. Anni 1998-2003 (valori %)

Stadio	mammella	colon-retto	polmone
I	97	100	53
II	90	92	27
III	68	62	12
IV	32	15	1
ns	57	45	14



Ci sono altri screening in vista, se ne parla anche da anni, c'è il problema della tomografia computerizzata spirale per il tumore al polmone, ci sono studi multicentrici in Italia e negli Stati Uniti studi internazionali per capire se è efficace oppure no, se influisce sulla sopravvivenza delle persone. Una diagnosi precoce del tumore polmonare fatta con questo sistema con una TAC spirale. C'è anche molta discussione ci sono dei dati contrastanti. Il problema della ricerca del PSA per la prevenzione del carcinoma prostatico anche qui ci sono posizioni diverse e ancora non si pensa di fare uno screening anzi l'ultima consult conference credo che ci abbia proprio consigliato di non farlo, però se ne discute. Gli urologi consigliano di farlo a tutte le persone di oltre 50 anni e, come vi dicevo, la mammografia a donne in più giovane età.



ALTRI SCREENING ONCOLOGICI ?

- ❖ TAC SPIRALE per il tumore polmonare
- ❖ PSA per il carcinoma prostatico
- ❖ Mammografia a donne in giovane età

Questi sono i temi di discussione maggiore per il futuro. Vi ringrazio molto.

Dr. Gian Paolo Rossi

Grazie Dottoressa. Volevo ricordare una cosa che mi pare doverosa. A livello locale per lo screening del cancro del colon-retto, in un'epoca nella quale ancora i dati non erano maturi per considerarlo come sicuramente efficace, l'Associazione Prevenzione Tumori di Guastalla ha organizzato per i nostri Comuni uno screening che ha ottenuto risultati molto buoni e questo è un aspetto che va sempre ricordato perché hanno svolto un'opera veramente meritevole. Poi il Dr. Cecchella voleva ricordare un'attività che stiamo facendo adesso.

Dr. Sergio Cecchella

L'attività che si sta facendo adesso è una cosa importante: è quella del progetto "DARDO" a cui l'Azienda ha messo anima e corpo. Quando c'è un sospetto di tumore alla tiroide si attiva un percorso che nell'arco di una giornata o due al massimo, permette di avere una serie di indicazioni, di valutazioni cliniche con esami che aggredisce in modo tempestivo il problema ed evita al paziente giri e difficoltà particolari. Questo è un lavoro che si fa col Dr. Emilio Maestri che oggi è presente e lo ringrazio, ha collaborato e collabora fortemente anche la D.ssa D'Andrea del Servizio Medicina di base specialistica e naturalmente uno dei punti cardini fondamentali per tutta una serie



di esami, una serie di percorsi abbreviati riguarda appunto il nostro Ospedale in specifico il Laboratorio e il Day Hospital Oncologico. E' un progetto in cui anche il nostro Direttore Sanitario D.ssa Daniela Riccò ha creduto fortemente dall'inizio. Abbiamo avuto qualche difficoltà a partire e adesso la difficoltà che mi risulta esserci, visti i risultati molto buoni e importanti, i pazienti soddisfatti, è dare continuità perché l'impegno è diventato gravoso. Volevo precisare perché prima quando parlavamo di collaborazione e adesso rispetto a tutte le cose che ha detto la D.ssa Riccò, che l'Azienda ha fatto, sta facendo e che ha in progetto di fare anche questo è un tassello importante all'interno di questo percorso. Grazie.

Dr. Gian Paolo Rossi

Ci sono delle domande sulla relazione della Dr. Riccò ? No. La D.ssa Riccò è stata bravissima e ci ha fornito dei dati inoppugnabili. Possiamo proseguire. Cominciamo a parlare di prevenzione primaria. Il programma è stato un po' modificato, quindi ora parleremo di dieta e sedentarietà. E' un aspetto che è molto dibattuto, anche sulla stampa, quotidiani e settimanali. Chi non ha un inserto sulla salute? Qualche settimana fa uno dei giornali più diffusi in Italia, nell'inserto della salute metteva in evidenza l'impegno nel settore della dieta, addirittura c'erano alcune ricette e, poneva l'accento sull'attività che viene svolta presso l'Istituto Tumori di Milano e lo portava ad esempio per l'impegno in questo senso. Qui abbiamo il Dr. Andrea Micheli che ci parlerà di questi aspetti.



Duyske '07



Dr. Andrea Micheli

PREVENZIONE DIETA E SEDENTARIETA'

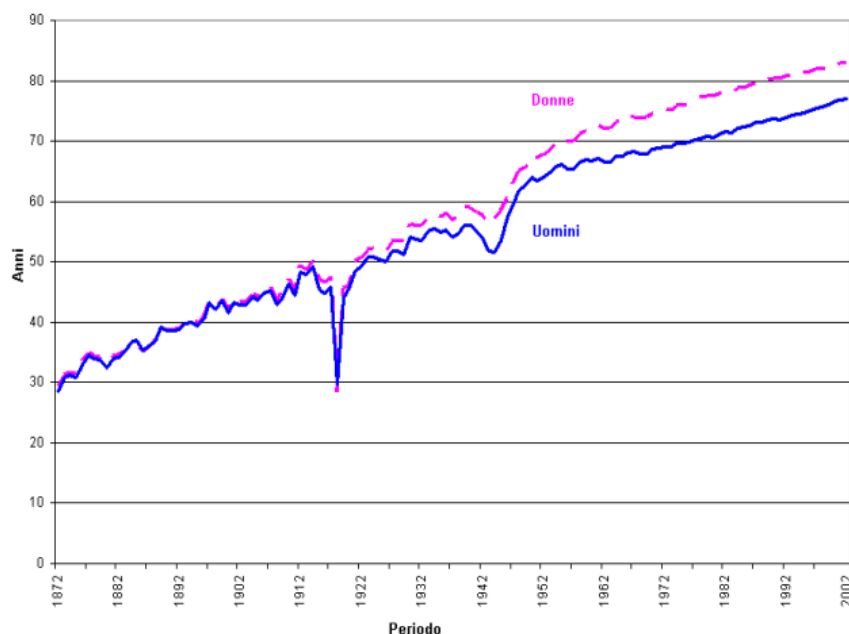
*A. Micheli
UO Epidemiologia Descrittiva e
Programmazione Sanitaria
Fondazione IRCCS "Istituto Nazionale dei Tumori"
Guastalla, 2007*

Io sono grato di essere stato invitato qua, vedere queste sale piene è un grosso conforto, non è sempre così in tutto il Paese, ed è importante affrontare questi messaggi perché noi siamo alle soglie di una grande trasformazione per quanto riguarda la Sanità pubblica. Derivano dal fatto, e questo sarà il contenuto della mia presentazione che si è arrivati a valutare quali sono le tendenze in Italia, ed in Europa delle patologie croniche degenerative come il cancro e si sta decidendo e si decide di attivare politiche d'intervento che modificheranno i nostri stili di vita, i nostri comportamenti con un impegno che sarà di 10-20-30 anni. Siamo alla soglia di una grande modifica del modo con cui si pensa la sanità; la sanità non viene più pensata come un mondo a se stante dalla complessità della società, ma viene vista, come si dice tecnicamente, in modo intersettoriale; cioè sanità vuol dire parlare della organizzazione della nostra società, del modo con cui noi consumiamo, mangiamo, ci muoviamo, ecc. Adesso proverò ad articolare un discorso che ci permetta di capire come mai si è finiti a questo tipo di valutazioni.

Questa diapositiva ci mostra quanto viviamo e quanto abbiamo vissuto in Italia nel corso del secolo scorso. Qui siamo alla fine del 1800 e qui passano cento anni. Provate a pensarci, nostro padre, nostro nonno vivevano mediamente 30/40 anni; sono passati cento anni e questo secolo ha trasformato la demografia.



SPERANZA DI VITA ALLA NASCITA IN ITALIA - 1872-2002



Fonte: The human mortality database

Cioè quello che noi studiamo adesso del comportamento della salute nell'umanità non è noto, è nuovo perché abbiamo cambiato in un secolo quello che poi per la storia dell'umanità si è conosciuta come tempo di vita dell'umanità, cioè in un secolo siamo passati da 40 ad 80 anni. Di che cosa parliamo allora, parliamo del fatto che noi comunque stiamo conoscendo un avanzamento della lunghezza di vita per cui quando affrontiamo il problema della prevenzione dobbiamo sapere che stiamo parlando della volontà di continuare nel percorso di crescita che abbiamo conosciuto, ma soprattutto del fatto che dobbiamo impostare un sistema sociale che ci permetta di vivere bene quando incontriamo le malattie croniche ed è questo il grande problema che abbiamo. Dobbiamo affrontare una società che ci permetta di conoscere il tumore e riconoscerlo come una delle malattie possibili, non la malattia letale, non la malattia che ci stronca la vita perché non è più così e non sarà mai più così. Dobbiamo migliorare però la qualità della vita per il futuro. Altre osservazioni interessanti sono qua da fare.

Il tratto rosa sono le femminucce, gli altri sono i maschietti e come si vede, appena noi abbiamo cominciato a vivere di più le donne vivono molto di più, qualcuno pensa che siano più forti degli uomini, cioè di fronte alla aggressività della società, dell'ambiente, comunque resistono meglio.

Guardate in Italia tra il resto e tra i Paesi dove questa distanza tende ad aumentare.

Un'altra osservazione da fare è che queste sono le due guerre e che le guerre sono terribili e sono terribili non solo per chi va al fronte, ma anche per chi rimane a casa; osservare queste cose da la dimensione dei fenomeni che abbiamo di fronte e questo è guardare cosa sta succedendo adesso in Italia nell'ultimo periodo.

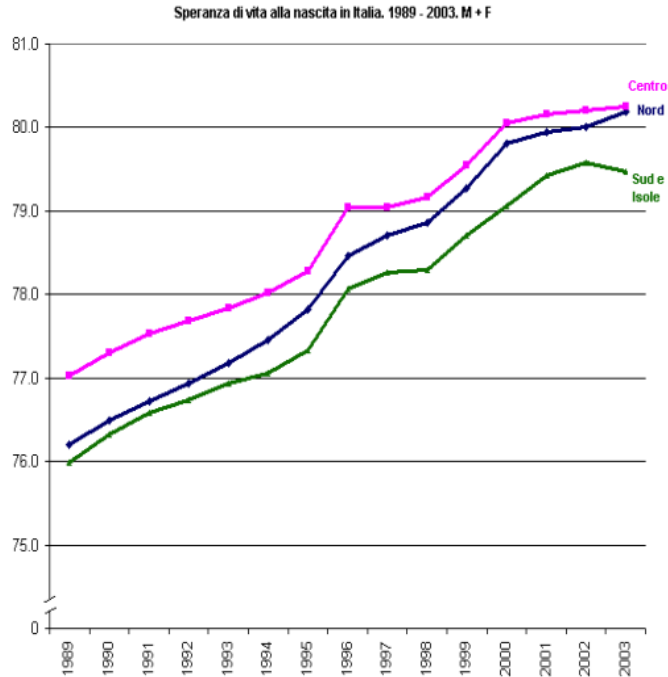
Guardate i dati separati per Centro, Nord, Sud ed Isole; qui siamo nell'ultimo decennio della nostra storia, tanto per capire come sta andando.



Speranza di vita alla nascita in Italia

1989-03

Fonte: Health for All Italia, Giugno 2005



Nell'ultimo decennio ancora si cresce perché qui eravamo alla fine degli anni ottanta e uomini insieme erano 77 qua al punto più alto che è il Centro, le vostre Regioni hanno continuato a salire la speranza di vita ed ora si attesta sopra ad 80, il che vuol dire che siamo ai vertici del Mondo, siamo in lizza noi i Giapponesi ed i Francesi; siamo tra quelli che combattono per raggiungere i livelli più alti.

Guardate però l'interessante fenomeno, questa è una cosa importante da capire quanto il concetto che vi dicevo prima dell'intersettorialità della sanità che non deve essere vista solo come un fenomeno clinico, ma della società. Guardate la crisi di questi ultimi anni nel senso di taglio del "prodotto interno lordo": nelle regioni del Sud ha determinato il fatto che si è creata una distanza tra il Centro/Nord ed il Sud anche in termini di speranza di vita dalla nascita e questo ci fa capire quanto sia grande l'importanza di considerare la salute come un aspetto generale della società.

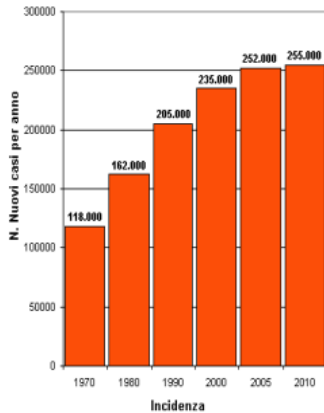
La diapositiva seguente ci mostra i numeri, che cosa sta succedendo e cosa succederà come insieme del numero dei casi per oncologia per tumore in Italia. Questi sono i dati di incidenza, incidenza vuol dire la probabilità di ammalarsi, qua ci sono i dati di mortalità e questi sono i dati di prevalenza e dopo spieghiamo cosa vuol dire.

Incidenza vuol dire appunto la probabilità di ammalarsi e questi sono i dati che riguardano uomini e donne insieme più o meno di tutte le età, poi guardate cosa succede: nel 1970 c'erano circa 120.000 nuovi casi l'anno in Italia, anno dopo anno questa numerosità cresce e noi stimiamo che ci siano circa 255.000 nuovi casi l'anno di tumori in Italia.

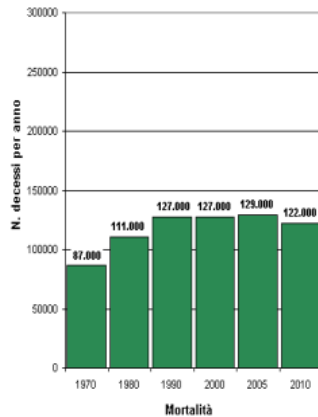


Casi, tutti i tumori, M+F, Età 0-84, Italia

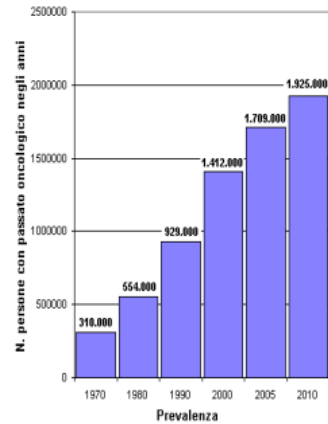
Incidenza



Mortalità



Prevalenza



Fonte: I Tumori in Italia

Ma perchè ce ne sono così tanti e crescono così tanto? Essenzialmente e primariamente perché la speranza di vita cresce, cioè tanto più noi viviamo tanto più la probabilità di avere un tumore aumenta perché il nostro corpo come fa: reagisce alla aggressione ambientale, reagisce una volta, due volte, tre volte ad un certo punto si stanca di reagire ed è lì che la cellula impazzisce e nasce il tumore. Per cui il solo fatto di vivere di più produce più casi e 255.000 nuovi casi vuol dire un esercito di problemi. Per fortuna, esattamente a partire dagli ultimi 15/20 anni la capacità del nostro sistema pubblico e del nostro sistema disperso su tutto il territorio nazionale ha permesso di ridurre la tendenza della mortalità, cioè per capirci se tante persone si ammalano, tante persone muoiono, noi dovremmo vedere queste due curve con la stessa tendenza, non è così; aumentano i casi, i numeri di decessi ad un certo punto in questi anni come numero si fermano e non solo, prevediamo che tenderanno a ridursi; cosa vuol dire che arrivano tanti più casi, ma tanti ne curiamo; tanti più ne curiamo siamo capaci tanti più di curarne e che ne è di queste popolazioni? Queste popolazioni noi le chiamiamo “i casi prevalenti”. Guardate cosa succede nel 1970: i casi prevalenti cioè le persone che hanno avuto esperienza oncologica nella loro vita erano 300.000, nel 1990 erano 900.000, alla fine del 2010, tra qualche anno, saranno circa 2.000.000. di persone; parte della nostra società vuol dire che ha avuto una esperienza oncologica, allora dobbiamo capire che siamo di fronte al fatto di avere espresso una capacità curativa che permetterà di poter dire e di dire tuttora a molti: cosa hai fatto tu? Io ho fatto l'appendicite. Cosa hai fatto tu? Io ho fatto il tumore del colon, ho avuto un'operazione a desso vivo e sto bene, perché così questo sarà il destino dei prossimi anni. Per fare questa cosa però dobbiamo riorientare gran parte della nostra spesa pubblica e dell'intervento sociale ed economico per la Sanità, per il controllo dei cosiddetti “lungosopravvivenenti”; cioè dobbiamo capire i loro bisogni, offrire loro una risposta per permettere loro di superare il problema che è soprattutto di carattere psicologico di avere con se una malattia importante, 2.000.000 di persone vuol dire un elemento importante.

Una grande chiacchiera che si fa nel nostro Paese, scusate è così, è la chiacchiera delle code. Le code in Italia non sono fatte, a volte, dall'inefficienza del sistema ma dall'efficienza del sistema, cioè il sistema che cura le persone in campo oncologico, in campo cardiovascolare determina un esercito di persone con domande sanitarie; quale è il compito della sanità pubblica? E' Governare questo processo, è fare in modo che alle code arrivino le persone che hanno i bisogni, è fare in modo che alle code arrivino non solo i più ricchi, i più avvantaggiati, i più colti, ma fare in modo



che le code siano governate. Molto spesso queste code sono fatte di una domanda dovuta all'ansia del problema non a reali problemi e chi sono questi nuovi casi che arrivano? Prevalentemente come vi ho detto sempre più anziani. Nel 1980 il 94% dei casi oncologici avevano più di 50 anni al momento della diagnosi, dopo 20 anni il 2% in più e questa è la tendenza; anno dopo anno l'esercito delle persone che incontrano questa malattia, molta parte dovuta al fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, sono esattamente persone anziane o comunque più avanti negli anni.

INCIDENZA IN ITALIA PER ETÀ

tutti i tumori – M + F

Età	1980	1990	2000
< 50	6%	5%	4%
50 +	94%	95%	96%

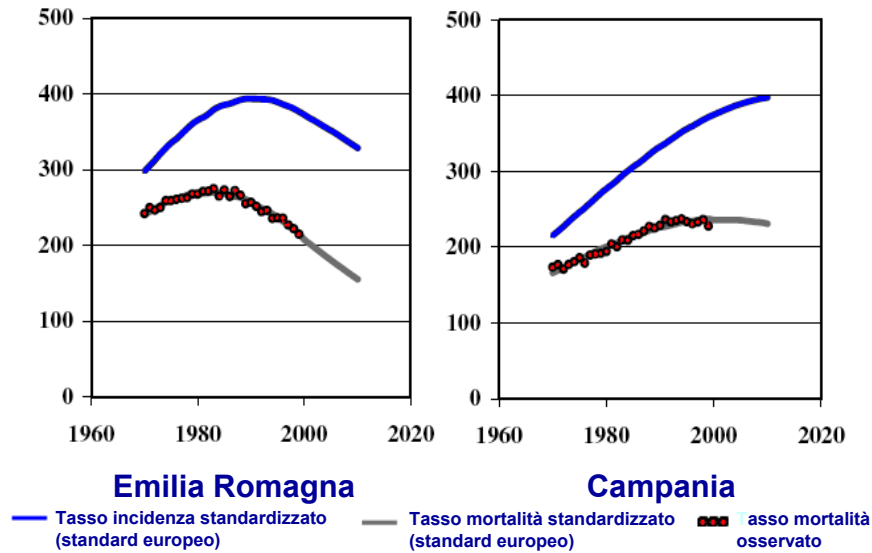
Fonte: A. Verdecchia, *European Journal of Cancer*, 2001

Ma come andrà l'evoluzione? Per quanto riguarda la mortalità e l'oncologia, guardando le grandi aree e le regioni del Paese, questi grafici ci mostrano il risultato di modelli matematici che ci permettono di stimare l'evoluzione nel tempo delle malattie, questi sono i dati relativi all'Emilia - Romagna e vanno dal 1970 al 2010 e questi un esempio del Sud, per farvi capire e interpretare quali grandi fenomeni di trasformazione sta attraversando il nostro Paese e quali grandi impegni sono ora da assumere dalla politica nelle diverse aree del Paese in funzione dei diversi bisogni. Nel 1970 e nel 1980 per tutta l'epidemiologia che abbiamo conosciuto, il Nord l'area ricca del Paese, l'area industrializzata, l'area avanzata produceva più casi e noi abbiamo pensato, abbiamo associato questa nuova malattia che arrivava come elemento dell'industrializzazione e trasformazione del Nord, questa fase è finita. Il rischio in Emilia – Romagna è andato crescendo fino al 1990 e adesso si sta riducendo. La nuova società post - industriale terziaria riduce la produzione di casi e allo stesso modo, perché li curiamo, la mortalità ridurrà e si ridurrà in un modo molto forte e questa distanza sono i casi prevalenti che vi dicevo prima. Non è così nel Sud e in particolare, drammatica la situazione della Campania, aveva un rischio più basso dell'Emilia – Romagna, nel 2010 avrà un rischio più alto.

Lì arriva il processo della trasformazione sociale, senza un controllo e soprattutto con una grande modifica degli stili di vita e, qui arriviamo al nodo, al problema della prevenzione primaria: si modificano gli stili di vita laddove c'erano le popolazioni protette dalla cosiddetta media mediterranea e nel contempo non si ha la capacità di rispondere con interventi di prevenzione primaria.

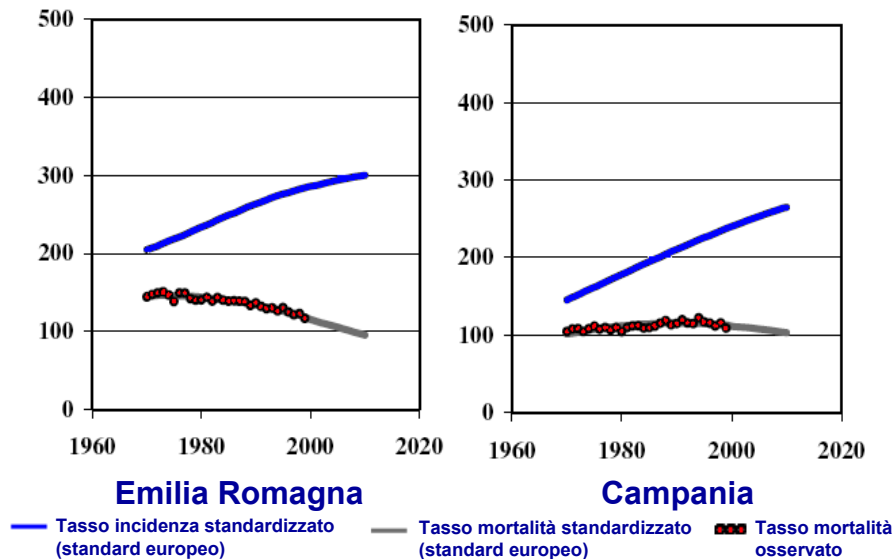


Stime di Mortalità e Incidenza 1970-2010 TUTTI I TUMORI – 0-84 anni – MASCHI



Quelli erano i dati relativi agli uomini, questi sono relativi alle donne, anche qua il disegno è pressoché simile.

Stime di Mortalità e Incidenza 1970-2010 TUTTI I TUMORI – 0-84 anni – FEMMINE

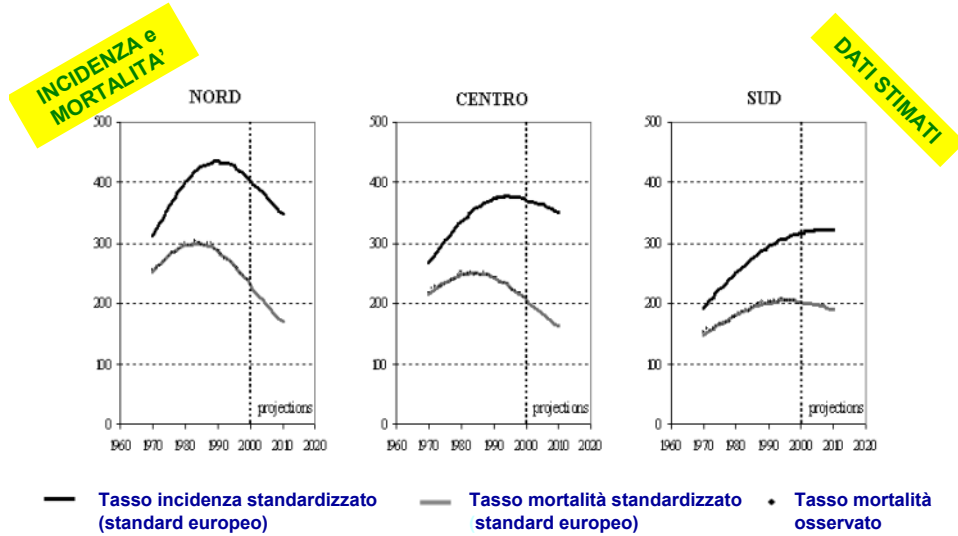


C'è una tendenza qua all'aumento dell'incidenza nelle donne ma come è stato ben detto precedentemente e per la gran parte sostenuto esattamente dagli interventi di screening. Noi stiamo anticipando in questi anni una serie di casi che sarebbero sorti per via naturale più avanti per cui abbiamo un effetto di sovrastima dell'incidenza reale. Per quanto riguarda la mortalità come vedete, le tendenze sono quelle di essere su livelli più contenuti di quelli che siano al Sud. Complessivamente nel nostro Paese si sta delineando un processo molto chiaro, questi sono i dati relativi agli uomini, naturalmente queste sono tutte stime sono modelli matematici con i quali si studiano le tendenze, questi sono i dati di incidenza come vedete il Nord è in riduzione, il Centro in



contenimento, il Sud è ancora in crescita e la tendenza di riduzione alla mortalità è più forte al Nord che al Sud anche associata alla diversa speranza di vita se uno si ammala al Nord o al Sud.

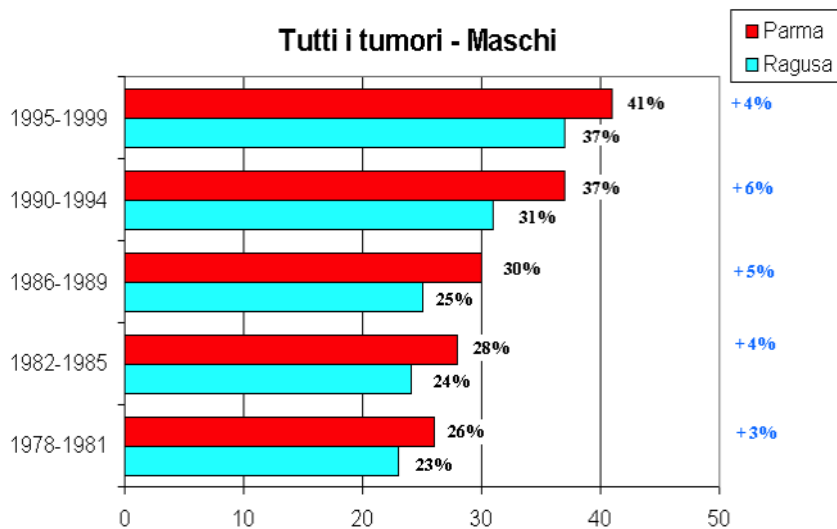
STIME - MORTALITÀ E INCIDENZA ITALIA – TUTTI I TUMORI – 0-84 anni – uomini



Fonte: ISS

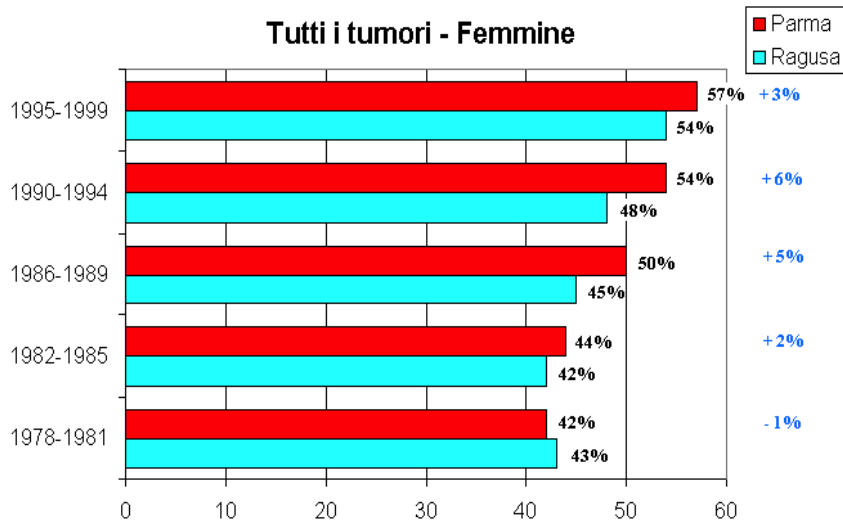
Vi sono stati fatti precedentemente vedere delle stime di sopravvivenza, qui ho portato i dati del registro di Parma che dispone di sede storica di più lungo periodo, sono dati relativi all'insieme di tutti i tumori, quindi indipendentemente dal tipo di tumore per avere un'idea generale di performance dei sistemi sulla capacità di curare le persone. Questi sono i casi diagnosticati alla fine degli anni '70 e questi sono i casi diagnosticati alla fine degli anni '90. Parma in rosso, Ragusa in verdino:

Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi (%) corretta per età – ITACARE/EUROCARE/AIRT, 1978-99, MASCHI





Sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi (%) corretta per età – ITACARE/EUROCARE/AIRT, 1978-99, FEMMINE



come vedete, prima osservazione in tutta Italia la prognosi migliora periodo dopo periodo, adesso per i maschi circa il 40% delle persone che si sono malate di tumore sono vive a cinque anni dalla diagnosi, ma se una persona vive in Sicilia ha un 4% in meno di probabilità di essere in questo gruppo. Cosa vuol dire? Vuol dire purtroppo che noi abbiamo un'incapacità di diffondere le capacità di miglior sistema in tutto il nostro Paese e questo è uno dei compiti di sanità pubblica. Abbiamo detto che stiamo correndo e intercorrendo grandi fenomeni. Io lavoro per la Comunità Europea da molti anni, sono responsabile degli interventi di Sanità Pubblica in diversi Paesi della Comunità Europea, questo è il modello con cui operiamo. Negli ultimi 30 anni c'è stato un miglioramento importante dell'approccio con cui noi affrontiamo il problema oncologico e il problema delle malattie cardiovascolari. Questo fatto soprattutto quello delle malattie cardiovascolari ha determinato un aumento importante in speranza di vita, questo si riverbera sul fatto che in tutta Europa, e l'Italia segue questo processo, aumenta il numero di nuovi casi semplicemente perché sta aumentando la vita. Che cosa succede? Abbiamo quella che noi chiamiamo l'inflazione dei casi prevalenti, un esercito di persone ai quali noi dobbiamo dar soddisfazione.

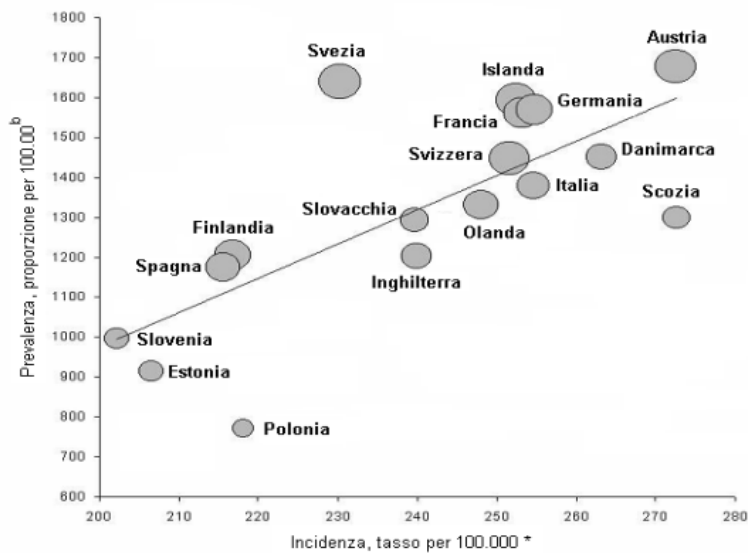




Ma come possiamo fermare questo processo? Quale strada politica dobbiamo perseguire? Dobbiamo aprire adesso una grande vertenza in Europa, in Italia, ovunque per investire in prevenzione primaria. Dobbiamo ridurre le tendenze perché? Perché i sistemi sanitari non reggono il costo dei pazienti oncologici sta diventando incompatibile con gli investimenti sanitari in Sanità. L'unica soluzione per tutti i Paesi è cambiare strategia è investire in prevenzione primaria per avere a lungo termine una riduzione dei casi, anche tra gli anziani. Guardate questa diapositiva un po' difficile, cerchiamo di spiegarla, è una diapositiva che voglio mostrare perché dice che si può fare.

PREVALENZA TOTALE, -INCIDENZA, E -SOPRAVVIVENZA STANDARD PER ETA', PER TUTTI I TUMORI, M + F, 1992

L'area del disco è proporzionale alla sopravvivenza relativa a 5 anni



MIGLIORAMENTI NELLA CURA AUMENTANO LA PREVALENZA

Fonte: Micheli et al Annals of Oncology, 2002

LA PREVENZIONE RIDUCE L'INCIDENZA

Su questo asse ci sono i dati relativi all'incidenza, questi sono i diversi Paesi europei. Tanto più una sfera è posta sulla vostra destra tanto più vuol dire che un Paese ha casi incidenti. La Scozia ha più casi della Polonia, l'Inghilterra sta in mezzo. Su questo asse sono il numero dei pazienti che si sono ammalati e sopravvivono. Allora se tutti funzionassero uguale troveremmo tutti i Paesi messi su questa retta, tanti si ammalano tanti ne trovo nella popolazione. Guardate alcuni Paesi che sono fuori dalla retta in particolare alcuni Paesi che aspettiamo qua nei Paesi industrializzati perché qui abbiamo a bassi livelli di incidenza la Polonia, l'Estonia, la Slovenia e qui invece abbiamo la Germania, la Svizzera, l'Italia, la Francia, qua Paesi ricchi alta incidenza Paesi poveri bassa incidenza, ma la prevalenza di Svezia e Finlandia guardate come è fuori, con bassa incidenza. Finlandia e Svezia dovrebbero essere qua invece sono qua, hanno livelli analoghi alla Polonia perché 20-30 anni fa questi due Paesi hanno impostato piani di sanità pubblica nazionale sulla modifica dei loro stili di vita, hanno modificato gli stili di vita dei loro Paesi, hanno modificato il rischio oncologico, è la dimostrazione chiara che si può fare. Allora ecco perché l'Europa ha lanciato un programma che si chiama "Guadagnare la salute". Guadagnare la salute vuol dire introdurre politiche di sanità pubbliche intersettoriali per fare che cosa e perché? Perché muoiono in Europa circa 9.500.000 di persone l'anno. Di questi 9.500.000 di persone all'anno circa 5.000.000 di persone sono morte per malattie cardiovascolari e circa 1.800.000 sono morte per tumore.



“Gaining health” La Strategia Europea per la Prevenzione e il Controllo delle malattie non-trasmissibili

Table 1. Burden of disease and deaths from NCD in the WHO European Region, by cause (2005 estimates)

Group of causes (selected leading NCD)	Disease burden (DALYs*)(000s)	Percent of all causes	Deaths (000s)	Percent of all causes
Cardiovascular diseases	34421	23%	5067	52%
Neuropsychiatric conditions	29370	20%	264	3%
Cancer (malignant neoplasms)	17025	11%	1855	19%
Digestive diseases	7117	5%	391	4%
Respiratory diseases	6835	5%	420	4%
Sense organ disorders	6339	4%	0	0%
Musculoskeletal diseases	5745	4%	26	0%
Diabetes mellitus	2319	2%	153	2%
Oral conditions	1018	1%	0	2%
All NCD	115339	77%	8210	86%
All causes	150322		9564	

* DALYs: disability-adjusted life years.
Source: Preventing chronic diseases: a vital investment (1).

Fonte: WHO Europe

Bene tutte queste malattie sono aggredibili. Sulla base delle conoscenze che noi abbiamo noi possiamo ridurre questo numero di morti se impostiamo delle politiche che tengono conto delle informazioni che il mondo scientifico offre alla sanità pubblica. La cosa penso, che non so quanti di voi sappiano, perché noi viviamo in un curiosissimo Paese dove la stampa molto spesso si occupa di elementi parziali e settoriali della nostra vita e non discute di elementi più importanti, la cosa dicevo curiosa e stranissima è che il nostro Paese due mesi fa ha votato, il Governo del nostro Paese, ha preso il piano europeo di “Guadagnare la salute” e l’ha fatto diventare un piano nazionale.

Guadagnare salute il progetto per rendere più facili le scelte salutari

- **GUADAGNARE SALUTE è un programma multisettoriale recentemente approvato dal Consiglio dei Ministri**
- **Un programma per prevenire/modificare comportamenti associate a malattie croniche (cardiovascolari, respiratorie, tumori, diabete)**
- **GUADAGNARE SALUTE è un investimento per il futuro per migliorare le condizioni di vita dei cittadini e ridurre il peso delle malattie croniche**

Fonte: Ministero della Salute

Attualmente esiste un documento firmato dal Governo nazionale che da gli indirizzi per sviluppare un piano per guadagnare la salute. Si tratta di un programma multi settoriale che coinvolge dieci



Ministeri, è la prima volta in Italia, una delle prime volte in Europa dove un piano sanitario viene fatto coinvolgendo il Ministero dei Trasporti, dell'Economia, dell'Agricoltura, della Gioventù, della Salute e del Commercio. Il programma cosa dice: dobbiamo fare un programma di lungo periodo per modificare e prevenire gli orientamenti associati alle malattie croniche e quindi una lotta di lungo periodo per raggiungere l'obiettivo di abbattere il numero di decessi in Italia per patologie cardiovascolari, oncologiche, respiratorie, diabete, malattie cronico – degenerative in genere.

Guadagnare la salute dice il Ministero è un investimento per il futuro, per migliorare le condizioni di vita dei cittadini e ridurre il peso delle malattie croniche. Qui arriviamo al punto che vi dicevo prima, guardate che quando si parla di prevenzione primaria, che vuol dire ridurre la probabilità di ammalarsi, è incredibile, ma si dimostra che riduce anche la possibilità di aggravare la malattia, migliorare e ridurre l'esposizione al fattore rischio è un elemento di cura, si guarisce dalla malattie esattamente modificando anche la malattia in senso preventivo. E' un progetto per rendere più facili le scelte salutari e coinvolge in prima battuta i Ministeri della Salute, Politiche Giovanili e dello Sport che hanno l'indicazione, c'è scritto nel documento del Governo, di stipulare atti di convenzione con tutti gli altri Ministeri per affrontare diversi aspetti.

Chiama a raccolta le Regioni, le Province, i Comuni per riorientare le loro politiche secondo le indicazioni precise indicate in questo programma. Ha fatto una convenzione con il Ministero dell'Istruzione Pubblica per la modifica di alcuni programmi scolastici per fornire informazioni sulla prevenzione primaria fin dai primi anni della scuola. Chiama intorno a se le Associazioni del mondo del lavoro di categoria perchè questo vuol dire trasformare in parte il sistema economico italiano. Chiama i professionisti della salute, gli operatori del volontariato che saranno parte essenziale di questo grande programma.

"Guadagnare salute"

il progetto per rendere più facili le scelte salutari

- ✓ **Chi è chiamato a lavorare insieme per sviluppare sinergie per i cittadini e trasformare le buone pratiche in interventi consolidati?**
 - **Amministratori centrali (Ministero della salute, Ministero per le politiche giovanili e lo sport),**
 - **Regioni, Province, Comuni,**
 - **Mondo della scuola (Ministero della pubblica istruzione),**
 - **Mondo del lavoro e dell'industria (Associazioni di categoria della filiera alimentare, Associazioni consumatori, Organizzazioni sindacali),**
 - **Professionisti della salute,**
 - **Operatori del volontariato.**

Fonte: Ministero della Salute

Cosa dice questo programma: ci sono 4 grandi fattori da combattere, il primo è il tabacco e ve ne parlerà Roberto Mazza: il 15-20% dei morti sono attribuibili al fumo;



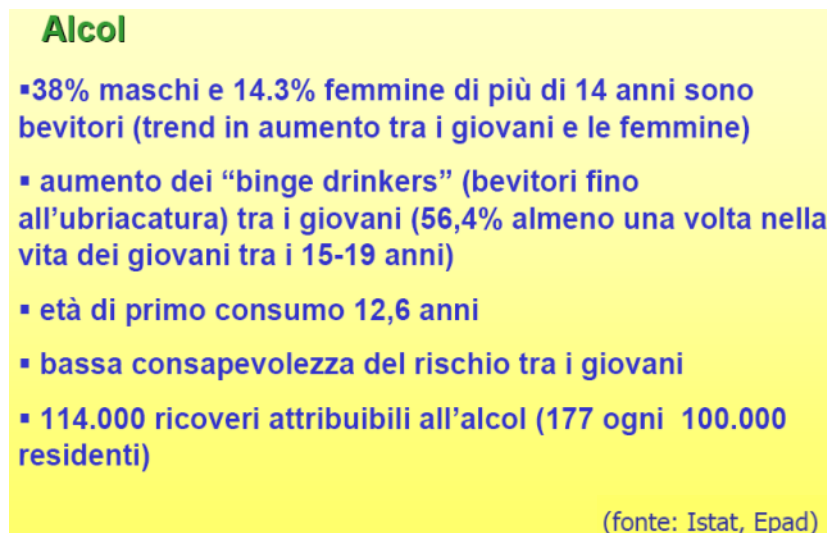
"Guadagnare salute" Principali fattori di rischio in Italia



Fonte: Ministero della Salute

l'altro grande fattore di rischio è l'alcool: il 38% dei maschi e il 15% delle femmine con più di 14 anni sono dei bevitori e il trend è in aumento nelle giovani generazioni.

"Guadagnare salute" Principali fattori di rischio in Italia



Fonte: Ministero della Salute

Adesso io voglio parlare di due fattori, uno si chiama attività fisica, l'altro si chiama dieta perché i fattori di questo programma sono quattro: fumo, alcool, attività fisica e dieta. Adesso vi parlerò di attività fisica. Si stima che in Italia, questi sono dati dell'ISTAT, circa il 20% degli Italiani pratici uno sport con continuità sono atletici, vanno, fanno, giocano a pallone, fanno nuoto ecc .ecc., a me sembra un po' alta come stima; il 10% lo pratica saltuariamente, sono quelli che fanno una corsetina ogni tanto, che vanno a giocare a tennis, che vanno magari anche a caccia e pesca quei



movimenti un po' così. Quindi siamo al 30%, il 30% che fanno attività fisica nel senso che camminano ogni tanto, vanno in bicicletta, fanno qualche attività, ma il 40% niente, cioè praticamente sono destinati a una vita sedentaria e, guardate che sono destinati a un rischio maggiore per tutte quelle malattie che ho detto importanti, per cui bisogna darsi una mossa per muoversi.

Guadagnare salute Principali fattori di rischio in Italia



Fonte: Ministero della Salute

E' utile e fa bene. Per quanto riguarda esattamente l'oncologia, il sovrappeso aumenta il rischio di cancro del colon, della mammella, dell'endometrio, del rene e anche altre patologie. L'attività fisica riduce il rischio di cancro del colon, della mammella, probabilmente dell'endometrio e della prostata, nel senso che ci sono già dimostrazioni precise sulle singole patologie e guardate che la cosa curiosa è questa che l'effetto di fare attività fisica è associato all'ingrossamento, è associato alla dieta ma ognuno di questi aspetti hanno anche un ruolo indipendente cioè che mangiare meglio conviene ma bisogna fare anche attività fisica, bisogna fare tutte le cose.

IARC handbook for cancer prevention, Vol 6, 2002 Weight reduction and physical activity

- **Evitare il sovrappeso riduce il rischio di cancro del colon, della mammella (dopo la menopausa), dell'endometrio, del rene, e degli adenocarcinomi dell'esofago**
- **L'attività fisica riduce il rischio di cancro del colon e della mammella, e probabilmente dell'endometrio e della prostata**



Guardate che cosa dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità in Europa, che del resto l'Ufficio OMS Europa per quanto riguarda questi aspetti è a Roma, per cui gran parte di questi ricercatori sono italiani: fare attività fisica aumenta la speranza di vita, vivremo di più se ci muoviamo, avremo meno malattie cardiovascolari, meno diabete, naturalmente ingrasseremo di meno, avremo meno rischio di tumore del colon e della mammella, ma anche di osteoporosi, calcoli renali, riduce la depressione insomma ci fa vivere meglio e sopportare meglio lo stress della vita. Poi una cosa molto importante ci permette di arrivare nella terza e quarta età con più indipendenza personale.

Attività fisica e salute - OMS Europa

↑ Aspettativa di vita	↓ (Cancro del pancreas)
↓ Malattie cardiovascolari	↓ Osteoporosi
↓ Diabete II	↓ Calcoli renali
↓ Obesità	↓ Depressione
↓ Cancro del colon	↑ Tolleranza allo stress
↓ Cancro del seno	↑ Indipendenza in età avanzata
↓ (Cancro della prostata)	

Fonte: Martin et al. Schweiz Z Sportmed Sporttraumatol 49(3):131-133

Quanta se ne deve fare? Esattamente questo gruppo romano suggerisce questa indicazione molto semplice: i giovani che si diano una bella mossa, per cui almeno 60 minuti al giorno, bisogna cacciarli fuori dalle nostre case, via dai televisori ecc. a correre, a fare, e se fa freddo, e qui ci vogliono le Amministrazioni comunali che diano gli spazi. 60 minuti al giorno, bisogna che si diano una bella mossa e noi che abbiamo qualche anno in più almeno 30 minuti al giorno.

Di quanta attività fisica c'è bisogno?

anche in 2-3 episodi di 10-20 minuti ciascuno

- ✓ **Bambini e giovani**
 - **Almeno 60 minuti di moderata attività fisica al giorno**
- ✓ **Adulti**
 - **Almeno 30 minuti di moderata attività fisica al giorno**

Fonte: OMS Europa, Centro Europeo Ambiente e Salute, Ufficio di Roma



Possiamo fare tutto insieme oppure possiamo fare 2 o 3 episodi al giorno a muoversi. Ma questo cosa ha a che fare, è solo un problema individuale o un problema collettivo? No, è un problema anche collettivo, bisogna riorganizzare le scuole, bisogna fare in modo che i tempi scolastici siano adeguati a questa idea, bisogna fare in modo che alle scuole si vada a piedi o in bicicletta, bisogna fare in modo che l'attività del tempo libero e sport non sia per gli amanti ma sia per tutti, bisogna fare in modo che anche nei posti di lavoro, e qui è il problema delle relazioni sindacali e datori di lavoro, anche lì bisogna pensare che la gente non può stare 8 ore, 10 ore ferma in un posto, non va bene, bisogna modificare l'organizzazione del lavoro anche in quel senso, bisogna pianificare le nostre città e magari togliere le automobili e fa solo bene anche alla vista, camminare di più e usare, come molto spesso voi insegnate all'Italia, di più la bicicletta. Quindi questo si collega al problema per cui quando adesso si parla di Sanità si parla di organizzazione sociale, si parla di organizzazione del territorio, si parla dell'organizzazione delle nostre città.

Opportunità di introdurre l'attività fisica in diversi contesti della vita di ogni giorno

- ✓ **Scuola**
- ✓ **Attività del tempo libero e sports**
- ✓ **Posto di lavoro**
- ✓ **Pianificazione urbana e abitativa**
- ✓ **Trasporto**

Fonte: OMS Europa, Centro Europeo Ambiente e Salute, Ufficio di Roma

E adesso per quanto riguarda l'allarme che ha fatto in modo, penso che il nostro Governo abbia deciso praticamente primo Paese europeo di applicare questa cosa, sia l'allarme legato ai giovani. Sapete cosa sta succedendo? Una cosa drammatica. Noi abbiamo un dramma legato al sovrappeso e all'obesità nei bambini, e il dramma è soprattutto nelle aree più povere del Paese e si instaura nei bambini piccoli un'obesità che non è più curabile, non si riesce più a rimuovere ed è l'effetto dell'introduzione in Italia di un sistema di alimentazione americano/occidentale basato sulle merendine ecc. ecc. che ci ha allontanato la sana pastasciutta e fa in modo che questi bambini sono destinati già ora a malattie croniche nel primo periodo della loro vita.



Guadagnare salute Principali fattori di rischio in Italia



Fonte: Ministero della Salute

Questo è un allarme sociale che va portato ovunque, bisogna partire da lì per modificare gli orientamenti dei bambini. Una dieta non bilanciata causa 1/3 delle malattie cardiovascolari, una dieta migliore stimiamo che può prevenire il 30/40% dei tumori e poi facciamo anche i conti, vuol dire fare una politica che ci permetterà di avere un sistema sanitario compatibile, con quanto siamo, quanto noi decidiamo come Italiani, come popolazioni europee, di dare la sanità come investimento, oltre una certa cifra c'è un rifiuto a dare oltre allo Stato per organizzare queste cose, noi dobbiamo sapere che non più del 10% riusciamo a destinare a queste risorse, invece il fabbisogno sanitario chiede molto più denaro di quanto noi possiamo dedicare per cui sono importanti queste politiche per sanare il sistema degli anni a venire.

- **UNA DIETA NON BILANCIATA CAUSA 1/3 DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI**
- **UNA DIETA MIGLIORE POTREBBE PREVENIRE IL 30-40% DEI TUMORI**
- **L'OBESITA' COSTA AI SERVIZI SANITARI CIRCA IL 7% DEI LORO BUDGET**



Questo è il programma alimentare che facciamo all'Istituto Tumori di Milano dice: queste qui sono le cose molto buone, queste qui quelle che sarà bene ridurre, tanto più le vedete qua vuol dire che la riduzione deve essere più forte e allo stesso modo qua ci sono quelle che sono considerate più o meno buone e che invece non vanno bene; per cui non vanno bene le farine raffinate, non va bene lo zucchero, non va bene lo zucchero raffinato mai, bisogna modificare e tornare ad alimentarsi tanto meno è trasformato il prodotto, voi capite l'implicazione industriale, economiche che hanno queste indicazioni.

	Farina raffinata, zucchero	▽▽▽
	latticini leggeri, freschi	▽▽
	patate, prodotti derivati dal grano	▽▽
	Olio d'oliva, olio di sesamo	▽▽
	frutta e verdura	▽
	frutta secca, frutti di bosco, mele	▽
	crucifere e verdure a foglia verde	
	cipolle, porri, carote, zucchine, germogli, alghe	
	semi di lino e altri semi, noci e legumi	
	miso, tamari, tempeh, tofu, latte di soia	
	pasta e pane fatti con farina non raffinata	
	farina di grano saraceno, miglio, avena, riso, orso, frumento, farro	
△	pesce & crostacei e molluschi	
△	carne bianca	
△△	carne rossa, formaggio stagionato	
△△△	Uova, carne trattata	

Ma il punto è che l'idea che noi abbiamo a livello nazionale ed europeo è che questa trasformazione dovrebbe essere fatta con la cultura dei popoli. Bisogna partire dalla loro cultura, dalla loro storia e modificare e riorientare le agricolture ecc. senza conflitti senza aprire contraddizioni ma rimodificare l'interesse collettivo. Bisogna mangiare tanta frutta e verdura, evviva la pastasciutta, no però al pane bianco, ci vuole il pane come si mangiava una volta.

La raffinazione dei cibi è un danno. Ci sono indicazioni molto semplici che vengono date a livello internazionale e guardate che a seguirle io ci provo, è difficile richiede un certo impegno. Bisogna scegliere alimenti vegetali, un'ampia varietà di frutta e verdura e l'indicazione è "five" cinque porzioni al giorno o di frutta e verdura "five" cinque al giorno vuol dire un frutto, un piatto di pomodori, un piatto di insalata, un piatto di zucchine e un altro frutto; cambiate come volete però cinque al giorno e guardate che mangiando cinque volte al giorno, voi togliete, siccome mangiate questo non mangiate il resto. Vi riempite di questo e non mangiate di altro che non può fare bene. Bisogna ridurre il consumo di zuccheri, bisogna ridurre il consumo di carni rosse, ma vuol dire questo danneggiare, un modo di trasformare? No: vuol dire lanciare la produzione verso un sistema di grande qualità, non di consumo di massa. Laddove abbiamo degli alimenti che non hanno questo sistema di protezione ma comunque fanno parte delle culture, li dobbiamo ridurre e mangiare solo le parti buone, dobbiamo ridurre e mangiare solo il meglio, produrre il meglio, il meglio solo per mangiarlo qualche volta.



Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a global perspective (WCRF/AICR 1997 dietary recommendations)

- **Scegliere prevalentemente alimenti vegetali, con un'ampia varietà di verdure, frutta e cereali non industrialmente raffinati**
- **Consumare 5 o più porzioni al giorno di verdura e frutta**
- **Consumare cereali, legumi o radici non o minimamente raffinati**
- **Ridurre il consumo di zuccheri, carni rosse, cibi conservati con sale, particolarmente quelli di origine animale**

Guardate, qui c'è un problema enorme legato all'informazione, su questo terreno tutti hanno diritto di dire tutto e spesso in quel tutto ci sono dentro delle grandi sciocchezze. Quelli di noi che si occupano di queste cose e di giorno in giorno vediamo di un giornale e di un altro le grandi sciocchezze che vengono scritte e c'è sempre qualcuno che è autorevole di dire qualcosa di stupido, io non capisco, ma in Italia funziona così, nessuno che invece abbia in qualche modo, faccia parte di una rete autorevole, quelli non hanno voce, funziona così. Vi porto un caso clamoroso, è successo qualche mese fa, vi dirò che il guasto è partito dagli Stati Uniti; un articolo che diceva esattamente il contrario, è stato letto come il fatto che i grassi animali, contrordine, meno grassi non salvano la vita, quindi esattamente il contrario. Forse qualcuno si ricorderà qualche programma televisivo che è stato fatto dopo questo. Questa cosa determina un disastro informativo!

CHE FARE IN ITALIA? - INFORMAZIONE



News from the Women's Health Initiative: Reducing Total Fat Intake May Have Small Effect on Risk of Breast Cancer, No Effect on Risk of Colorectal Cancer, Heart Disease, or Stroke



Low-Fat Diet Does Not Cut Health Risks, Study Finds



Une étude échoue à établir un lien entre alimentation grasse et cancer



Dieta, contrordine dagli Stati Uniti: meno grassi non salvano la vita



Allora noi abbiamo fatto una scelta, abbiamo costituito una rete, vi fanno parte circa 150 ricercatori italiani di tutte le Università, di tutti gli Istituti, abbiamo fatto un sito e su questo sito mettiamo le indicazioni sulle quali noi siamo tutti d'accordo; per cui non c'è l'elemento della ricerca, della nuova conoscenza, la nuova conoscenza può discutere, commentare, ha un mondo a parte, ma l'indicazione sanitaria deve essere stabile, deve essere unica. Abbiamo fatto un sito dove mettiamo solo le informazioni da tutti noi condivise, questo sito è appoggiato dal Centro Nazionale per la Prevenzione contro la Malattia, dal Ministero della Salute e dalle diverse reti italiane che studiano le malattie cronic - degenerative e abbiamo costituito un'idea si chiama "La Comunità dei Promotori" dove partecipano individui, società, organizzazioni, comuni, province e tutti insieme uniti per un più grande progetto per i prossimi anni GUADAGNARE LA SALUTE attraverso una modifica compatibile dei nostri stili di vita per cui c'è questo sito lo potete trovare su www.tumori.net.

LA COMUNITA' DEI PROMOTORI

New
WEB-SITE
Dieta e Salute

- Fumo
- Alcol
- **Dieta**
- **Attività Fisica**
- Inquinamento atmosferico
- Rischio occupazionale
- Infezioni:
 - HPV
 - Epatite
 - HIV
 - Helicobacter pylori

www.tumori.net

TARGET

- Pubblico generico
- Medico di medicina generale
- Giornalista

Questo ad esempio è l'elenco delle organizzazioni che si riconoscono in questo sito e coi quali insieme si danno indicazioni condivise.



Willet è considerato il maggior esperto mondiale nel campo della nutrizione. Ci dice che si può stimare che circa un 30% dei tumori è evitabile con un programma di questo genere.

**.....considerate le più recenti
evidenze si può stimare che circa
un terzo dei tumori è evitabile con
cambiamenti della dieta
(Walter Willett. *Environ Health
Perspect.* 1995)**

Noi stimiamo progressivamente che nei prossimi 20 anni di avere un terzo dei tumori in meno; ma dobbiamo capire però un punto fondamentale:

LA SALUTE NON E' UN COSTO

E' UN INVESTIMENTO

Questo Paese non si muoverà dalle proprie politiche e non si immetterà in questa strada se tutti noi non riusciamo a capire che la salute è un investimento. Mettere risorse, decisioni, sforzi, fatiche nella salute non è un costo, non è un problema di bilancio delle AUSL, è un problema di quanto i cittadini hanno deciso di investire per garantirsi un miglior futuro perché come vi ho detto il punto non è solo di abbattere il rischio di malattia e il rischio di morte, ma raggiungere la fine della nostra vita nelle migliori condizioni e questo si può fare con un grande programma di prevenzione primaria. Grazie.



Dr. Gian Paolo Rossi

Grazie e complimenti perché è stata una relazione bellissima e ci ha detto cose nuove per noi. Qualche domanda?

Domanda:

Volevo fare una domanda a proposito dell'ultima parte quando ha parlato delle piramidi alimentari, delle cose che conviene mangiare e delle cose che non vanno assolutamente bene, senza andare negli estremismi dei Mc Donalds che quelli si sanno. C'è un piccolo particolare: si parla tanto di offrire gratuitamente il sostegno, offrire gratuitamente quando è possibile i vari esami, screening e tutto il resto, si va incontro a tutto. Poi si va a vedere che molti di quegli alimenti, quelli veramente buoni, ottimi, si trovano in determinati posti, tipo cooperative naturali e posti similari e hanno un costo molto elevato e uno dice: se devo prendere un pacco di pasta della Barilla che è raffinata lo pago 0,85€ a differenza di un pacco di pasta non raffinata che mi costa 1,50€. Secondo me un intervento che chi può dovrebbe fare è proprio quello di cercare di invogliare le persone anche in questo modo altrimenti diventa la storia della benzina verde, costa più dell'altra.

Risposta del Dr. Micheli:

Condivido in pieno, è assolutamente vero sono state fatte proprio dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in Roma. Hanno fatto valutazioni del costo di un'alimentazione corretta con quella non corretta e c'è una differenza enorme e questo è il punto. E' questo è il problema. Il problema è che noi non andiamo da nessuna parte se non abbiamo la forza e la capacità di discutere insieme al sistema della produzione, al sistema del commercio per introdurre là l'idea che è interesse collettivo avere dei prodotti collettivamente capaci di fare guadagnare la salute. Non c'è strada, non c'è che quella possibilità; naturalmente si potrebbe agire con politiche fiscali ecc., però l'orientamento generale che abbiamo non è mai di andare attraverso misure repressive ma quello di promuovere una coesione sociale rispetto a questo obiettivo. Questo punto che Lei ha sottolineato è esattamente drammatico in alcuni quartieri di Napoli, dove siamo arrivati al 20% dei bambini sotto i 6 anni, obesi. Sono i quartieri più poveri di Napoli, sono i quartieri dove mangiare, non dico come vorremmo, ma come mangiamo noi, in media non si può e costa pochissimo invece mangiare con i beni a largo consumo raffinati e questo è un problema. E' un problema anche di strati sociali, di classi sociali.

Domanda Dr. Emilio Maestri:

Richiamerei un attimo solo l'attenzione sul problema della sovrainfomazione. Come operatore sanitario mi trovo spesso a dovere rispondere a un quesito banalissimo: io dottore devo fare la dieta dell'osteoporosi, la dieta per l'infarto, la dieta per proteggere i tumori, ma esiste una sola dieta per la salute e questo noi sanitari non riusciamo a trasmetterlo. Che è difficile seguire una dieta lo sappiamo tutti, basta guardarsi allo specchio qualche volta, ma che sia difficile sapere la dieta giusta è un problema di informazione e temo che in questo noi siamo carenti.

Risposta Dr. Micheli:

Sì, è uno di quegli aspetti che vi ho detto. La cosa funziona così. Adesso ci sono dei comitati nazionali che lavorano al Ministero e si affrontano i vari punti di questa strategia del lungo periodo. C'è un comitato che discute esattamente il problema informativo. Comunque la scelta che per ora abbiamo fatto è quella che vi ho detto cioè quella di coagulare le persone competenti che si occupano di questo campo in una rete e fare in modo che questa rete dialoghi almeno per ora sul



sito e fare in modo che poi i giornali ecc. si riferiscano a questo sito. Questo è quello che per ora abbiamo deciso. Sappiamo che il processo è difficilissimo, complicatissimo perché purtroppo è difficile in tutti i Paesi, ma l'Italia ha la peculiarità, in questo campo, cioè da noi non esiste l'idea che ci sia qualcuno che sia un'Autorità Sanitaria, l'unico è Veronesi che non sempre va bene a tutti, come tutti. Allora quindi il problema, chi è l'Autorità in Italia? Se dice qualcosa il Ministero della Salute oh!!! Il Ministero della Salute chissà che interessi ci sono dietro, se qualcuno dice qualcosa chissà... non c'è nessuno a cui nessuno crede. In tutto il Paese c'è il problema della disinformazione, negli Stati Uniti per esempio c'è Search and General, dice una cosa lui per cui tutti stanno zitti perché l'ha detto lui, e lui chi è? E' uno che ha intorno tanti comitati scientifici, si raggiunge quello che si chiama consenso scientifico e si esprime il "verbo". Da noi non c'è nessuno che ha diritto di dire il "verbo". Allora qui banalmente abbiamo pensato: mettiamoci insieme tutti quanti, diamo un sito informativo, per un po' ci sarà confusione, aspettatevi, come succede, serate televisive in cui si dicono le cose più strane e incredibili. Sarà così.

Dr. Gian Paolo Rossi:

Diamo inizio alla seconda parte della nostra mattinata e questa volta parleremo del fumo di tabacco, un grande killer. Ricordo che nella lotta, nel tentativo di sensibilizzare la popolazione sotto questi aspetti, l'Associazione Prevenzione Tumori e gli Amici del Day Hospital Oncologico hanno attivato lo scorso anno una serie di incontri con gli studenti delle scuole, incontri che hanno ottenuto un grande successo; forse questa esperienza si cercherà di ripeterla e c'è in animo di fare un qualcosa per sensibilizzare la popolazione giovane sul problema del melanoma. Per parlare di questi problemi abbiamo invitato e ringraziamo per avere accolto, l'invito Roberto Mazza che è un infermiere professionale che lavora presso l'Istituto Tumori di Milano ma che da anni svolge un'attività: partecipa e promuove iniziative volte alla lotta contro il fumo di tabacco. Io ho visto il suo curriculum, credo che le multinazionali che producono tabacco l'abbiano iscritto nel libro nero; Roberto a te!





Roberto Mazza

L'epidemia fumo



roberto mazza – istituto nazionale tumori-
uf prevenzione, diagnosi precoce
e cura dei danni da fumo
milano, maggio 2007

Prima di tutto grazie per questa magnifica opportunità, di conoscere una realtà così viva e così vivace come vi sto vedendo, e anche una punta di invidia perché io sono un infermiere dell'URP e spesso l'Ufficio Relazioni col Pubblico vede la punta dell'insoddisfazione, quelli che vengono a protestare e, come ho sentito parlare questa mattina del vostro D.H.Oncologico, del Dr. Rossi, della sua caposala, dei medici e degli infermieri che vi lavorano, dove nessuna persona si è mai sentita abbandonata, devo dire che questa cosa mi ha riempito il cuore. Purtroppo nelle grosse strutture spesso non si riesce ad ottenere lo stesso, per cui credo che questa dimensione di vicinanza e di umanità, unita alla competenza, sia veramente la chiave vincente delle strutture sanitarie vicine alla cittadinanza. Devo farmi portavoce di due assenti. Miriam Magri che è la presidente della IAO che è l'Associazione degli Infermieri che si occupano di oncologia e che per noi infermieri è un punto di riferimento importante per crescere e continuare a crescere in questo lavoro magnifico che è l'assistenza ai nostri pazienti; purtroppo non è potuta venire però mi ha incaricato di portarvi i suoi saluti. Dall'aereo, non so come, anche il Dr. Paolo Casali ieri è riuscito a spedire una relazione di quello che avrebbe voluto dirvi, relazione che consegnerò alla vostra segretaria e quindi sarà a vostra disposizione; era veramente molto dispiaciuto ma questo incontro a New York è molto importante per il prosieguo delle ricerche che sta facendo su questi tumori rari.

Ma veniamo al fumo. Il fumo è un incarico che mi è stato dato: occupati di fumo! L'Istituto, ricordavamo prima col Dr. Rossi, era un posto dove si fumava dappertutto perché l'oncologia non riguardava i comportamenti ma riguardava solo la cura dei tumori. A quei tempi si fumava veramente dappertutto. Invece da circa sei anni si è fatta una campagna piuttosto decisa e piuttosto utile ed interessante.

Io mi sono avvicinato al mondo del fumo di sigaretta, della prevenzione dei tumori fumo-correlati quasi un po' per obbligo; dopo un po' di tempo mi sono accorto che è un settore vastissimo ed un settore in cui si può veramente studiare, conoscere e vedere una serie di interventi che possono essere fondamentali per la qualità della vita e per la salute in generale.



Quello di cui ha parlato prima Andrea, che ci ha fatto vedere che la salute non è una questione di addetti ai lavori, non è una questione di medici e infermieri ma la salute è una questione di tutti e tutti dobbiamo investire su questo.

Per quanto riguarda il fumo ho due serie di diapositive, la prima semplicemente come fare vedere che ci sono molte cose che di solito non si conoscono. Uno pensa che sul fumo di sigaretta sia già stato detto tutto, ci hanno spiegato che fa male, lo sappiamo, ma oltre a questo ci sono cose che non sono state approfondite e questa breve serie vuole parlare non solamente dello pneumologo che è quello che cura le broncopneumopatie cronico-ostruttive gravissime dei nostri pazienti che vanno in giro con le bombole di ossigeno; non vuole parlare del cardiologo che è quello che ha meno problemi perché quando una persona ha un infarto smette immediatamente di fumare dopo avere provato l'angoscia del dolore che provoca l'infarto. Al paziente quando viene detto che il fumo è corresponsabile di questi incidenti sicuramente smette in fretta.

Continuando a parlare di fumo, ad esempio, abbiamo scoperto che i medici di medicina generale sono una pedina fondamentale dell'intervento anti-fumo, perché il medico di medicina generale è quello più vicino al fumatore, è quello che più gli può dare facendogli entrare la questione dello smettere di fumare nella normalità della salute. Il cittadino va dal medico di medicina generale per qualsiasi tipo di problema di salute e per il medico di medicina generale è molto più facile e importante ogni tanto, quando è possibile, il richiamo, fare venire la voglia, motivare i propri assistiti allo smettere di fumare che è una delle cose più importanti che una persona può fare per la sua salute.

Nel nostro gruppo che si occupa appunto di prevenzione e di malattie fumo-correlate la mente scientifica è un medico di medicina generale che si chiama Giovanni Invernizzi con il quale stiamo collaborando veramente da vicino. Ogni anno tra il 5 e il 10% della popolazione si sottopone ad un intervento chirurgico. Complicazioni cardiovascolari o pneumologiche avvengono nel 10% dei casi in generale dei pazienti che si rivolgono alla chirurgia, quindi sono un problema piuttosto importante che tutti i chirurghi hanno presente.

dal chirurgo 1

- Ogni anno tra il 5 e il 10% della popolazione generale si sottopone ad un intervento chirurgico. Complicazioni cardiovascolari o pneumologiche avvengono nel 10% dei casi
 - Pedersen T. **Complications and death following anaesthesia** Thesis 1994 - Cochrane database).

I fumatori hanno un considerevole aumento del rischio di complicanza intra e perioperatoria e qui ho riportato una serie di casi estrapolati velocemente facendo una ricerca sul [med line](#) da dove si vede, in queste riviste, che sono gli anestesisti che identificano nel fumatore una persona che aumenta le sue possibilità di avere complicanze.



dal chirurgo 2

- I fumatori hanno un considerevole aumento del rischio di complicanze intra ed perioperatorie
 - Bluman LG et al. **Preoperative smoking habits and postoperative pulmonary complications.** Chest 1998;113(4):883-9 e
 - Schwilk et al, **Perioperative respiratory events in smokers and no-smokers undergoing general anaesthesia.** Acta Anaesthesiologica Scandinava;1997; 41:348-55
 - Møller et al, **Postoperative intensive care admittance: The role of tobacco smoking.** Acta Anaesthesiologica Scandinava 2001;45:345-348).
 - Wetterslev J et al. **PaO2 during anesthesia and years of smoking predict late postoperative hypoxaemia and complications after upper abdominal surgery in patients without preoperative cardiopulmonary dysfunction** Acta Anaesthesiologica Scandinava;2000;44:9-16

Il fumo diminuisce l'ossigenazione tissutale, aumenta il rischio di aritmia, poi i fumatori hanno una maggiore produzione di muco e una concomitante distruzione dell'apparato ciliare che ne impedisce l'espulsione e per questo hanno un aumento di infezioni polmonari. Alla fine ecco il punto importante che volevo segnalarvi la funzione polmonare migliora generalmente dopo circa 8 settimane dallo stop al fumo.

dal chirurgo 3

- Il CO oltre a diminuire l'ossigenazione tissutale, aumenta il rischio di aritmia
 - Sheps DS et al. **Production of arrhythmias by elevated carboxyhemoglobin levels in patients with coronary artery disease.** Ann Intern Med 1990;113:343-51)
- I fumatori hanno una maggiore produzione di muco e una concomitante distruzione dell'apparato ciliare che ne impedisce l'espulsione: questa la spiegazione dell'aumento di infezioni polmonari
 - Lourenco RV **Deposition and clearance of 2 micron particles in the trachibronchial tree of normal subjects – smokers and no smokers.** J Clin Invest 1971;50:1411-9.
- La funzione polmonare migliora generalmente dopo circa 8 settimane dallo stop al fumo
 - BodeFR **Reversability of pulmonary function abnormalities in smokers.** Am J Med 1975;59:43-52.

Per cui il mettersi in lista per fare un intervento chirurgico d'elezione è un ottimo momento per fare un intervento serio di aiuto ai fumatori che vogliono smettere di fumare. Le ferite chirurgiche hanno più difficoltà a guarire c'è meno collagene, ci sono più infezioni e ci sono anche delle correlazioni con questo tumore che spesso è un tumore su cui si è studiato molto. La parte su cui influisce il sistema immunitario si è visto, che anche in questo i fumatori perdono l'attività di questi natural-killer linfociti che sono molto importanti per il controllo anche delle metastasi nei melanomi.



dal chirurgo 4

- E' risaputo che le ferite chirurgiche dei fumatori hanno difficoltà a guarire:
- Meno collagene
 - Jorgensen et al. **Less collagen production in smokers.** *Surgery* 1998;123(4):450-5).
- Più infezioni (e metastasi nei melanomi):
 - Tollerud et al, **Low natural killer cell activity and immunoglobulin levels associated with smoking in human subjects circolanti.** *American Review of Respiratory Disease*, 139, 194-198
 - Arcavi e Benovitz, **Smoking sigarette and infections,** *Archives of Internal Medicine* 2004; 164:2206-2216

In alcuni interventi oncologici addirittura ci sono delle grosse controindicazioni esempio: una ricostruzione mammaria che si chiama TRAM nella quale è assolutamente controindicato per cui il nostro chirurgo plastico prima di eseguirlo chiede di smettere di fumare e se non smetti di fumare a queste pazienti purtroppo è controindicato fare questa trasposizione di muscolo perché ci sono dei problemi gravi di microcircolazione probabilmente e non solo questo, ma anche e lo vedremo dopo il trapianto del fegato, il trapianto di midollo sono altre due indicazioni importanti che non si possono fare sul fumatore.

dal chirurgo 5

- Manassa Eh, Hertl CH, Olbrisch RR. **Wound healing problems in smokers aand nonsmokers after 132 abdominoplasties.** *Plast Reconstr Surg* 2003;111:2082-7
- Con problemi piuttosto gravi in alcuni interventi oncologici
 - Sorensen LT et al. **Smoking and alcohol abuse are major risk factors for anastomotic leakage in colorectal surgery.** *Br J Surg* 1999;86(7):927-31
 - Chang e altri, **Effect of Smoking on Complications in Patients Undergoing Free TRAM (transverse rectus abdominis myocutaneous) Flap Breast Reconstruction .** *Plastic and Recostructive Surgery* 2000; 105:2374-80

Addirittura anche il fumo passivo si è visto ha un'influenza sui fibroblasti per cui è molto importante che in ogni occasione in cui il cittadino si rivolge alla struttura sanitaria abbia una



indicazione precisa, motivata, breve, non moralistica sui benefici che può avere lo smettere di fumare per lui e la sua famiglia.

dal chirurgo: anche il fumo passivo!

- Wong Lina S et al.. **Effects of "second-hand" smoke on structure and function of fibroblasts, cells that are critical for tissue repair and remodeling.** BMC Cell Biol. 2004; 5: 13.
- **L'articolo è disponibile on line con accesso gratuito:**
<http://www.biomedcentral.com/1471-2121/5/13>

E poi volevo farvi vedere per chiudere questa breve introduzione, l' esempio di uno studio fatto proprio su un intervento di questo genere, cioè uno studio danese sui fumatori in lista di attesa per un intervento elettivo ortopedico: 52 pazienti come controllo e 58 pazienti gruppo di intervento che hanno fatto un incontro settimanale prima dell'intervento con un' infermiera antifumo incaricata del consulting e in grado di prescrivere gratuitamente l'eventuale terapia sostitutiva nicotinic. In questo gruppo 36 persone hanno smesso di fumare, 14 hanno ridotto e 6 hanno continuato a fumare.

Clinical trial sulle complicanze perioperatorie e sulla possibilità di intervenire¹

- Clinical trial danese tra i pazienti fumatori in lista d'attesa per intervento elettivo ortopedico all'anca o al ginocchio: 52 pazienti come controlli e 58 invece gruppo d'intervento con 1 incontro settimanale per 6/8 settimane prima dell'intervento con una infermiera antifumo incaricata del counselling e in grado di prescrivere gratuitamente l'eventuale terapia sostitutiva nicotinic. In questo gruppo 36 hanno smesso di fumare, 14 hanno ridotto, 6 hanno continuato a fumare.

Guardate gli esiti, è un piccolo gruppo, è un aneddoto, però è interessante. Il gruppo su cui si è intervenuto di insufficienze cardiovascolari se ne è avuta una, mentre nel gruppo in cui non si è fatto l'intervento ce ne sono state cinque (perchè qualcuno ha continuato a fumare anche nel gruppo di intervento). Complicanze alla ferita chirurgica: tre nel gruppo in cui si è intervenuti e ben sedici



nel gruppo in cui non si è fatto l'intervento ed è stato necessario rioperare in otto casi nel gruppo in cui non si è fatto questo tipo di intervento e solo in due nell'altro.

Clinical trial sulle complicanze perioperatorie e sulla possibilità di intervenire 2

- Esiti perioperatori nel gruppo d'intervento e nel controllo:

■ Insufficienza cardiovascolare: (p0,08)	1	5
■ Delirio o confusione: (p0,15)	1	4
■ Complicanze alla ferita chirurgica: (p0,001)	3	16
■ Necessità di reintervento: (p0,07)	2	8

Møller et al: **Effects of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial.**
The Lancet 2002;359:114-117

Per cui è una opportunità l'aiutare a smettere di fumare i nostri pazienti a tutti i livelli, è un'opportunità che il sistema sanitario povero, perché le risorse stanno diminuendo sempre più ed i bisogni stanno aumentando sempre più, è una opportunità che non possiamo permetterci il lusso di perdere. Un altro esempio, parlando con gli ortopedici abbiamo scoperto che addirittura per fare questo tipo di intervento (*spinalfusion*) sulla colonna vertebrale il chirurgo addirittura non interviene se non ha la prova nelle urine del paziente che ha smesso di fumare, perché le complicanze sono molto alte.

U di Rochester: fumo e ortopedia

- Spinal fusion surgeons often won't perform unless patients kick the habit with a urine test to prove
- Michael Zuscik: i fumatori che si rompono una gamba hanno bisogno del 62% in più di tempo per guarire

Fumare diminuisce la riparazione delle ossa fratturate, sono andato a lavorare anche con i dentisti all'università, mi sono documentato un po' sul problema fumo ed i dentisti, ho scoperto una cosa molto grave, in implantologia i fumatori hanno il 20% di fallimento e qui l'implantologia sappiamo



innanzitutto quanto costa, quanto costa al cittadino, il 20% in più di fallimento ed i nostri dentisti hanno detto che: dicono e pretendono che assolutamente il fumatore smetta almeno una settimana prima di fumare perché altrimenti queste complicanze sono veramente importanti.

Dentisti



PubMed

- Implantologia: 20% in più di fallimenti
- Stop almeno una settimana prima degli interventi

Smoking as a risk factor for dental implants and implant-related surgery

Levin L, Schwartz-Arad D, Nitzan D

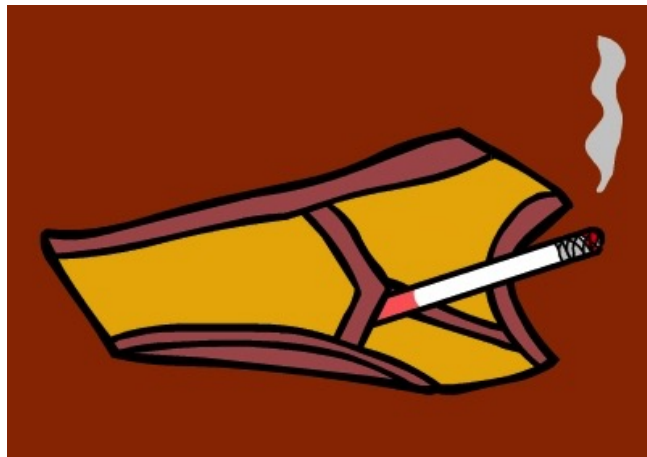
Dept. of Oral Rehabilitation, The Maurice and Gabriela Goldschleger School of Dental Medicine, Tel-Aviv University, Tel-Aviv, Israel.

Cigarette smoking is known to adversely affect wound healing, and thus may jeopardize the success of dental implantation and implant-related oral surgery. The present study is aimed to present the influence of cigarette smoking on the success and survival of dental implantation as well as on the complication and success of implant-related surgery. We conclude that smokers undergoing both implant-related surgical procedures and dental implantation should be encouraged by their dentists, oral and maxillofacial surgeons, or treating physicians to cease smoking, emphasizing that smoking can increase complications and reduce the success rate of these procedures.

Refuat Hapeh Vehashinayim [0792-9935] 2005 Apr;22(2) Pages: 37-43, 85

Andrologo: ho trovato questo e lo uso molto quando vado a parlare con i ragazzi; ai ragazzi parli di cancro, parli di infarto e ti guardano come se tu fossi un marziano: infarto – cancro cosa è questa cosa? Invece sulle cose immediate, ad esempio queste vignette sui problemi da fumo sull'impotenza, sono molto interessati.

andrologo





Questo è uno studio e volevo citare a un anno di distanza da “le iene”; “le iene” stanno collaborando con noi, ci hanno dato dei magnifici servizi su studi che avevamo fatto noi. Li hanno trasformati in servizi che hanno una potenza comunicativa mille volte più forte di quello che noi abbiamo studiato e scritto.

Abbiamo pubblicato su “Epidemiologia e Prevenzione” uno studio sul fumo passivo che hanno letto in 25 addetti ai lavori; quando “le iene” hanno letto questo studio hanno detto: perché non facciamo un servizio sul fumo passivo? Hanno mandato Marco Berrin in giro per Milano a misurare il fumo passivo presente nell’aria dei locali; risultato: due minuti di comunicazione veramente bella ed interessante.

Questo sodalizio ogni tanto viene fuori anche in cose un po’ stupidine; ci chiama una volta uno de “le iene” che era nel laboratorio di andrologia della Mangiagalli e stavano vedendo gli influssi sugli spermatozoi di un telefonino cellulare. Allora telefonano e dicono: ma senti qui è mezzora che stiamo telefonando sopra agli spermatozoi, non succede niente, questi se ne vanno in giro tranquilli non cambia niente nella loro vitalità; e se gli fumassimo addosso? Noi queste cose qui non le abbiamo mai fatte e nemmeno mai sentite. Ritelefona dopo mezzora “hei tutti morti!”.

Un anno dopo ho letto questo studio dell’Università di Buffalo che confermava quello che dicevano “le iene”.

www.buffalo.edu/

a un anno di distanza dalle IENE!!!!!!!

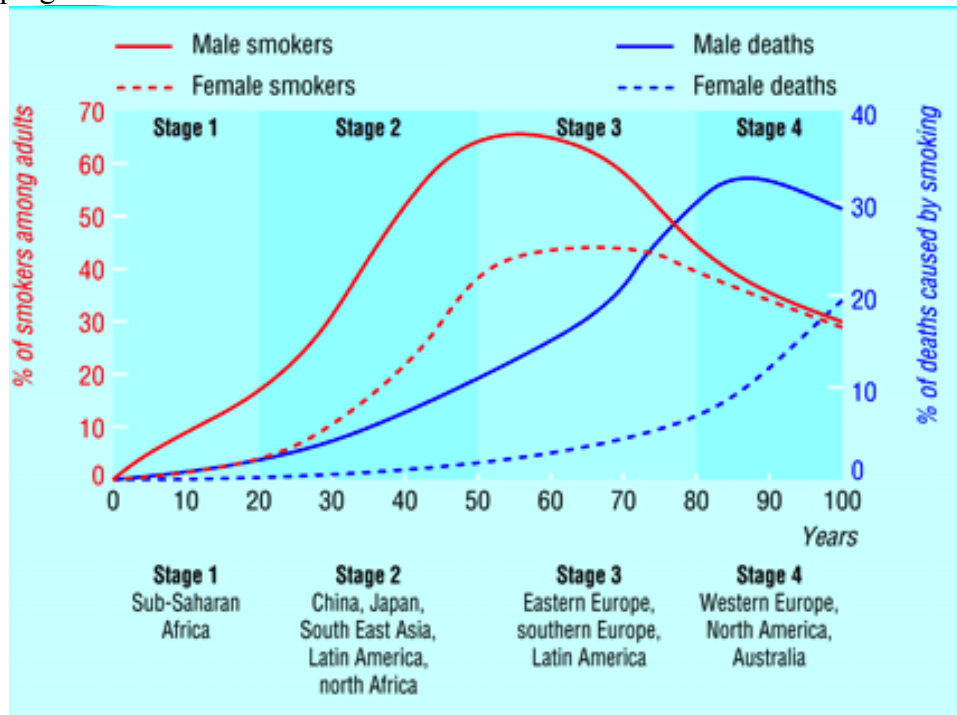
Quindi primo messaggio che mi sembra importante dare in questo incontro. Il problema fumo è un problema che riguarda tutti i cittadini prima di tutto e poi tutti gli operatori sanitari. Il fumatore non ha bisogno di prediche, non ha bisogno di moralismi, ha bisogno, però, ogni volta che si rivolge ad un servizio sanitario perché preoccupato per la sua salute gli venga detto: “sei preoccupato per la tua salute? Vuoi essere aiutato a smettere?” NO. Basta. Procediamo: le misuro la pressione, facciamo il servizio per il quale il cittadino è venuto, ma un giorno in cui dice “SI aiutatemi a smettere” il servizio sanitario deve partire. Si è visto che funziona questo. Non grandi con vincitori che riescono a convincere il fumatore a smettere, ma invece una presenza costante. Il



sistema sanitario è preoccupato perché tu stai fumando e vuoi essere aiutato a smettere; quando sarai pronto, noi saremo pronti, però bisogna farla questa cosa, sarebbe bello un giorno lavorare solo su questo, occorre che tutte le nostre cartelle, tutte e nostre anamnesi abbiano le linee guida. Dicano fra i segni vitali Fumi/NON fumi, se fumi “*minimal advice*” può essere aiutato a smettere ed offerta di servizi. Quindi non cose grandi, importanti, ma cose precise e costanti di offerta al fumatore.

Adesso volevo ritornare un po' allo stile di questa giornata che non vuole essere una giornata solo per addetti ai lavori, ma vuole coinvolgere tutti i cittadini in questi problemi che sono particolarmente importanti.

Questo grafico sembra spiegare molto bene che cosa è il fumo nella popolazione, nella cittadinanza. David Bourne, che era il precedente Commissario dell'Unione Europea alla Salute, ha detto che il fumo è un'epidemia che si sviluppa nelle popolazioni attraverso la pubblicità e le sponsorizzazioni; cioè è una epidemia e questa curva ha l'andamento di tutte le epidemie in cui parte con una piccola fetta della popolazione interessata dal fenomeno, c'è un momento di “*boom*” in cui sale arriva ad un massimo e poi comincia a scendere. Questa campana è la campana di tutte le epidemie dall'influenza al colera ai tempi della Serenissima. Il fumo, il tabagismo, segue questo tipo di andamento. All'inizio una piccola fetta della popolazione è interessata, c'è una fase di “*boom*” in cui si arriva addirittura ad avere il 60% della popolazione maschile interessata al fumo: era la nostra Italia del dopo guerra.



Erano i medici che ha studiato Sir Richard Dole che ha seguito in quello studio incredibile 37.000 medici Inglesi per 50 anni. Dole ha fatto l'ultima pubblicazione sul “*British*” qualche anno fa e poi è morto, 5 anni di lavoro insomma..... aveva 90 anni. In quello studio all'inizio nel 1953 c'era il 60% dei medici Inglesi che fumava, adesso la percentuale dei medici Inglesi è scesa moltissimo però c'è una fase in cui il tabacco raggiunge questa percentuale di popolazione. Quale è il problema del tabacco? E' che dopo la crescita della vendita delle sigarette nella popolazione abbiamo successivamente uno studio Finlandese, parla di dieci anni, qui sembra anche di più, abbiamo la curva della mortalità correlata al fumo di sigaretta per cui i nostri epidemiologi ci insegnano che noi andiamo a vedere, a studiare la diffusione del tabacco nella popolazione e dobbiamo preparare le cure in questo lasso di tempo, e queste cure interessano una popolazione che continuerà a crescere e poi finalmente, un bel po' di anni dopo, con la diminuzione di consumo del tabacco, avremo la diminuzione della mortalità che è la fase in cui si trova l'Italia adesso insieme al Nord America,



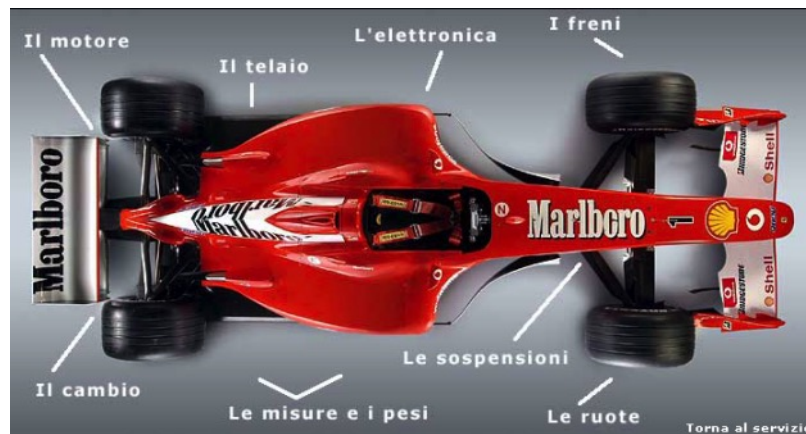
all’Australia in cui la mortalità sta cominciando a scendere per le malattie correlate al tabacco, questo è negli uomini.

Ma cosa succede negli altri paesi del Mondo? Abbiamo invece una fase, questa è l’Africa sub sahariana, questo è l’Estremo Oriente in cui siamo nella fase di crescita esponenziale del consumo di tabacco, una crescita che gli darà poi questi problemi terribili che loro non conoscono ancora.

Mi veniva in mente anche vedendo i problemi dello screening con le donne dell’Estremo Oriente che loro hanno anche una conoscenza minore della nostra della mortalità per il tumore al seno. In Giappone è molto più bassa che da noi. Per cui c’è anche una non conoscenza, il fatto di non sapere come vadano le cose, ci fa intuire che se non si interviene a fermare questa epidemia poi dovremo lottare con una tremenda epidemia ben più grave di cancro.

Le donne hanno un andamento diverso: partono, dopo arrivano in una fase in cui si sovrappone l’incidenza del tabagismo con quella degli uomini, sono le nostre adolescenti. Mi sembra che le nostre adolescenti fumino più dei maschi ed evidenzino anche loro purtroppo un andamento della mortalità. In America la prima causa di mortalità oncologica per le donne è diventato il tumore polmonare; mentre lo è stato per gli uomini da molti anni. Ha cominciato a diventare la prima causa di mortalità con la diffusione del tabagismo, prima il tumore polmonare era un tumore raro. Nelle donne abbiamo un andamento diverso, ma lo stesso andamento che ci richiede di intervenire, di fare qualcosa, perché poi queste curve non diventino la fotografia delle nostre popolazioni. Come i nostri colleghi che si occupavano di epidemie prima studiavano i vettori che portavano il morbo a diffondersi, noi dobbiamo studiare che cosa provoca questo continuo diffondersi dell’epidemia tabacco e noi purtroppo abbiamo uno dei vettori principali dell’epidemia tabacco che è la sponsorizzazione che la nostra “Ferrari”, bellissima macchina capolavoro di ingegneria e di capacità di lavoro dell’Italia, eppure si è fatta vettore dell’epidemia di tabacco.

Campagne Stampa Adeguate



Guardate questa è un’altra storia che faccio vedere ai ragazzi quando mi presento. Questo è un soldato americano a Bagdad era il nuovo Marlboro man.

Campagne Stampa Adeguate



Questa fotografia ha avuto una pubblicizzazione altissima su internet e per la Philip Morris è diventato il nuovo Marlboro man. Ma che cosa è successo? Il “Corriere” per una volta ha fatto una cosa intelligente è andato a cercare questo soldato per intervistarlo. Questo soldato adesso in America è in cura psichiatrica. Quando milioni di giovani in tutto il mondo lo hanno riconosciuto come “il soldato americano”, i superiori per evitare che potesse morire in azione hanno deciso di toglierlo dal fronte rispedendolo a casa. Lui non capendo cosa gli fosse successo ha avuto problemi psicologici, si è diviso dalla moglie sino ad entrare in cura psichiatrica.

Questo perché è un mercato che non guarda in faccia nessuno e che sta sviluppandosi in maniera incredibile nei paesi del Terzomondo, quando forse riusciranno a controllare l’epidemia di AIDS dovranno fare i conti con l’epidemia di cancro al polmone da tabagismo.

Mi piace ricordare un grande, uno dei pochi grandi politici che ancora abbiamo: Nelson Mandela che ha dimezzato il consumo di tabacco con un intervento di politica sanitaria raddoppiando il costo delle sigarette.



Nel terzo mondo

- Egitto e Nigeria stanno sperimentando un aumento annuo del consumo di sigarette del 3,5%
- Il Sud Africa di Mandela ha ottenuto nel 2004 un dimezzamento dei consumi con raddoppiando il costo di ogni pacchetto

In Sud Africa sono riusciti ad ottenere una riduzione importante del consumo.

Guardiamo alla Cina dove uno studio del British Medical Journal dimostra che circa il 69% della popolazione pensa che la sigaretta faccia poco o nessun danno.

Mi sono ricordato quando ero piccolo e mio padre mi faceva accendere la sigaretta; se oggi noi vedessimo per strada un genitore che fa accendere a un bambino una sigaretta credo che chiameremmo i carabinieri.

A quel tempo noi eravamo così come sono ora i cinesi. Pensiamo solo al Gran Premio di formula 1: viene cancellato in Austria e in Canada, paesi che hanno proibito le sponsorizzazioni di produttori di tabacco, e viene spostato a Shanghai.



30% del mercato mondiale e in rapida crescita!

i cinesi : il 69% crede che la sigaretta faccia poco o nessun danno – BMJ agosto 2000).

B Ecclestone: nuovo Gran Premio in Cina



Si è visto e lo ha studiato la Philip Morris che soprattutto con i giovani più che parlare di cancro e di mal di cuore funziona fargli conoscere cosa c'è dietro al mercato che vende le sigarette, perché questo ha un impatto più forte nel fargli rifiutare il fumo piuttosto che parlargli dei danni. C'era un professore disperato che mi diceva: cosa gli parli dei danni da fumo, i miei ragazzi si sdraiano in mezzo alla strada sulla linea di mezzera come dimostrazione di essere uomo, di essere forte; si sdraiano mentre le macchine passano per cui non funziona molto parlare dei danni alla salute, però funziona parlargli di quel mercato che porta le sigarette ad essere nelle loro tasche. Cosa c'è dietro a quello e noi abbiamo la possibilità di studiare veramente che cosa ha governato il mercato del tabacco in questi anni, proprio a partire da una storia interessante che è questa.

Una storia che parte da lontano

- **1994, Audizione al Senato degli Stati Uniti d'America dopo che si erano sparse voci sulla caratteristica della nicotina di indurre dipendenza:**
- **REP. WYDEN:** Let me begin my questioning on whether or not nicotine is addictive. Let me ask you first, and I'd like to just go down the row, whether each of you believes that nicotine is not addictive. I heard virtually all of you touch on it. Yes or no, do you believe nicotine is not addictive?
- **MR. CAMPBELL** (President of Philip Morris U.S.A.).
I believe nicotine is not addictive, yes.
- **REP. WYDEN:** Mr. Johnston?
- **MR. JAMES JOHNSTON** (Chairman and CEO of RJ Reynolds Tobacco Company). Mr. Congressman, cigarettes and nicotine clearly do not meet the classic definition of addiction. There is no intoxication.
- **REP. WYDEN:** We'll take that as a "no." Again, time is short. I think that each of you believe that nicotine is not addictive. We would just like to have this for the record
- **MR. TADDEO** (President of U.S. Tobacco).
I don't believe that nicotine or our products are addictive.
- **MR. TISCH** (Chairman and CEO of Lorillard Tobacco Company).
I believe that nicotine is not addictive.
- **MR. HERRIGAN** (Chairman and CEO of Liggett Group).
I believe that nicotine is not addictive.
- **MR. SANDEFUR** (Chairman and CEO of Brown and Williamson Tobacco Company).
I believe that nicotine is not addictive.
- **MR. DONALD JOHNSTON** (President and CEO of American Tobacco Company).
And I, too, believe that nicotine is not addictive.¹



Cinque principali managers responsabili di cinque multinazionali del tabacco americane sono stati chiamati, mi pare nel 1994, a una testimonianza al Senato quando si era sparsa la voce che il mercato delle sigarette funzionava non perché alla gente piace mandare giù il fumo ed avere mal di gola, ma il mercato delle sigarette funzionava perché c'era la nicotina e la nicotina provocava dipendenza. Si era sparsa questa cosa e i senatori americani erano molto preoccupati. Ai managers venne richiesto: giurate che la nicotina non è una sostanza che produce dipendenza e quei cinque giurarono che assolutamente la nicotina non provocava alcuna dipendenza.



Quando poi sono usciti questi studi dai loro laboratori, studi che dicevano che la nicotina era la chiave del loro mercato, un giudice condannò le società a mettere su internet tutti i documenti segreti delle multinazionali del tabacco per cui ora abbiamo la possibilità tramite internet di mandare i nostri ragazzi a vedere cosa c'è scritto sui documenti delle multinazionali del tabacco.

La Philip Morris è stata obbligata a riversare in questo sito www.pmdox.com tutti i documenti segreti del loro lavoro di mercato. Andiamo a vedere, questa è una pubblicazione di Lancet nella quale risulta come siano andati ad analizzare come mai nella Comunità Europea ci siano voluti 20 anni per approvare la legge che blocca le sponsorizzazioni.

Dai documenti sono uscite cose veramente interessanti. Margaret Thatcher si oppose alla legge che impediva le sponsorizzazioni in quanto rappresentava un intervento negli affari domestici degli Stati Membri e quindi da respingere; Margaret Thatcher si era opposta in prima persona e dai documenti della Philip Morris risulta un contratto in cui Margaret Thatcher subito dopo il suo ritiro ha ottenuto un contratto di consulenza per 250.000\$ per un anno, inoltre altri 250.000\$ andarono alla Margaret Thatcher Foundation.



Margareth Thatcher

inisters in
directive.³⁸
many has
proposal at
of the EC
be largely
ufacturer's
istry. The
to media
ion."³⁸
e industry
el 2). On
he Health
val of the
and its
minimum
e tobacco
pared for
approved
directive,

United Kingdom

Philip Morris sought to cultivate strong personal ties with key UK government officials. Through these proposed alliances, Philip Morris hoped to maintain the UK's opposition to the EC advertising ban as a part of the blocking minority within the EC Council of Ministers. Ultimately, UK representation to the EC did work to defeat the ban.

In 1990, UK Prime Minister Margaret Thatcher denounced the EC advertising directive as "meddling" in the domestic affairs of member states.⁴⁰ Philip Morris' documents state that in July, 1992, shortly after she left office as Prime Minister, Philip Morris Companies hired Thatcher as a geopolitical consultant for a fee of US\$250 000 per year and an annual contribution of US\$250 000 to the Margaret Thatcher Foundation.⁵⁰ As reported by *The Times (London)*, a March 31, 1992, memorandum from Geoffrey Bible, executive Vice-President of Philip Morris Companies, described key areas in which Philip Morris sought to use Thatcher's international experience. These included the proposed EC ban on tobacco advertising.⁵¹

Lo stesso articolo parla anche di Kohl che è stato un grandissimo uomo europeo, però appare un'altra persona molto legata alle multinazionali del tabacco. E' un mare di soldi, fate contare ai ragazzi quanti soldi spendono loro per il tabacco, quanto spende la loro famiglia, quanto gli abitanti del palazzo dove vivono, quanto il loro Paese e si renderanno conto come mai questo problema così importante per la salute non è stato oggetto finora di interventi seri.

Purtroppo anche nella politica italiana per ora, è solamente una constatazione, uno dei consiglieri del Presidente Prodi ha rinunciato a essere nel consiglio di amministrazione della BAT, era insomma molto vicino alla società che oggi in Italia vende le sigarette British American Tobacco. Prima non era meglio: il ministro Martino aveva addirittura fatto la prefazione ad un libretto dal titolo "Fuma pure".

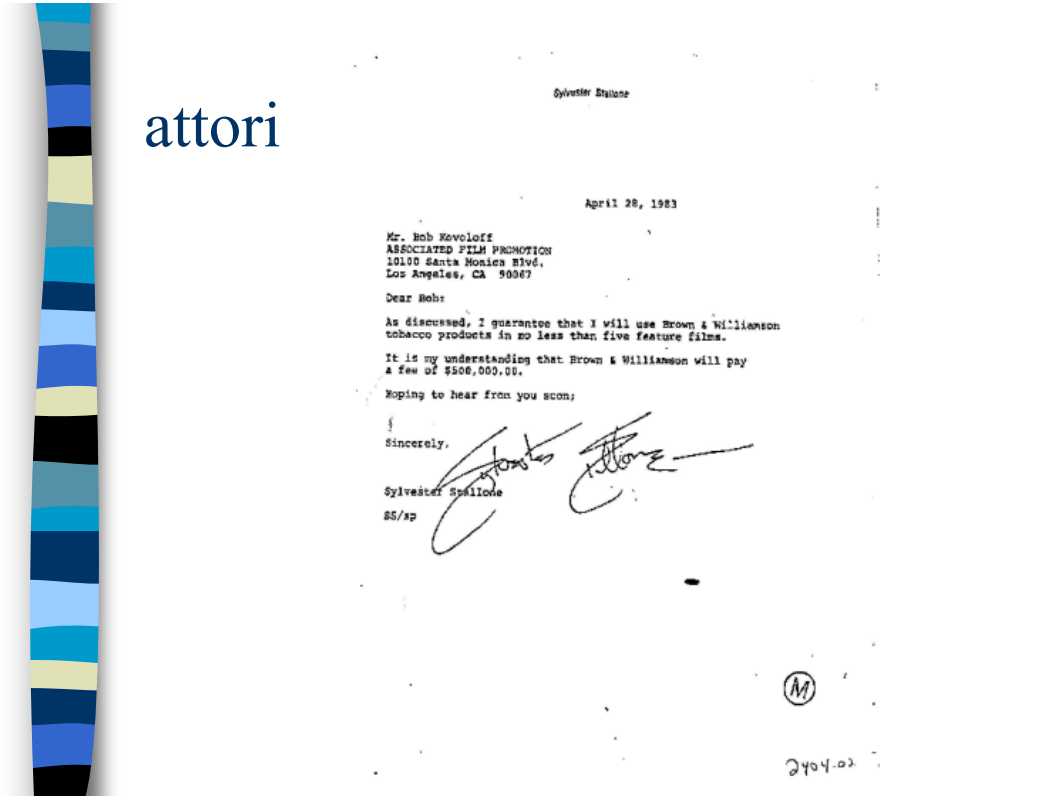
Questa è un'altra cosa che racconto ai ragazzi: quando gli hanno chiesto "Ma come fuma pure, Ministro Martino! se suo nipote fumasse Lei ne sarebbe contento?" Ha risposto: "Beh no, però sono diventato così contro quelli che si oppongono al fumo quando ho saputo che in America un secondino ha negato l'ultima sigaretta a un condannato alla sedia elettrica, a questo punto io sono diventato contro le crociate antifumo". Cioè Martino non è rimasto colpito da una persona che veniva ammazzata cinque minuti dopo sulla sedia elettrica, ma è rimasto colpito da un secondino taccagno che non gli ha dato la sigaretta e lo racconta e alcuni giornalisti lo hanno ripreso, dicendo però Martino bravo.

E' veramente un sistema che ha bisogno di andare oltre e di trovare delle risposte efficaci. Un altro documento bellissimo venuto fuori dagli archivi delle multinazionali è questa letterina di Stallone in cui dice: "Come abbiamo discusso, io vi garantisco che farò vedere i vostri prodotti, le vostre Brown e Williamson non meno di cinque volte nei prossimi films, naturalmente Brown e Williamson mi pagherà 500.000\$".

Far vedere ai ragazzi che cosa c'è dietro a quel gesto normale del regista che fuma, far vedere loro queste cose è molto, ma molto utile!



attori



Questi sono gli 81 prodotti chimici cancerogeni che sono stati identificati nel fumo di sigaretta, molti di questi studi vengono addirittura dalle multinazionali del tabacco.

81 Cancer Causing Chemicals Have So Far Been Identified in Cigarettes

- Acetaldehyde Acetamide Acrylamide Acrylonitrile 2-Amino-3,4-dimethyl-3H-imidazo[4,5-f]quinoline (MeIQ) 3-Amino-1,4-dimethyl-5H-pyrido[4,3-b]indole (Trp-P-1) 2-Amino-1-methyl-6-phenyl-1H-imidazo[4,5-b]pyridine (PhIP) 2-Amino-6-methylidopyrido[1,2-a:3',2'-d]imidazole (Glu-P-1) 3-Amino-1-methyl-5H-pyrido[4,3-b]indole (Trp-P-2) 2-Amino-3-methyl-9H-pyrido[2,3-b]indole (MeAaC) 2-Amino-9H-pyrido[2,3-b]indole (AaC) 4-Aminobiphenyl 2-Aminodipyrdo[1,2-a:3',2'-d]imidazole (Glu-P-2) 0-Anisidine Arsenic Benz[a]anthracene Benzene Benzo[a]pyrene Benzo[b]fluoranthene Benzo[j]fluoranthene Benzo[k]fluoranthene Benzo[b]furan Beryllium 1,3-Butadiene Cadmium Catechol (1,2-benzenediol) p-Chloroaniline Chloroform Cobalt p,p'-DDT Dibenz[a,h]acridine Dibenz[a,j]acridine Dibenz[a,h]anthracene 7H-Dibenz[cd,g]carbazole Dibenzo(a,e)pyrene Dibenzo(a,i)pyrene Dibenzo(a,h)pyrene Dibenz(a,i)pyrene Dibenzo(a,i)pyrene 3,4-Dihydroxycinnamic acid (caffeic acid) Ethylbenzene Ethylene oxide Formaldehyde Furan Glycidol Heptachlor Hydrazine Indeno[1,2,3-cd]pyrene IQ 92-Amino-3-methyl-3H-imidazo[4,5-f]quinoline Isoprene Lead 5-Methylchrysene 2-Naphthylamine Nitrobenzene Nitrogen mustard Nitromethane 2-Nitropropane N-Nitrosodi-n-butylamine (NDBA) N-Nitrosodi-n-propylamine (NDPA) N-Nitrosodiethanolamine (NDELA) N-Nitrosodiethylamine (DEN) N-Nitrosodimethylamine (DMN) N-Nitrosoethylmethylamine (NEMA, MEN) 4-(N-Nitrosomethylamino)-1-(3-pyridinyl)-1-butanone (NNK) N'-Nitrosomnicotine (NNN) N-Nitrosopiperidine (NPiP, NPP) N-Nitrosopyrrolidine (NPYR, NPY) Polonium-210 (Radon 222) Propylene oxide Safrole Styrene Tetrachloroethylene o-Toluidine (2-methylaniline) Trichloroethylene Urethane (carbamic acid, ethyl ester) Vinyl acetate Vinyl chloride 4-Vinylcyclohexene 2,6-Xylylidine (2,6-dimethylaniline)
- Source: World Health Organization's International Agency for Research on Cancer - (IARC) June 2003

Questo studio indica quello che si trova in una stanza dopo avere fumato una sigaretta: idrocarburi, nicotina, ammoniaca, formaldeide, acetaldeide, fenolo, benzene, stirene, toluene tutti cancerogeni.



CONCENTRAZIONI RILEVATE DI ALCUNI COMPONENTI DEL FUMO DI UNA SIGARETTA
(commercial 100-mm full-flavor low "tar" sigarette) FUMATA IN UNA CAMERA DI 45 m

Fonte: Studies of Environmental Tobacco Smoke Generated by Different Cigarettes

P.R.Nelson, S.P.Kelly, F.W. Conrad

R.J. Reinolds Tobacco Company, Rowman Gray Technical Center, Winston-Salem, North Carolina,

Publicati su "Journal of the Air & Waste Management Association, Vol. 48 April 1998"

CO	7,9	ppm
Idrocarburi incombusti	3,0	ppm
NOx	268,0	ppb
Polveri	1.706,0	ng/m3
Nicotina	58,0	"
Ammoniaca	707,0	"
Formaldeide	153,0	"
Acetaldeide	382,0	"
Fenolo	20,0	"
Benzene	35,0	"
Toluene	76,0	"
Stirene	8,9	"
Etilbenzene	8,8	"

NOTA: Lo studio riporta le concentrazioni di altri componenti quali: Solanesolo, 3-etenilpiridina, miosmina, idrochinone, cresolo, nonano, dodecano, lmonene, o-xilene, m-xilene, p-xilene, 1,2,3-trimetilbenzene, 1,3,5-trimetilbenzene, propilbenzene, isopropilbenzene, butilbenzene, priridina 2-picolina, 3-picolina, 4-picolina, 3-etilpiridina.

Questo studio non era stato fatto da persone che si occupavano di salute ma era stato commissionato dalle multinazionali del tabacco, molto bello anche questo da far vedere ai ragazzi.



Would you inhale carbon monoxide? Expose yourself to polonium-210? Ingest hydrogen cyanide? Is it OK to market a product that contains these deadly chemicals to our children?

Such a deadly product already exists! It's called a cigarette, and every time someone takes a puff they are exposed to carbon monoxide, polonium-210, hydrogen cyanide and thousands of other chemicals. More than 1000 kids get hooked every single day.

Chemical Found in: Benzene Gasoline Formaldehyde Embalming Fluids Toluene Cigarettes are much more than tobacco rolled in paper. **Did you know there are over 4,000 chemicals in a single puff of cigarette smoke, and at least 69**

Un altro caso che volevo presentarvi che arriva in Istituto dal British Medical Journal il 19 gennaio 2004 ed ha come titolo: "Le morti dalle sigarette a basso contenuto di catrame" cioè le morti da sigarette mild e light. Il livello di mortalità trovato ha evidenziato addirittura che i fumatori di extra-light avevano una mortalità più alta di quelli che fumavano sigarette a medio contenuto.

Mild
vs
Normal?



Quindi la cosa diventa pubblica nel 2004.

Hammond D, Collishaw NE, Callard C

Secret science: tobacco industry research on smoking behaviour and cigarette toxicity 1

The Lancet 2006; 367:781-7

- BMJ pubblica nel 2004, ma i documenti della BAT accessibili (+/-!) a Guildford (decisione del USA general Attorney 1998) parlano di studi e conoscenze dell'inutilità per la salute delle sigarette light già nel 1978!
- “...then deeply inhaled smoke from low tar delivery cigarettes might be more harmful than uninhaled smoke from high tar cigarette” Roe FJ medical consultant BAT

Andando a vedere negli studi della BAT che sono quelli che in Italia vendono il tabacco, notiamo che un consulente della stessa già nel 1978 diceva sostanzialmente: guardate che i fumatori quando gli dai le sigarette light inalano di più e quindi per la salute probabilmente può essere addirittura più nocivo, infatti il fumatore utilizza solo il 30% del tabacco della sigaretta e quelle light inducono il fumatore ad usare un ritmo doppio di aspirazione.



HammondD, Collishaw NE Callard C

Secret science: tobacco industry research on smoking behaviour and cigarette toxicity 2

The Lancet 2006; 367:781-7

- Fumatore vs smoking machine
- Il fumatore utilizza solo il 30% del tabacco della sigaretta, quelle light mediamente inducono il fumatore a usare un ritmo doppio di aspirazioni, e il doppio di quantità aspirata

Gli studi teorici effettuati dalle macchine evidenziavano una ridotta misura di nicotina e una ridotta misura di quantità inspirata, ma il fumatore invece aspira in pratica il doppio di nicotina.

HammondD, Collishaw NE Callard C

Secret science: tobacco industry research on smoking behaviour and cigarette toxicity 3

The Lancet 2006; 367:781-7

- “The idea was to produce a cigarette which can be machine smoked at a certain tar band, but which, in human hands, can exceed this tar banding” Colin Grieg, presentazione a colleghi ricercatori BAT 1983

La risposta una sigaretta più “elastica”, in grado cioè di rispondere ad aspirazioni più profonde agendo su tre possibilità: filtro, permeabilità della cartina, e ventilazione del filtro:

- ”The concept of smoke elasticity refers to an occurrence whereby the concentration of tar and nicotine in cigarette smoke increase at puffing levels typical of human smokers”

Il risultato pratico è stato che la BAT ha messo in commercio sigarette indicando sulla confezione scarsa quantità di nicotina mentre il fumatore nella realtà finiva per aspirarne il doppio.



Hammond D, Collishaw NE, Callard C

Secret science: tobacco industry research on smoking behaviour and cigarette toxicity 4

The Lancet 2006; 367:781-7

■ La risposta della BAT

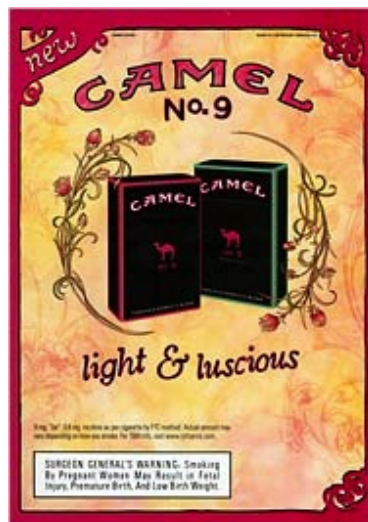
■ Players Extra Light

■ ISO machine	350 intake	0,6 mg Nicotine
■ Human	445	1,1
■ Difference	+27%	+86%

Da ciò è scaturita la legge che vieta la dicitura “light” o similari sui pacchetti affinché il fumatore non sia convinto che questo tipo di sigarette faccia meno male.

A seguito di queste cose vecchie venute fuori si sono inventati queste novità che presto arriveranno anche in Italia, quello che state vedendo è un pacchetto di sigarette che stanno lanciando in America. Sembra una confezione di profumo: si chiama “Camel n.9”, viene definita *luxus*, vuol dire buona, una cosa che fa bene al gusto, piacevole; tutto ciò è la risposta del mercato alla diminuzione del consumo di tabacco. Si va all’attacco delle donne, si vuole ancora contrabbandare il fumo come qualcosa di utile, di bello, di piacevole, di affascinante.

E la storia non è finita!





Questo fiume di soldi naturalmente ha influenzato purtroppo anche la scienza. Per molti anni ogni volta che usciva uno studio sul fumo passivo e che diceva che il fumo passivo fa male, ne usciva poco dopo un altro per il quale il fumo passivo non poi così tanto dannoso. Gianna ha fatto una review di tutti questi studi e ha scoperto che la differenza andava ricercata semplicemente da chi erano pagati i ricercatori. I ricercatori pagati dalle multinazionali del tabacco dicevano che il fumo non risultava così tanto dannoso, al contrario i ricercatori non affiliati alle multinazionali del tabacco finivano per asserire che il fumo passivo è sicuramente una causa di morbilità.

Inquinare la ricerca

Review
Why Review Articles on the Health Effects of Passive Smoking Reach Different Conclusions
 Deborah E. Barnes, MPH; Lisa A. Bero, PhD

Objective.—To determine whether the conclusions of review articles on the health effects of passive smoking are associated with article quality, the affiliations of their authors, or other article characteristics.

Data Sources.—Review articles published from 1980 to 1995 were identified through electronic searches of MEDLINE and EMBASE and from a database of symposium proceedings on passive smoking.

Article Selection.—An article was included if its stated or implied purpose was to review the scientific evidence that passive smoking is associated with 1 or more health outcomes. Articles were excluded if they did not focus specifically on the health effects of passive smoking or if they were not written in English.

Data Extraction.—Review article quality was evaluated by 2 independent assessors who were trained, followed a written protocol, had no disclosed conflicts of interest, and were blinded to all study hypotheses and identifying characteristics of articles. Article conclusions were categorized by the 2 assessors and by one of not, based on whether the authors were known to have received funding from or participated in activities sponsored by the tobacco industry. Other article characteristics were classified by one of the authors using predefined criteria.

Data Synthesis.—A total of 106 reviews were identified. Overall, 37% (39/106) of reviews concluded that passive smoking is not harmful to health, 74% (29/39) of these were written by authors with tobacco industry affiliations. In multiple logistic regression analyses controlling for article quality, peer review status, article topic, and year of publication, the only factor associated with concluding that passive smoking is not harmful was whether an author was affiliated with the tobacco industry (odds ratio, 88.4; 95% confidence interval, 18.4-478.5; $P < .001$).

Conclusions.—The conclusions of review articles are strongly associated with the affiliations of their authors. Authors of review articles should disclose potential financial conflicts of interest, and readers of review articles should consider authors' affiliations when deciding how to judge an article's conclusions.

JAMA. 1998;279:1896-1903

THE US Environmental Protection Agency (EPA),¹ the US Surgeon General,² the National Research Council³ of the National Academy of Sciences,⁴ and the International Agency for Research on Cancer⁵ have all reviewed the scientific evidence regarding the health effects of exposure to environmental tobacco smoke, and they have all concluded that passive smoking increases the risk of diseases such as lung cancer in adults and respiratory disorders in children. Several more recent reviews have found that passive smoking is also associated with an increased risk of heart disease⁶ and with sudden infant death syndrome.⁷ However, many reviews published in the scientific literature have concluded that passive smoking is not harmful to health.⁸ Given that a clinician might rely on a single review article to provide an accurate and up-to-date overview on a topic of interest, it is somewhat discouraging that not all published review articles are reaching the same conclusion about the health effects of passive smoking, particularly when there is consensus in the scientific community that passive smoking is harmful. The goal of this study was to identify factors that might explain why review articles on the health effects of passive smoking are reaching different conclusions.

Several interrelated factors may influence the conclusions of review articles. First, the conclusions of review articles may vary depending on the quality of the review conducted. Review article quality is generally measured in terms of the degree to which a systematic strategy has been used to evaluate the evidence on a particular topic.⁹⁻¹² It is generally believed that reviews that have been conducted systematically are less likely to reach biased conclusions than those that have not.^{13,14} For example, Antoniou et al¹⁵ found that, for reviews of myocardial infarction treatment, the conclusions of nonsystematic reviews were often inaccurate and out-of-date when compared with a systematic review.¹⁶ Therefore, in the context of passive smoking, review articles may be reaching different conclusions depending on their quality.

Another factor that may influence the quality of review articles, and therefore their conclusions, is whether they have been subject to peer review. Research conducted by us and by others has found that, for original research articles, the quality of articles published in peer-reviewed journals is superior to the quality of articles published in non-peer-reviewed symposium proceedings.¹⁷⁻²¹ It is therefore possible that the quality of review articles also differs depending on whether they have been peer reviewed, and this difference in quality may lead to differences in conclusions.

Article conclusions may also be influenced by sources of funding or author affiliations. Several studies have found that, for a wide range of industries, publications based on industry-funded research tend to draw pro-industry conclusions.²²⁻²⁶ Similarly, studies have found

Inquinare la ricerca

Article Conclusion	No. (%) of Reviews	
	Tobacco-Affiliated Authors (n = 31)	Non-Tobacco-Affiliated Authors (n = 75)
Passive smoking harmful	2 (6)	65 (87)
Passive smoking not harmful	29 (94)	10 (13)
Significance	$\chi^2_1 = 60.69; P < .001$	



Poi c'è questa stranezza tutta italiana, il fumatore è ancora convinto dell'esistenza del Monopolio di Stato "e' lo Stato che mi vende le sigarette"; non è più così da diversi anni. Lo Stato ha venduto a questa BAT per un mucchio di milioni addirittura 800 milioni in più degli altri concorrenti.

British American Tobacco (BAT)

- Seconda multinazionale del tabacco (dopo Altria/PM), sede a Londra opera in 180 paesi, fatturato di 2004 £25.622 milioni
- 2000: dai Monopoli di Stato all'Ente tabacchi Italiano (ETI)
- 2003: ETI è acquistato da BAT per 2325 milioni di € (800milioni in più dei concorrenti)

I concorrenti erano Benetton, credo anche Luca Corsero di Montezemolo. Erano in un bel gruppo e sono stati spiazzati dalla BAT che ha comprato; e se ha comprato credo che conti di rifarsi di quei soldi. La BAT è presente da noi in molte cose. C'era quella bella diapositiva che diceva: in questo momento noi siamo un po' isolati perché la pubblica opinione da ascolto a questi che si battono contro il fumo, ma il nostro obiettivo è quello di trasformarci.

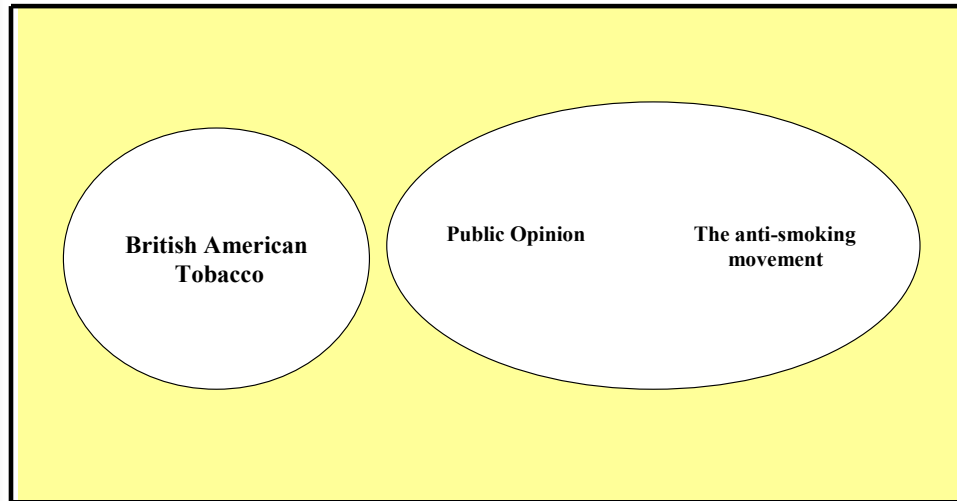
Le strategie BAT

- Actually, when reading the internal BAT documents, the company is very clear about its objective. It wants to marginalize tobacco control people, presenting them as "extremists", and market itself as a socially responsible company. This is well illustrated in the two slides below, extracted from a presentation made in 2001:"

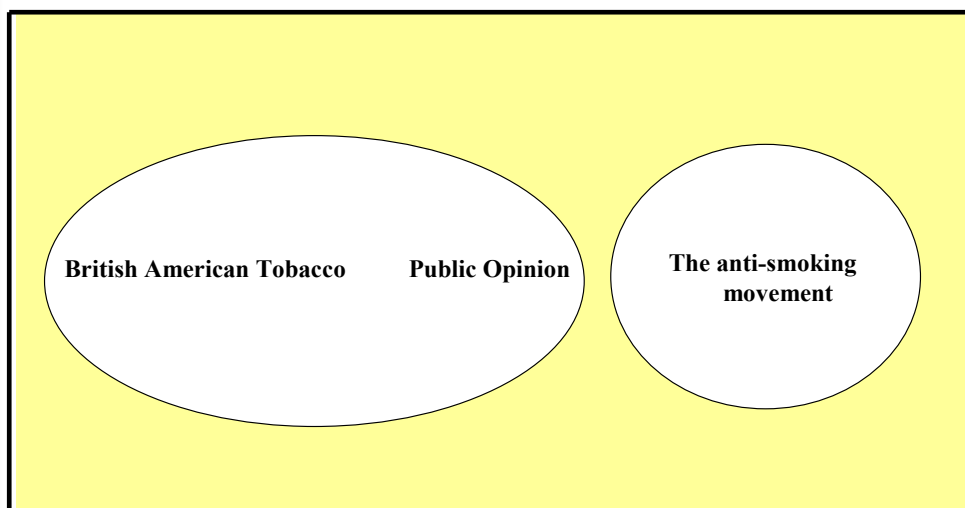
- _____
- Pascal A. Diethelm
President, OxyGenève (Switzerland)
Board Member, CNCT (France)
Board Member, APRET-Genève (Switzerland)
2, rue de la Fontaine
1204 Geneva (Switzerland)
diethelm@oxygeneve.ch



Today's reality



What we want to achieve



E in Italia lo stanno facendo: sponsorizzazioni di eventi importanti, a Milano hanno sponsorizzato La Scala, a Roma un concerto diretto dal maestro Riccardo Muti, a Cernobbio il seminario ASPEN,



addirittura una campagna sulla responsabilità sociale. Che una società che vende tabacco, un prodotto che è responsabile della morte di un fumatore su due sostenga una campagna sulla responsabilità sociale in collaborazione con l'Università Cattolica è veramente una cosa difficile da capire. Addirittura l'apertura di un laboratorio "Federico II" a Napoli. Alcuni nostri collaboratori hanno ricevuto una lettera che diceva "Ma perché non vieni a lavorare con noi? C'è un laboratorio aperto di 300 mq, ci sono già 30 ricercatori di fama internazionale, vieni a lavorare con noi".

In America si sta discutendo se è giusto che un'università accetti i soldi da chi produce tabacco, da noi invece non riesco a trovare nessuno che a Napoli mi riesca ad indagare un pochetto su questa storia.

Quindi noi diciamo se la BAT è interessata alla responsabilità sociale cominci a contribuire ai costi sociali e sanitari del tabagismo, cominci almeno a non abbandonare il suo consumatore quando si ammala.

In questo momento le quotazioni delle azioni delle società che producono sigarette sono quelle che crescono più forte grazie al lavoro che stanno facendo come detto sul mercato del terzo mondo: perché non si fanno carico quindi dei costi? Perché non si fanno carico di finanziare la promozione di campagne efficaci nelle scuole italiane?



La nostra proposta per la Responsabilità Sociale della BAT


Pagare i costi sociali e sanitari del
tabagismo

Finanziare la ricerca contro il cancro

Promuovere campagne efficaci nelle
scuole italiane

Un esempio viene da quello che hanno fatto in California, so che anche voi andate nelle scuole e ciò è molto importante, ma è molto più importante che la scuola inserisca nei suoi programmi questi argomenti: come vivere senza tabacco, come affrontare lo stress senza il tabacco, salute e fumo, i danni immediati, come smettere, come affrontare i sintomi dello stop al fumo, prendersi cura del proprio corpo, la propria mente, mantenersi libero dal fumo.

Questo è un programma di lavoro che fanno nelle scuole californiane i professori; i medici e gli infermieri vanno a dare un contributo, però è il professore che aiuta i propri studenti.



Un esempio dalla California: 8 incontri sul tabacco

- vivere con o senza tabacco
- Tabacco e stress, come affrontare lo stress, respirare
- Salute e fumo: i danni immediati
- Come smettere
- Come affrontare i sintomi dello stop
- Prendersi cura del proprio corpo
- La propria mente: assertività, la meditazione
- Mantenersi smoke free.

Diciamo in conclusione che è fondamentale aiutare a smettere di fumare senza moralismi, senza parlare di vizio ma offrendo servizi concreti a tutti i fumatori che vogliono smettere; servizi disponibili e vicini ai fumatori; i fumatori hanno bisogno di essere aiutati. Pretendere rispetto per l'aria, cioè insistere sulla questione del fumo passivo e ultimo aiutare la ricerca.



Qualcosa di forte contro il cancro?

Smetti di fumare

Aiuta a smettere

Pretendi il rispetto per l'aria, un bene prezioso!

Aiuta la ricerca

Questo è un programma in cui credo ci ritroviamo tutti, però, come avete visto, c'è molto da lavorare.

Grazie per l'attenzione.



Dr. Gian Paolo Rossi:

Grazie, grazie Roberto. Una relazione bellissima. Qualche domanda?

Domanda D.ssa Riccò:

Una cosa molto veloce, intanto complimenti; siccome lottiamo contro il fumo da tanto tempo il problema è capire qual è l'efficacia dei sistemi che utilizziamo. Le chiedevo se avete realizzato un sistema di monitoraggio dell'efficacia dei vostri interventi o se almeno avete cercato, provato?

Risposta Roberto Mazza

Per quanto riguarda gli interventi con gli adolescenti, lo studio è stato fatto da una collega di Andrea, Gemma Gatta, ed ha dimostrato che dopo 5 anni dell'intervento sulle scuole non è cambiato nulla; nel senso che la percentuale dei ragazzi che fuma era uguale sia nelle scuole dove la Lega Tumori era intervenuta che nelle scuola dove non era stato effettuato l'intervento. Stiamo cercando di cambiare proprio nei termini che dicevo prima, cioè puntare un po' meno sui danni alla salute e puntare più sull'aspetto spy story. I ragazzi quando sentono parlare di qualcuno che li sta imbrogliando drizzano le orecchie quindi noi stiamo provando proprio adesso in questa direzione, con l'aiuto anche de "Le Iene" che hanno fatto questi bei filmati; anzi se ne avete bisogno li stiamo distribuendo molto volentieri; più si diffondono e meglio è! Non abbiamo ancora monitorato l'impatto, però non ci aspettiamo molto. Ci sembra comunque importante anche solo informare gli adolescenti, stanno con la loro pelle. Speriamo che i dati ci confortino.

Dr. Andrea Micheli

Ho partecipato anch'io a questo lavoro di Gemma Gatta; una cosa curiosissima, praticamente nel sottogruppo dei ragazzini che dichiaravano di amare Sting, in quel sottogruppo l'intervento di educazione sanitaria ha funzionato, interpretazione: l'intervento di per sé non serve ma se tu hai un terreno favorevole ai fini di messaggi ecologici ecc. funziona, per cui probabilmente ha ragione Roberto, il messaggio vero è altro cioè sono le grandi politiche, come gira il mondo, su questi punti si può istaurare il messaggio specifico "non fumare".

Roberto Mazza

Noi usiamo sempre gli studi della Philip Morris che sono eccezionali. La Philip Morris dice: finanziamo l'intervento nelle scuole è un intervento basato solo sulla salute. Le mie fotografie non sono finanziate dalla Philip Morris.

Una provocazione:

Allora vi propongo di fare subito una controprova per vedere l'efficacia che il sig. Mazza ci ha detto. Qui dentro sicuramente ci saranno dei fumatori, anzi una la conosco. Se siete d'accordo, visto che avete applaudito, io non fumo quindi per me è molto facile. Chi ha applaudito, visto hanno applaudito in tant,i allora avanti, i fumatori portino le sigarette qui e vediamo l'efficacia. Faccio "La iena".....



Roberto Mazza

Su questo mi schiero in difesa dei fumatori. Io ho lavorato molto con gli infermieri. Agli infermieri dico: se tu ti trovi di fronte a una tua collega che è incinta e tu fumi e sai che lei fuma, tu glielo dice lo stesso di non fumare? Certo che glielo dico e lo stesso debbono fare gli operatori sanitari. Il comportamento privato, quello che ciascuno fa a casa, è un problema suo, non è un problema pubblico. Però è importante che l'infermiere ed il medico fumatori riescano ad aiutare il proprio paziente a smettere o ad indirizzarlo. E' difficile, però noi dobbiamo insistere su questo; il comportamento individuale ha una sua sfera di privacy, l'importante però è che l'Istituzione abbia un'unica faccia verso l'utente. Chi lavora in "salute" non può non dire all'utente: forza smetti di fumare!

Domanda:

Una delle obiezioni più frequenti che si sentono quando si cerca di parlare, specialmente agli adolescenti e soprattutto ai fumatori inveterati e accaniti è questa: "è inutile che cerchiate di insistere su questo aspetto, tanto siamo comunque esposti a inquinamento ambientale, a tossicità per questa o quella cosa, è un aspetto irrisorio, voi cercate di salvarci dal fumo ma c'è sempre qualcosa che contribuisce a farci morire", e così restiamo spiazzati. Poi ci sono i simboli pubblicitari Marlboro ecc.ecc. In giro c'è ancora una specie di epidemia di gruppo tra gli adolescenti, che sono comunque una fascia vulnerabile, lo spirito di emulazione, la voglia di dimostrare di essere adulti e autorevoli avendo una sigaretta in bocca.

Roberto Mazza

Un giorno un medico texano mi ha raccontato una cosa che loro usano nelle scuole. E' una storia. C'è un ragazzino che frequenta la terza media che è follemente innamorato della sua compagna di banco. Alla festa di fine anno scolastico lui decide di andare a parlare con questa ragazza, per cui si prepara psicologicamente. Quando decide di avvicinarsi a lei si accorge che sta ballando con un ragazzo più grande e che addirittura poi escono insieme. Aspetta un po' e poi decide di uscire. Li trova insieme e vede che il ragazzo sta fumando. Si avvicina e il ragazzo più grande lo guarda e gli dice: vuoi fumare? (questa è la classica situazione in cui tutti i ragazzini cominciano a fumare). Il ragazzino invece risponde: "fumare!!!! Ancora con queste tonterie, io ho smesso due anni fa".

Ai ragazzi bisogna insegnare a dire NO, forte, non a dire no con un senso di paura "ho paura di queste cose", ma a dire NO io non voglio essere sfruttato, non voglio essere imbrogliato dalla "Ferrari". Ai ragazzi occorre dare delle risposte forti che li aiutino a scegliere "il non fumo" come una scelta volitiva, forte e intelligente. Infatti gli americani basano gli interventi sui "Refusal skill" cioè insegnano a dire no in maniera forte.

Per quanto riguarda il discorso dell'inquinamento ambientale, basterebbe portare qualche studio di epidemiologia per dimostrare che nei nostri D.H.Oncologici le persone che sono malate di tumore ai polmoni non sono vigili urbani, non sono quelli che hanno l'edicola negli angoli più trafficati delle città, ma sono soprattutto i fumatori. Questo non toglie che bisogna anche lottare per migliorare l'ambiente esterno, bisogna diminuire l'inquinamento, ma in questo momento dobbiamo soprattutto concentrarci sulla lotta al fumo anche perché, a ben vedere, passiamo in media il 90% della nostra vita all'interno delle nostre case e dei luoghi di lavoro, dove la maggior fonte di inquinamento è rappresentata appunto dal fumo; lo hanno dimostrato 50 anni di studi medici effettuati dal Dr. Richard Dole.



Dr. Andrea Micheli:

Una cosa in più da dire, e questo è un messaggio che vale sempre, è che smettere è sempre un vantaggio, se smetti che hai già la malattia migliora la performance della tua malattia, se smetti in età giovanile è certamente meglio, ma se anche smetti in avanti con gli anni avrai comunque un vantaggio; ogni studio ha dimostrato che ridurre o smettere porta sempre vantaggi, quindi dire “tanto ormai è fatta” è una cosa stupida e non vera, comunque e sicuramente avrai vantaggi dallo smettere di fumare.





E' con piacere che a questo punto inseriamo negli atti del convegno il testo della relazione appositamente predisposta dal Dr. Casali che, come detto, non ha potuto presenziare.

RELAZIONE DR. PAOLO G. CASALI

Oncologia Medica - Centro Sarcomi

Fondazione I.R.C.C.S. "Istituto Nazionale dei tumori"

La lotta contro il cancro tra prevenzione e trattamento

Il cancro è oggi un problema sanitario centrale in tutto il mondo. Esso riguarda tipicamente i Paesi sviluppati, dove lo stile di vita contribuisce indubbiamente alla sua incidenza elevata. Il fumo, la dieta, la sedentarietà sono fattori centrali di questa incidenza.

In realtà, bisognerebbe ricordare che i Paesi svantaggiati sono interessati anch'essi. Nel 2020, il 70% delle morti da tumore avverranno in tali Paesi. E' vero che le infezioni sono alla base di molti tumori nei Paesi in via di sviluppo, ma è anche vero che i fattori che sottendono molti tumori nei Paesi sviluppati stanno agendo anche nei Paesi in via di sviluppo. La globalizzazione è un fattore determinante, che riguarda anche le classi svantaggiate delle società in questi Paesi, in relazione, fra l'altro, all'industrializzazione ed alla migrazione verso le città. L'allungamento della vita media, per il miglioramento delle condizioni generali, fa il resto.

Fra le malattie croniche, il cancro è quella che è più possibile prevenire. Questo ha sempre indotto a focalizzare l'attenzione sulla "prevenzione". Tecnicamente, la medicina cerca sempre di prevenire qualcosa. Se sono sano, può cercare di prevenire che io mi ammali. Se sono ammalato, può cercare di prevenire che continui ad esserlo. In genere, più presto avviene la diagnosi di una malattia potenzialmente importante e destinata ad evolvere, migliori saranno le possibilità di guarire. Se poi la malattia è già conclamata, si può prevenire che io mi ammali di più, o addirittura muoia, attraverso una terapia adeguata. Se anche sarà difficile evitare la morte, è sempre possibile fare in modo che questa avvenga nel modo migliore, con le minori sofferenze. Questa è la medicina. Per questo, tecnicamente, vi è una classica distinzione, tra prevenzione "primaria", "secondaria" e "terziaria".

La prevenzione "primaria" mira ad evitare che la gente si ammali. Se io non fumo, ridurrò le mie probabilità di sviluppare alcuni tumori. Se determinati lavoratori sono meno esposti a sostanze cancerogene, si ridurrà le loro probabilità di ammalarsi di tumore. In un certo senso, questo è certamente il modo più efficace di combattere i tumori. Esso riguarda pienamente la medicina.. Naturalmente, però, esso tocca alcuni aspetti che vanno al centro della nostra vita sociale. Cioè riguarda più la politica della medicina. In fin dei conti, comunque, alcune modalità di prevenzione primaria sono alla portata dell'individuo. Non fumare è, in ultima analisi, una decisione individuale. Ma, naturalmente, sono anche possibili interventi pubblici per limitare il fumo, come per esempio, recentemente in Italia, la limitazione del fumo nei ristoranti. D'altra parte, agire sulle condizioni di lavoro è un'azione ancora più politica. Agire sull'inquinamento atmosferico è una questione politica. Eccetera. Anche rimanendo alle cose più semplici e individuali, è ugualmente chiaro che non fumare è una decisione semplice. Tutto sommato, anche il miglioramento dell'esercizio fisico è abbastanza semplice. Fare un po' di ginnastica mezz'ora al giorno per cinque giorni alla settimana è abbastanza semplice, dopotutto. Tuttavia, agire sulla propria dieta è già più difficile, perché la dieta è un comportamento culturale complesso. Insomma, la prevenzione primaria è certamente qualcosa di efficacissimo, che tende, almeno idealmente, ad eliminare alla



radice il problema. Ma è spesso qualcosa che richiede modificazioni complesse, o nel comportamento individuale o nelle condizioni sociali. D'altra parte non bisogna mai perdere di vista il fatto che si tratti della cosa potenzialmente più efficace. E inoltre che alcune cose sono semplici. Appunto, il fumo di sigaretta, o l'esercizio fisico, e almeno alcuni interventi sulla dieta, a livello individuale. O, per esempio, a livello sociale, la diminuzione della diffusione di alcune infezioni, come quelle dal virus dell'epatite B o del papilloma virus.

La prevenzione "secondaria" ha invece a che vedere con la diagnosi precoce. L'anticipo della diagnosi di tumore può essere la conseguenza di una decisione individuale. Per esempio, per una donna, fare regolarmente il PAP test o la mammografia sono decisioni che riguardano la propria salute e che costituiscono una efficace prevenzione secondaria. Bisogna avere ben presente che l'anticipo diagnostico riguarda sempre un determinato tumore, o alcuni tumori. È impossibile, oggi, fare la diagnosi precoce di tutti i tumori. Inoltre, vi sono alcuni tumori che non si prestano ad una diagnosi precoce. Per esempio, alcune neoplasie evolvono troppo rapidamente per consentire, propriamente, una diagnosi precoce, oppure alcuni tumori sono troppo rari per consentire una ricerca sistematica di loro sintomi e segni nell'individuo sano. Potrebbe anche essere possibile, tecnicamente, ma non avrebbe senso. Perché trasformerebbe l'individuo in un malato ancor prima di esserlo, sottoponendolo ad una serie di indagini diagnostiche a bassissima probabilità di trovare qualcosa. E anche i costi per la società, o anche per lo stesso individuo, diventerebbero insostenibili. Bisogna anche considerare che tutti gli esami comportano dei falsi positivi, cioè dei risultati errati che inducono a pensare che l'individuo sia ammalato, anche se non lo è. Anche il migliore degli esami diagnostici ha dei falsi positivi. Una positività all'esame comporta altri esami, che potranno chiarire l'errore, ma si tratterà appunto di ulteriori esami. A volte saranno anche esami "invasivi", cioè potranno richiedere interventi chirurgici, più o meno complessi, anche con qualche rischio. Quindi, non è solo un problema di costi. E' un problema di efficacia complessiva dell'intervento, anche nella prospettiva dell'individuo. Questo è il motivo per cui bisognerebbe sempre consigliarsi con il medico sugli esami di anticipo diagnostico da effettuare, in modo da fare ciò che razionalmente si può fare per diagnosticare precocemente alcune neoplasie che è logico diagnosticare precocemente evitando altri esami che potrebbero addirittura essere, in un certo senso, dannosi. Sempre comprendendo bene che ciò che si può fare è anticipare la diagnosi di alcuni tumori, non di tutti. Quindi, si tratta di ridurre le probabilità di morire, o di ammalarsi gravemente, di alcuni tumori, non di eliminarle completamente. Ma questo vale anche per le cinture di sicurezza in automobile. Non evitano tutte le conseguenze di un incidente, ma certamente alcune sì.

L'anticipo diagnostico non è solo qualcosa che riguarda l'individuo, ma può ben riguardare anche la società. Gli screening sono delle vere e proprie campagne effettuate in determinate popolazioni, ad esempio una città o una regione, volte a consentire ai cittadini di usufruire della possibilità di effettuare gratuitamente alcuni esami di anticipo diagnostico. A maggior ragione, vale quanto detto prima. E' fondamentale agire su quegli esami che risultano potenzialmente più efficaci. Anche i costi a quel punto sono molto importanti, perché riguardano molte persone. C'è un ulteriore aspetto che è importante considerare. Quando si lavora sulla società, bisogna evitare accuratamente di porre degli obblighi sull'individuo, anche solo psicologici. Nessuno deve essere "costretto", sia pure in senso figurato, ad effettuare degli esami. La possibilità di effettuarli deve essergli proposta, nella maniera migliore, ma deve sempre trattarsi di una proposta. La decisione se effettuare o meno l'esame è una decisione dell'individuo, in quanto riguarda la sua salute individuale. Esiste un "diritto" alla salute, ma mai un "dovere" alla salute. Ogni individuo, del resto, vivrà diversamente l'effettuazione di questi esami di anticipo diagnostico. Alcuni li vivranno come una possibilità in più per vivere più a lungo e meglio, altri li potranno vivere con ansia, o comunque a disagio. Occorre lavorare per eliminare quell'ansia e quel disagio, e questo è un compito fondamentale dei medici e degli operatori sanitari. Ma la libertà dell'individuo deve sempre essere rispettata. Più in generale, occorre evitare di medicalizzare eccessivamente la società. La medicina deve aiutare a



vivere la propria vita liberamente, non deve diventare essa stessa l'oggetto della propria vita. L'archetipo del "malato immaginario" è lì a ricordarci, classicamente, cosa può succedere. Dunque, anche le campagne di screening devono essere portate con intelligenza all'individuo, pena una loro minore efficacia, al di là del resto.

Vale solo la pena ricordare, per inciso, che la proibizione del fumo di sigaretta nei locali pubblici è un aspetto di prevenzione, peraltro primaria, non secondaria, che non va contro questi principi, perché esiste anche il fumo passivo. Cioè: fumando, noi possiamo danneggiare anche gli altri. E, naturalmente, il principio liberale vuole che la nostra libertà si fermi laddove viene limitata la libertà degli altri. E, comunque, non dovremmo mai perdere di vista che il fumo di sigaretta rappresenta in effetti un fattore causale di tumore davvero unico, in quanto è davvero un fattore così massivamente importante e nello stesso tempo così "facilmente", sia pure tra virgolette, eliminabile.

Fra l'altro, è da notare come non fumare, fare esercizio fisico, migliorare la propria dieta siano cose che riducono la nostra probabilità di ammalarsi di tumore, ma anche di ammalarsi, per esempio, di malattie cardiovascolari. Che rappresentano l'altra fondamentale causa di morte precoce di tutti noi. E infine non dovremmo dimenticare che non fumare, fare esercizio fisico, migliorare la propria dieta possono cambiare il nostro stile di vita rendendo la nostra vita più piacevole. Non ci sente meglio dovere fatto un po' di esercizio fisico? Non si tossisce di meno non fumando? Non ci sente meglio quando si è mangiato in maniera ragionevole? Inoltre, la sensazione di controllare il proprio stile di vita costituisce forse un modo utile attraverso cui l'individuo può "riappropriarsi" di se stesso, almeno in parte, pur in mezzo a tutti i condizionamenti che quotidianamente rendono le nostre esistenze abbastanza fuori dal controllo. Magari si può scoprire in questo modo di riappropriarsi della propria vita intellettuale, emotiva, spirituale.

Sempre a proposito della prevenzione secondaria, bisogna ricordare che, anche quando un vero e proprio anticipo della diagnosi non sia utilmente efficace, è comunque fondamentale la tempestività diagnostica. Anche nel caso del tumore rapidamente evolutivo, o del tumore raro, se l'obiettivo non potrà essere l'anticipo della diagnosi, l'obiettivo sarà pur sempre la diagnosi tempestiva, cioè quella da effettuare rapidamente in presenza di sintomi e segni manifesti di malattia. L'anticipo diagnostico tende a rivelare segni "nascosti", ma quelli evidenti non andranno mai trascurati.

Infine, la prevenzione "terziaria" mira ad evitare che la malattia, pur conclamata, "progredisca", cioè che abbia conseguenze più negative per la salute. Gli obiettivi restano quelli di sempre, cioè la sopravvivenza e la qualità di vita, in termini tecnici: vivere più a lungo e meglio, in termini più semplici. Non vi è, in questo senso, alcuna differenza tra prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Si tratta sempre di cercare di vivere più a lungo e/o meglio. Se non fumo, avrò più probabilità di vivere più a lungo e meglio. Se faccio il PAP test, avrò più probabilità di vivere più a lungo e meglio. Se faccio un buon trattamento per un tumore dell'intestino, avrò più probabilità di vivere più a lungo e meglio. Gli obiettivi sono sempre quelli. Anche i rischi sono sempre quelli. Se sono costretto a una dieta impossibile, magari vivrò di più, ma forse non meglio. Se devo fare una risonanza magnetica tutti i giorni, magari vivrò di più, ma forse non meglio. Se farò una terapia inutile, magari vivrò di più, forse qualche settimana in più, ma forse non meglio. E' importante comprendere come davvero non vi sia differenza negli obiettivi, così come nei rischi. La medicina si gioca sempre sul filo sottile fra efficacia e accanimento, tanto più al migliorare delle tecnologie a nostra disposizione. Oggi vi sono alcuni problemi etici, o più semplicemente decisionali, che un tempo vi erano di meno. Oggi sono accessibili, sempre più spesso, trattamenti in grado di migliorare la nostra attesa di sopravvivenza, ma al prezzo di tossicità che possono non essere trascurabili. E il miglioramento dell'attesa di sopravvivenza può essere limitato.



Spesso si dice in questo senso che alcune terapie migliorano solo di alcune settimane l'attesa di sopravvivenza, magari con tossicità importanti. In realtà, il discorso non è raramente più complesso. Una terapia può ben migliorare la sopravvivenza mediana di 3 mesi. Ma si tratta, in termini tecnici, appunto di una "mediana". Questo vuol dire che il 50% dei pazienti effettivamente vivrà meno di tre mesi in più, e il 50% più di tre mesi in meno. Quanto in più? Dipende. Può essere altri tre mesi, alcuni, ma può anche darsi che alcuni pazienti vivano molto di più. Insomma non bisogna dare un senso esistenziale a delle mediane di sopravvivenza. Altrimenti il 49% di pazienti tornerà dal proprio medico, passati i tre mesi, a far vedere che è lì, ancora in vita! E' importante comprendere che spesso il problema è più che altro di probabilità. Cioè: un trattamento limitatamente efficace in termini di mediana può dare un aumento, limitato, delle probabilità di avere un beneficio, magari anche importante. Alcune critiche alle nuove terapie oncologiche non considerano questo semplice aspetto tecnico. E' un compito fondamentale dei medici quello di trasmettere al paziente in maniera appropriata alcune stime di efficacia dei trattamenti. La mediana è forse l'indicatore peggiore. Altro indicatore poco utile è la diminuzione relativa del rischio, che viceversa tende ad aumentare la percezione dell'effetto da parte del paziente. Se io ho il 2% di probabilità di morire e un trattamento me le porta all'1% la diminuzione relativa del rischio è del 50% ma chiaramente il mio guadagno reale è l'1%. Che va benissimo se la terapia è poco tossica, ma probabilmente va molto meno bene se è molto tossica. Occorre dunque dire chiaramente al paziente che il vantaggio è l'1% (in termini assoluti), non il 50% (in termini relativi). Questo discorso si rivolge soprattutto ai medici, che devono porre molta attenzione al modo in cui informare il paziente. Occorre anche molta cultura, dalla parte del medico, sia in termini clinici sia in termini, si potrebbe dire, metodologici, per potere informare il paziente in maniera corretta. Da parte sua, il paziente deve comprendere che si deve sempre fare un ragionamento probabilistico. Non esistono mai certezze. A volte, questo è poco accettato dai pazienti. D'altra parte, tutta la nostra esistenza si basa sulle probabilità. Soltanto quando vado in autostrada, nessuno al casello mi fa firmare un foglio di consenso informato con le mie probabilità di schiantarmi con la macchina prima dell'arrivo. Quando entro in ospedale, sì. Mi faranno firmare molta carta. Ma soprattutto mi daranno un'informazione che, auspicabilmente, sarà probabilistica. Occorre abituarsi.

Così, dunque, non fumare, abbassa le mie probabilità di morire prima. Fare il PAP test abbassa le mie probabilità di morire prima. Due cose, dunque: si tratta di diminuire delle probabilità, e l'oggetto è il morire "prima". "Dopo", infatti, dovremo tutti morire, in quanto la medicina non è in grado, ad oggi, di renderci immortali. Quindi non possiamo chiedere alla medicina ciò che non è possibile ottenere. Si muore anche in presenza di una "buona sanità" (morire non significa necessariamente "malasanità"). E' però importante fare tutto il possibile, nell'ambito del ragionevole, per vivere più e meglio, cioè per massimizzare la sopravvivenza e la qualità di vita. La prevenzione primaria, secondaria e terziaria vanno tutte nella stessa direzione.

E' inutile nascondere che vi è tuttavia un conflitto potenziale fra le tre aree. In particolare, vi è un conflitto potenziale tra la prevenzione primaria e secondaria, da una parte, e a prevenzione terziaria, dall'altra: si potrebbe dire fra prevenzione e terapia, in quanto, come detto, la prevenzione terziaria è la terapia di una malattia già in atto. Non è un conflitto solo accademico. Quando le risorse sono limitate, come sempre sono limitate, il problema è se mettere i soldi da una parte o dall'altra, nella prevenzione o nella terapia. Chiaramente, in generale, la prevenzione tende a rivolgersi verso "popolazioni", ed a riguardare interventi necessariamente di efficacia maggiore. La terapia, invece, è per sua vocazione individuale, e dunque massimizza il vantaggio individuale, anche quando il vantaggio sia limitato. E' inutile nascondere che vi è una problematica etica. Da una parte, dalla parte della prevenzione, ci sono i pazienti futuri, che grazie alla prevenzione primaria e secondaria non lo diventeranno, o perlomeno verranno trattati in una condizione molto precoce di malattia. Dall'altra parte, dalla parte della terapia, vi sono i pazienti attuali, quelli che richiedono un trattamento oggi, magari per vantaggi più piccoli su popolazione, ma certo non più piccoli per l'individuo. Chiaramente, appunto, vi è un problema di costi. Come tutti sanno, il problema dei



costi è un problema centrale, oggi, per tutti i sistemi sanitari. Nessuno di essi, sostanzialmente, riesce a far fronte ai costi, in aumento vertiginoso, del miglioramento delle tecnologie. Vi è naturalmente un problema di aumento della vita media, e quindi per questo solo fatto dei costi della salute, anche se è vero che la maggior parte dei costi sanitari dell'individuo tende sempre a concentrarsi negli ultimi anni della vita stessa, al di là di quanto essa sia durata. Certamente, proprio il miglioramento delle tecnologie, dalle terapie alla diagnostica, comporta un aumento esponenziale dei costi. Anche il rapporto costo/efficacia tende a diventare più problematico, soprattutto perché, come detto prima, sempre più spesso si è di fronte a terapie in grado di consentire un certo spostamento delle probabilità, ma limitato. La scelta individuale deve ovviamente essere quella di massimizzare quelle probabilità di successo, ma altrettanto ovviamente il rapporto costo/efficacia diventa sempre più problematico.

Per esempio, nell'oncologia medica di oggi, cioè al centro della prevenzione terziaria, i farmaci a bersaglio molecolare costituiscono un ambito enormemente promettente e già oggi in grado di fare la differenza nella prognosi di molti pazienti. Sono farmaci in cui l'azione terapeutica si rivolge verso bersagli molecolari specifici. Si tratta quindi di un'azione molto specifica sul tumore. Questo si traduce in efficacia, e in una certa limitazione degli effetti collaterali. Per esempio alcuni effetti collaterali tipici della chemioterapia, come la perdita dei capelli o il vomito o l'abbassamento dei globuli bianchi e delle piastrine, tendono a mancare. Non mancano altri effetti, spesso altamente specifici per ciascun farmaco, ma nel complesso si tratta di farmaci fortemente innovativi. Attualmente, alcuni di essi sono già nell'uso corrente per alcune neoplasie, ma si rendono continuamente disponibili farmaci nuovi, indirizzati su bersagli molecolari sempre nuovi. Oggi tendono a trarne beneficio soprattutto alcuni tumori più "semplici" dal punto di vista biologico, in cui un solo recettore è spesso molto importante per la cellula, mentre altri tumori più "complessi", sfortunatamente i tumori più frequenti, richiederanno probabilmente una maggiore complessità nell'approccio terapeutico. Ma, chiaramente, questo è il settore più promettente dell'oncologia medica di oggi. Sfortunatamente, è anche un settore molto costoso. Una terapia con alcuni di questi farmaci molecolari mirati, già in uso corrente, può avere un costo nell'ordine dei 50.000 euro annuali per paziente. La diagnostica fa il resto, in quanto l'utilizzo di questi farmaci deve comunque accompagnarsi ad un utilizzo relativamente sofisticato anche delle risorse diagnostiche. D'altra parte, per esempio, molti pazienti con leucemia mieloide cronica semplicemente non sarebbero in vita se non ci fosse uno di questi farmaci. A fronte, peraltro, di effetti collaterali molto limitati, per cui l'assunzione cronica di alcune pillole tutti i giorni non impedisce una qualità di vita praticamente normale.

Di fronte a tutto questo, la scelta fra prevenzione e terapia è probabilmente un po' accademica. Investire nella prevenzione primaria e secondaria è fondamentale. E anche i Paesi in via di sviluppo dovranno beneficiare di questi investimenti, perché, come detto all'inizio, anch'essi stanno subendo sempre più il problema "cancro". D'altra parte, esiste un mercato che non manca di esercitare fortissime pressioni sulla terapia. E inoltre esiste il fondamentale diritto dei pazienti attuali a ricevere il meglio dei trattamenti. Questo significa non solo trovare nuove terapie, ma anche trasferirle in maniera appropriata nella pratica clinica corrente.

Per ogni intervento sanitario, infatti, il problema non è solo quello di metterlo a punto e poi dimostrarne l'efficacia, di trasferirlo nella pratica corrente. Questo richiede soldi, esattamente come li richiede la diffusione corretta della diagnosi precoce, laddove indicata. E richiede uno sforzo comune, in cui chiaramente gli operatori sanitari sono al centro, impegnati in un aggiornamento continuo del proprio sapere e delle proprie capacità.

I costi sono un problema maggiore già oggi. Già oggi non mancano difficoltà, su alcuni dei nuovi farmaci, a trovare la copertura, nei vari sistemi sanitari. Ciò che ragionevolmente si può fare è



ottimizzarne l'utilizzo. Si tratta di farmaci che si prestano a questo. Infatti, si tratta, per definizione, di farmaci "mirati", verso bersagli molecolari specifici. Nulla di più efficace, in teoria, che utilizzarli laddove questi bersagli siano espressi. Per vari motivi, questo non è sempre semplicissimo. E' vero che, oggi, l'identificazione del bersaglio sta diventando importante quanto la realizzazione del farmaco. Ma è anche vero che rivolgere la terapia verso i soli pazienti il cui tumore esprima il bersaglio richiederebbe un modo molto nuovo di svilupparli, profondamente diverso da quello utilizzato in passato per i chemioterapici. Sono evoluzioni in atto, non facili. E' l'unico modo a nostro disposizione per elevare il rapporto costo/efficacia di questi farmaci.

A proposito di quest'ultimo, per concludere, ci si può chiedere quale sia un rapporto costo/efficacia accettabile nella medicina di oggi. In genere l'efficacia si esprime in "anni di vita guadagnati". Raffinando leggermente il concetto, si può parlare di "anni di vita guadagnati corretti per qualità di vita", moltiplicandone il valore per un coefficiente, da 0 ad 1, che esprima la qualità di quegli anni. Ma non cambia molto. Attualmente, le scelte concretamente effettuate, e quanto raccomandato a livello internazionale, sono coerenti con il considerare adeguato il rapporto costo/efficacia quando esso sia nei limiti dei 50.000 dollari per anno di vita guadagnato. Si potrebbe dire, allora, che con l'attuale attesa di sopravvivenza, il valore economico di una vita umana potrebbe arrivare a poco meno di 5 milioni di dollari.

Ci si può ribellare ad una tale quantificazione del valore economico della vita umana, e in un certo senso è giusto farlo. D'altra parte, le risorse sono oggettivamente limitate e la vera battaglia potrebbe essere fare in modo che quel valore non diminuisca! L'unica variabile che entro certi limiti potrebbe essere modificata è ovviamente la quantità complessiva di soldi che viene allocata alla salute in un determinato Paese. Questa è una decisione politica, ma naturalmente può comunque essere modificata non all'infinito. Dopodichè, se le risorse sono limitate, alcune opzioni terapeutiche riceveranno i soldi ed altre no. Inevitabilmente. E, alla fine, allocare le risorse da una parte significherà salvare dei pazienti da quella parte, ma perderli da un'altra. Inevitabilmente. Tate vale, dunque farlo in maniera razionale ed esplicita. Anche questa è una sfida, che chiaramente non coinvolge solo i medici, ma anche il pubblico, cioè la gente e la politica, al centro delle più formidabili problematiche della medicina contemporanea, tra prevenzione e terapia.

Convinti di fare cosa utile e gradita ai nostri lettori riportiamo il testo integrale della pubblicazione del Ministero della Salute "Guadagnare Salute" al quale ha fatto anche ampio riferimento nella sua relazione il Dr. Micheli.

Ministero della Salute

Guadagnare salute

Rendere facili le scelte salutari

Premessa

Il programma “Guadagnare Salute” nasce dall’esigenza di rendere più facili le scelte salutari e di promuovere campagne informative che mirino a modificare comportamenti inadeguati che favoriscono l’insorgere di malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica.

Molti nemici della salute si possono prevenire non fumando, mangiando in modo sano ed equilibrato, non abusando dell'alcol e ricordando che l’organismo richiede movimento fisico.

Una politica efficace per la promozione di stili di vita salutari non deve, dunque, accontentarsi di contemplare i successi conseguiti ma deve studiare le cause degli insuccessi, mettere a punto nuove strategie e moltiplicare gli sforzi per invertire alcuni andamenti. I fattori di rischio sono prevedibili ed esistono politiche e interventi efficaci che possono agire globalmente su di essi e sulle condizioni socio-ambientali per ridurre considerevolmente il peso di morti premature, malattie e disabilità che grava sulla società.

Il governo nazionale e quelli locali non possono condizionare direttamente le scelte individuali, ma sono tenuti a rendere più facili le scelte salutari e meno facili le scelte nocive attraverso:

- informazione, che può aumentare la consapevolezza
- azioni regolatorie, incluse in strategie intersettoriali per modificare l’ambiente di vita
- allocazione di risorse specifiche per sostegno di azioni esemplari mirate ad accelerare, a livello locale, l’inizio di un cambiamento nell’ambiente di vita.

I comportamenti nocivi creano malattie che pesano sui sistemi sanitario e sociale, ma le loro cause sono al di fuori di questi ultimi. Per contrastarli sono necessarie, ad esempio, politiche:

- per favorire la mobilità e l'attività fisica delle persone (trasporti e verde urbano)
- per sostenere il consumo di frutta e verdura
- per ridurre la concentrazione di sale, zuccheri e grassi negli alimenti
- per ridurre la quota di alimenti altamente calorici nella dieta
- per scoraggiare il più possibile il fumo di sigarette
- per ridurre l'abuso di alcol.

Queste politiche, per essere attuate, richiedono l'intervento di diversi Ministeri, del Sistema Sanitario, nonché accordi con produttori e distributori ed altri soggetti coinvolti. Il Sistema Sanitario da solo può aumentare l'attenzione sulla diagnosi precoce e sul trattamento dell'ipertensione arteriosa e dell'ipercolesterolemia, aiutare i fumatori a smettere, trattare gli obesi e promuovere politiche per la salute, mettendo al centro dei diversi interventi le strutture più vicine all'utenza, quali i consultori, i distretti socio-sanitari e i medici di medicina generale che, in particolare, hanno un ruolo decisivo.

Inoltre, il Ministero della Salute e il Sistema Sanitario possono svolgere il ruolo di "avvocati della salute dei cittadini", mettendo in evidenza le ricadute delle politiche dei governi sulla stessa.

La situazione

Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'86% dei decessi, il 77% della perdita di anni di vita in buona salute e il 75% delle spese sanitarie in Europa e in Italia sono causati da alcune patologie (malattie cardiovascolari, tumori, diabete mellito, malattie respiratorie croniche, problemi di salute mentale e disturbi muscoloscheletrici) che hanno in comune fattori di rischio modificabili, quali il fumo di tabacco, l'obesità e sovrappeso, l'abuso di alcol, lo scarso consumo di frutta e verdura, la sedentarietà, l'eccesso di grassi nel sangue e l'ipertensione arteriosa. Tali fattori di rischio sono responsabili - da soli - del 60% della perdita di anni di vita in buona salute in Europa e in Italia. Nel nostro paese, essi si distribuiscono in maniera molto differente nella popolazione e sono molto più diffusi tra le persone delle classi socio-economiche più basse, le quali hanno una mortalità e una morbosità molto maggiori rispetto a chi, socialmente ed economicamente, si trova in posizione più avvantaggiata.

Un altro importante fattore di discriminazione, nel nostro paese, è il significativo gradiente tra Nord e Sud Italia. Per quanto riguarda, ad esempio obesità/sovrappeso le regioni meridionali hanno una prevalenza più elevata (28,7%) rispetto a quelle del nord (19,3%). L'eccesso ponderale è una condizione più diffusa nella popolazione adulta con basso titolo di studio e riguarda sia gli uomini sia le donne in qualsiasi fascia d'età. Il fenomeno dell'obesità in età pediatrica, fino a qualche decennio fa poco diffuso, è un dato allarmante in quanto evidenze scientifiche riconoscono all'obesità in età pre-adolescenziale e adolescenziale una forte capacità predittiva dello stato di obesità in età adulta. A perdere rapidamente il proprio patrimonio di salu-

te sono soprattutto gli immigrati, a causa delle condizioni di vita in cui spesso si trovano in Italia.

Tali condizioni, inoltre, pur influenzate da comportamenti individuali, sono fortemente sostenute dall'ambiente di vita e da quello sociale. I comportamenti salutari, infatti, sono resi sempre più difficili dall'organizzazione e dal disegno urbano delle città, dall'automatizzazione, dai prezzi a volte più elevati degli alimenti più sani e dai condizionamenti del marketing. Ne consegue che i soggetti più esposti a questi rischi sono quelli più vulnerabili: i bambini e le famiglie più povere.

Negli ultimi anni, per effetto di strategie adottate in Italia e nel mondo, si sono potuti osservare alcuni cambiamenti nella giusta direzione (si pensi alla tutela dal fumo passivo) ma permangono, tuttavia, anche andamenti negativi per certi fattori ed in sottogruppi di popolazione. L'obesità è in aumento nell'insieme della popolazione e nei bambini, i giovani continuano ad essere attratti dal fumo di tabacco, le classi economiche più disagiate sono ancora le più esposte ai rischi del fumo, dell'abuso dell'alcol, della sedentarietà, di una alimentazione errata.

L'impegno nazionale ed internazionale

Il Ministero della Salute e le Regioni sono già impegnate nell'azione di contrasto alle malattie croniche attraverso il Piano Nazionale della Prevenzione, previsto dall'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Il Ministero della Salute ha collaborato con la Regione Europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la definizione di una strategia di contrasto alle malattie croniche, valida per l'Europa, dall'Atlantico agli Urali, denominata Guadagnare Salute - e approvata a Copenaghen il 12 settembre 2006 dal Comitato Regionale per l'Europa - ed ha cooperato alla costruzione di una strategia europea di contrasto all'obesità, che è stata approvata il 15 novembre 2006 ad Istanbul nel corso della Conferenza Ministeriale Intergovernativa, durante la quale i Ministri della Salute hanno sottoscritto per i propri governi una dichiarazione di appoggio alle misure nazionali ed internazionali di contrasto all'obesità.

Lo sviluppo di capacità d'azione

I 4 principali fattori di rischio (fumo, alcol, scorretta alimentazione e inattività fisica) - in gran parte modificabili e nei quali è possibile identificare con certezza i principali determinanti delle malattie croniche più frequenti nel nostro paese - sono ben conosciuti ed è evidente che la mancata azione su di essi comporta un aumento di morti premature e di malattie evitabili.

È, pertanto, un imperativo assoluto, sia sul piano etico sia su quello economico, programmare un intervento di salute pubblica che affronti in maniera globale questi fattori di rischio, consentendo al paese di guadagnare salute, e che garantisca la sostenibilità del Sistema Sanitario in termini economici e di efficacia.

Tale programma consentirà di inquadrare in maniera coordinata il contrasto ai fattori di rischio, con un approccio non solo agli aspetti sanitari ma anche alle implicazioni ambientali, sociali ed economiche, e prevederà la condivisione degli obiettivi da parte degli attori coinvolti (amministrazioni centrali e regionali, enti locali, settori privati). Contemplerà, inoltre, la definizione

di reciproche responsabilità, attraverso una programmazione ampiamente concertata e l'attivazione di azioni ed interventi che agiscano in maniera trasversale sui diversi determinanti, al fine di aumentare l'efficacia ed ottimizzare l'utilizzo delle risorse, e che comprendano interventi di comunicazione, regolatori, di comunità e sugli individui.

All'interno del piano dovranno coordinarsi le iniziative già avviate come il contrasto al fumo e all'abuso di alcol, sulla base di strategie definite con le Regioni; un impegno prioritario dovrà riguardare l'implementazione di strategie per migliorare la dieta e promuovere l'attività fisica con l'obiettivo di contrastare l'avanzata dell'epidemia di sovrappeso/obesità che sta raggiungendo proporzioni drammatiche.

Ogni intervento di educazione e promozione della salute dovrà tener conto della conoscenza delle diseguaglianze sociali nella salute, in particolare nell'accesso ai servizi e all'informazione stessa, allo scopo di individuare correttamente e raggiungere il più possibile i gruppi di popolazione più a rischio. Le campagne di intervento dovranno tenere conto di un punto di vista multiculturale, particolarmente con azioni rivolte alle donne in generale, anche per la loro importanza nelle "cure allevanti" e alla relazione che queste hanno con i problemi di alimentazione, pur senza ulteriormente "appesantire" i loro compiti di cura.

Articolazione del programma

Che cos'è:

- il programma "Guadagnare Salute - Rendere facili le scelte salutari" è un intervento "multicomponenti", con attività di comunicazione e azioni per ridurre l'iniziazione al fumo, per aumentare il consumo di frutta e verdura, per ridurre l'abuso di alcol, ridurre il consumo di bevande e alimenti troppo calorici, facilitare lo svolgimento dell'attività fisica.
- il programma "Guadagnare Salute" è un potente investimento per ridurre, nel lungo periodo, il peso delle malattie croniche sul sistema sanitario e sulla società e, nel breve periodo, per consentire ai cittadini di scegliere se essere, o tornare ad essere, liberi da dipendenze e fattori di rischio che li affliggerebbero per lunghi anni.

Cosa privilegia:

- il programma "Guadagnare Salute" privilegia **la comunicazione per la salute**.

La comunicazione rappresenta una componente integrata degli interventi di prevenzione di Guadagnare Salute ed è uno strumento importante di informazione e conoscenza per le persone.

"Guadagnare Salute" può essere la giusta risposta per creare, attraverso la prevenzione, condizioni più favorevoli alle scelte per la salute, facendo leva sull'informazione, sulla comunicazione e, in particolare, su specifiche iniziative che inducano a scelte di vita salutari.

La sinergia tra più **Ministeri** può dare maggiore credibilità ai messaggi da veicolare, consolidare il rapporto tra cittadini e istituzioni, assicurare una informazione univoca e

completa e favorire la conoscenza e la sinergia dei progetti di diversi *Ministeri* ed *Enti interessati*, realizzando al contempo una sorta di “piattaforma nazionale della salute”. Attraverso la comunicazione concetti e messaggi semplici (come il messaggio “5 al giorno”: almeno cinque frutti o porzioni di vegetali ogni giorno) possono informare correttamente. La comunicazione può avvenire anche attraverso la tabella nutrizionale degli alimenti: occorrerà agire sia sulle aziende, perché rendano più leggibili e comprensibili le etichette, sia sui consumatori, perché siano sensibilizzati a utilizzare questa informazione.

Come si sviluppa:

“Guadagnare Salute” sviluppa tre tipi di comunicazione istituzionale:

1. I piani di comunicazione specifici per ogni intervento;
2. Una campagna informativa che mette il cittadino al centro delle scelte per la propria salute e impegna i governi a rendere possibili le scelte di salute;
3. Un programma specifico in collaborazione con il mondo della scuola.

Come si articola:

“Guadagnare Salute” si articola in un programma trasversale governativo e in 4 programmi specifici basilari:

- comportamenti alimentari salutari
- lotta al tabagismo
- lotta all’abuso di alcol
- promuovere l’attività fisica.

Programma trasversale governativo “La campagna informativa”

Il programma mira ad una campagna informativa per diffondere l’idea che oggi in Italia esistono 4 rischi principali per la salute, che “il cittadino è responsabile delle proprie scelte” (richiamo alla responsabilità individuale) ma che i governi sono responsabili di creare un ambiente favorevole alle scelte per la salute.

Questa campagna dovrà mirare a indurre alcuni cambiamenti di opinioni e di comportamenti, esaltando i benefici che la corretta assunzione di alimenti associata all’attività fisica produce, tra cui ad esempio:

- rafforzare la conoscenza dei 4 fattori di rischio, come nocivi per la salute e associati alle malattie croniche
- permettere di memorizzare alcuni importanti messaggi semplificati (“5 al giorno” riferito alle 5 porzioni di frutta o verdure da consumare ogni giorno) oppure i messaggi sull’attività fisica
- aumentare il numero di adulti che si rivolgono al medico o al farmacista per misurare la

- pressione arteriosa e i livelli di colesterolo
- promuovere il controllo del peso nelle farmacie con valutazione del BMI
 - promuovere corrette informazioni e consapevolezza sociale rispetto ai disturbi psichiatrici del comportamento alimentare al fine di contrastare le informazioni fuorvianti provenienti dai mass media e da fonti non accreditate

Programma specifico in collaborazione con il mondo della scuola

Una forma di comunicazione specifica dovrà essere effettuata a scuola attraverso iniziative studiate per il target giovanile, con l'obiettivo non solo di fornire informazioni scientificamente corrette, ma soprattutto di identificare strategie per resistere, ad esempio, alle pressioni sociali a fumare, bere alcolici e bevande zuccherine, consumare cibi e bevande altamente calorici, nonché ai contraddittori messaggi mediatici che suggeriscono, soprattutto alle giovani donne, un modello di bellezza e amabilità ispirato all'icona della magrezza eccessiva. Gran parte dei messaggi pubblicitari rivolti ai bambini, ad esempio, riguardano comportamenti alimentari ed esiste ancora una pressione amicale e dei media a fumare, così come a conformarsi agli idoli della moda e dello spettacolo, che spesso veicolano errati modelli da emulare. I nostri ragazzi devono essere messi in grado di riconoscere queste pressioni e di individuare strategie per non aderire a comportamenti nocivi e che portano alla dipendenza.

Il canale scolastico è idoneo, inoltre, a raggiungere anche i genitori e a coinvolgerli nelle iniziative di prevenzione che li riguardano (ad. es.: il fumo dei genitori è un potente fattore di rischio per il fumo dei figli).

L'alleanza con il mondo della scuola

Per fornire ai bambini ed ai ragazzi le competenze necessarie ad una crescita libera, ma anche le opportunità di sperimentare e mantenere comportamenti salutari è necessaria una vera e propria alleanza con il mondo della scuola.

È, dunque, quanto mai opportuno promuovere una fattiva cooperazione interistituzionale, in particolare tra mondo della scuola e mondo della salute, al fine di promuovere comportamenti sani nelle persone in formazione, in fasi della vita in cui si acquisiscono e si radicano abitudini che andranno poi a costituire i principali fattori di rischio delle malattie croniche.

Questa cooperazione può riguardare sia l'area della sorveglianza sia quella degli interventi di promozione della salute. In questo ambito, in particolare, attraverso un accordo tra Ministero dell'Istruzione, Ministero della Salute e Regioni, si può puntare a sviluppare e diffondere nella scuola, nell'ambito del percorso curricolare, interventi di educazione alla salute, privilegiando interventi già sperimentati e di provata efficacia. Si potranno valorizzare le metodologie di "peer education", finalizzate a promuovere la partecipazione attiva degli studenti e la capacità di sviluppare abilità per resistere alla pressione sociale rappresentata dal gruppo dei pari, dai modelli familiari, dalla pubblicità e dalla offerta sociale.

Le iniziative di comunicazione promosse dai vari Ministeri coinvolti potranno trovare valorizzazione nell'ambito del progetto "giornata del benessere dello studente", promosso di concerto dai Ministeri della Salute, dell'Istruzione, dell'Ambiente e delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali¹.

Adeguate iniziative di formazione dei docenti e di coinvolgimento dei nuclei familiari dovrebbero accompagnare tale percorso educativo, iniziando con l'aiuto per smettere di fumare.

Le iniziative di educazione alla salute dovrebbero essere affiancate da un sistema di sorveglianza sugli stili di vita, finalizzato a monitorare alcuni aspetti della salute dei bambini e degli adolescenti scolarizzati, strumento del Sistema Sanitario e del mondo della scuola, condiviso con le Regioni e con il Ministero dell'Istruzione.

Anche nell'attuazione e nell'implementazione di politiche volte al miglioramento dell'attività sportiva, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi del piano, la scuola rappresenta un luogo formativo in cui diviene estremamente necessario intervenire, soprattutto mediante interventi volti ad agevolare la pratica sportiva negli istituti superiori, ma anche attraverso un miglioramento delle opportunità di fare educazione motoria durante l'orario scolastico nelle scuole primarie, nonché mediante specifiche attività finalizzate ad una maggiore diffusione della cultura sportiva. Questo contribuirebbe anche al raggiungimento dei livelli raccomandati di attività fisica quotidiana, elemento fondamentale del benessere fisico.

¹ Ad esempio il Ministero per le Politiche Agricole ha segnalato la disponibilità a contestualizzare nell'ambito del progetto "giornata del benessere dello studente", le due campagne di educazione alimentare "Mangia bene, cresci meglio" rivolta agli studenti delle scuole medie inferiori e "Food4U" rivolta alle scuole superiori di 15 Paesi europei, con il duplice obiettivo di sensibilizzare i giovani sull'importanza di essere consapevoli delle proprie scelte alimentari e coinvolgerli in modo creativo e interattivo attraverso l'uso del linguaggio pubblicitario.

Strategie e ipotesi di intervento

I progetti specifici che sviluppano il programma governativo, finalizzato a indurre alcuni cambiamenti di opinioni e di comportamenti, attraverso una idonea campagna informativa, sono quattro:

- A Guadagnare salute rendendo più facile una dieta più salubre (alimentazione)
- B Guadagnare salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica (attività fisica)
- C Guadagnare salute rendendo più facile essere liberi dal fumo (lotta al fumo)
- D Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol (lotta all'abuso d'alcol)

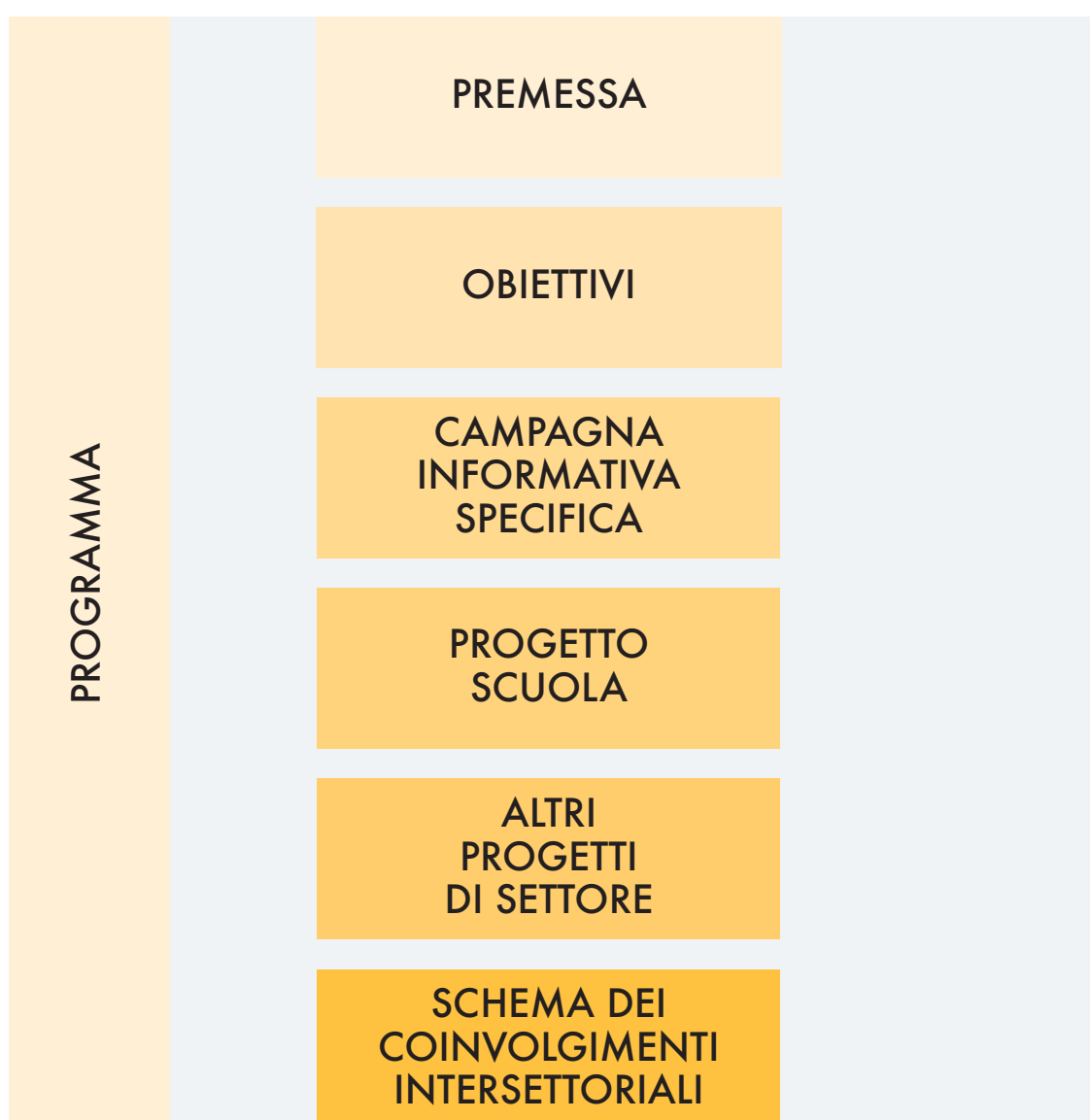
Ogni programma è intersettoriale poiché vede coinvolto il mondo attivo di:

Ministero della Salute
Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali - INRAN
Ministero della Famiglia
Ministero Pubblica Istruzione
Ministero Economia e Finanze
Ministero Interno
Ministero dei Trasporti
Ministero Sviluppo Economico
Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive
Ministero Università e Ricerca
Governo
Produttori e Gestori dei pubblici servizi
Regioni
ASL
Enti locali
Responsabili personale settore privato e pubblico

Ogni soggetto è attore partecipe poiché contribuisce alla realizzazione di “guadagnare salute” mettendo in atto soluzioni specifiche e/o settoriali condivise. In tal modo si supera la frammentarietà degli interventi, la dispersione di risorse umane ed economiche, e si dà continuità alle azioni informative e formative promosse dalle varie forze cointeressate. Ogni programma nella sua specificità deve rappresentare il punto di riferimento, il collante delle varie iniziative promosse in merito.

Gli obiettivi sui quali si basa ogni singolo programma devono rappresentare la base di riferimento comune nell’articolazione dei vari progetti elaborati dalle varie forze e nello stesso tempo il punto di arrivo a cui tendere, anche ai fini di una valutazione possibile dei risultati ottenuti.

Ogni programma si articola nel seguente modo:



1 Premessa - Definisce attentamente le linee generali dopo una accurata disamina della situazione problematica

2 Obiettivi - Definizione degli obiettivi salute in senso ampio e non solo sanitario utilizzando un linguaggio positivo, non basato sulle negatività o sulla divietologia

3 Campagna informativa specifica - Indica le varie azioni da intraprendere (a carattere regolatorio o di altro tipo) accompagnate dalla diffusione di messaggi appositi rivolti alla popolazione bersaglio dell'intervento. Nel contesto di ciascun programma la campagna informativa deve specificare:

- l'ipotesi di fattibilità
- il target
- i linguaggi utilizzati
- gli strumenti
- gli indicatori oggettivi di valutazione

4 Progetto scuola - Ogni specifico programma, come sopra indicato, deve prevedere un programma di coinvolgimento della scuola e di comunicazione specifica attraverso iniziative studiate per il target giovanile, con l'obiettivo non solo di fornire informazioni scientificamente corrette, ma soprattutto di identificare strategie per resistere alle varie pressioni sociali.

5 Progetti di settore - I progetti riguardano le varie istituzioni e i vari enti che costruiscono alleanze con il Ministero della Salute affinché si realizzino efficacemente le finalità con una visione globale e sistemica, non solo sanitaria ma economica sociale, agricola, ambientale, culturale, per citarne alcune.

6 Coinvolgimenti intersettoriali

Guadagnare salute rendendo più facile una dieta più salubre

1 PROMUOVERE COMPORTAMENTI SALUTARI

- | | | |
|-----|---|---|
| 1.A | Promuovere l'allattamento al seno | - L'allattamento esclusivo al seno, come alimentazione normale dei neonati e dei bambini fino ai sei mesi di età dovrebbe essere sostenuto, ampliando le iniziative che già sono in funzione in Italia, come gli Ospedali amici dei bambini. Assicurare il costante controllo del rispetto delle disposizioni legislative relative alla produzione e commercializzazione dei sostituti del latte materno, con particolare attenzione ai contenuti derivanti dal codice OMS |
| 1.B | Sostenere la dieta tradizionale | - Le Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana, elaborate dall'INRAN, dovrebbero essere aggiornate; la composizione della dieta media dovrebbe essere ulteriormente studiata. |
| 1.C | Sorvegliare e monitorare i comportamenti alimentari | La sorveglianza dovrebbe monitorare i comportamenti alimentari. |
| 1.D | Prevenire i disturbi del comportamento alimentare | - La prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare dovrebbe essere favorita attraverso la sensibilizzazione e formazione specifica rivolta ai medici e ai pediatri di base, agli operatori dei consultori, ai medici ospedalieri, ai ginecologi.
- I professionisti della salute nell'ambito delle cure primarie, dovrebbero fornire counselling e indicazioni su corretti stili di vita, sana alimentazione ed importanza dell'attività fisica e contribuire anche alla diagnosi precoce dei Disturbi del Comportamento alimentare, spesso nascosto dai pazienti stessi e sconosciuto ai genitori e altri familiari |

2 FAVORIRE UNA ALIMENTAZIONE SANA NELLA RISTORAZIONE

- | | | |
|-----|--|--|
| 2.A | Consolidare una cultura alimentare fondata sui principi del vivere sano, del rispetto ambientale, della qualità, della scoperta della propria identità individuale e collettiva. | - Nelle scuole e negli asili la fornitura di cibi dovrebbe essere adeguata sulla base di linee guida per la ristorazione scolastica, con spuntini a base di frutta e vegetali e acqua naturale, latte, yogurt e cereali ampliando l'opportunità di scelta. Il monitoraggio degli scarti dovrebbe essere effettuato sistematicamente per comprendere quali sono i piatti meno graditi e poter fornire alle ASL utili indicazioni per la composizione dei menù e attivare interventi atti ad invogliare i bambini a consumare tutti gli alimenti programmati (progetti di educazione alimentare)
- Nel mondo del lavoro, nelle mense aziendali, dovrebbe essere resa disponibile una varietà di scelte di cibi compatibile con le Linee Guida per una Sana Alimentazione
- Negli ospedali dovrebbe essere evitata la diffusione di distributori automatici di cibi ad alto contenuto energetico e scarso valore nutrizionale e di fast food. |
|-----|--|--|

- 2.B Favorire il consumo di cibi salubri nella ristorazione collettiva (scuole, ospedali, mense aziendali)
- Nella ristorazione collettiva il settore privato dovrebbe essere incoraggiato ad offrire scelte alimentari compatibili con le Linee Guida per una Sana Alimentazione Italiana. Dovrebbe essere favorita una corretta politica di "educazione alimentare" del consumatore, affinché esso sia in grado, al di là del richiamo di offerte "accattivanti", di operare scelte responsabili e consapevoli.
 - Per favorire scelte alimentari corrette dovrebbe essere incoraggiata l'aggiudicazione delle gare d'appalto secondo il sistema dell'offerta economica più vantaggiosa, allo scopo di premiare gli elementi qualitativi e non solo o prevalentemente il fattore prezzo
- 2.C Sensibilizzare i luoghi di ristoro
- Tavole calde, pizzerie, bar ed altri negozi che producono cibi pronti dovrebbero essere sensibilizzati sull'importanza dell'offerta di soluzioni compatibili al consumo veloce di frutta e verdura e, ove possibile, scoraggiati dal fornire alimenti altamente energetici o porzioni troppo grandi.

3 PROMUOVERE PRODOTTI SANI PER SCELTE SANE

- 3.A Migliorare la composizione degli alimenti
- I produttori primari, come gli allevatori, e l'industria di trasformazione dovrebbero essere incoraggiati, con accordi da raggiungere anche tramite incentivi, a ridurre progressivamente i contenuti di grasso totale, grassi saturi, zucchero e sale aggiunti nei prodotti.
- 3.B Sviluppare politiche agricole adeguate
- L'attuale politica di incentivi alla produzione di zucchero e grassi dovrebbe essere ampliata in favore di un sostegno anche alla produzione e commercializzazione di frutta e verdure. Le tariffe che limitano il commercio di frutta e verdure dovrebbero essere riconsiderate. La produzione locale sostenibile dovrebbe essere incoraggiata.
 - Difesa della dieta tradizionale e dei cibi tipici. La dieta tradizionale italiana, ricca di vegetali, dovrebbe essere valorizzata anche per i suoi effetti positivi per la salute. I produttori di alimenti tipici dovrebbero essere incoraggiati a mantenere standard di qualità elevati.
- 3.C Adeguare le priorità d'intervento nei Piani Regionali di Sviluppo Rurale
- Adeguamento delle priorità di intervento e degli obiettivi specifici dei Piani Regionali di Sviluppo Rurale, previsti dal Piano Strategico Nazionale elaborato dal Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali ed approvato dalla Conferenza Stato - Regioni il 31 ottobre 2006, alle finalità del piano GUADAGNARE SALUTE, in particolare in riferimento alla sicurezza alimentare nell'ambito delle azioni per il rilancio della competitività delle filiere agro-alimentari, alla valorizzazione delle produzioni tipiche e delle filiere corte che favoriscono il pronto accesso di prodotti alimentari freschi (ortofrutticoli in particolare) sui mercati urbani, agli interventi sulla logistica che possono agevolare la movi-

mentazione dei prodotti agroalimentari particolarmente deperibili, allo sviluppo di attività salutari per la popolazione attraverso la valorizzazione della multifunzionalità delle aziende agricole (fattorie sociali, ecoturismo, agriturismo).

3.D Assicurare la tutela dei prodotti salubri

- Sensibilizzare, attraverso una specifica azione delle amministrazioni statali competenti, i diversi livelli di governo regionale affinché, nella definizione ed implementazione dei Piani Operativi Regionali relativi alle politiche regionali e di coesione, vengano privilegiati quegli interventi e quelle misure in linea con gli obiettivi di GUADAGNARE SALUTE, in particolare con riferimento alla definizione di modelli di produzione e consumo in grado di assicurare la tutela della salute pubblica, alla inclusione sociale, alle reti e collegamenti per la mobilità con particolare riferimento alla filiera agroalimentare, alla attrattività delle città e dei sistemi urbani per l'urban welfare.

4 PROMUOVERE I CONSUMI SALUTARI

4.A Educare al consumo consapevole

- Dovrebbe essere ulteriormente promossa la corretta informazione al consumatore sulla importanza delle varietà della dieta tradizionale che deve essere ricca di vegetali, anche di agricoltura biologica) e che può contenere altri alimenti del nostro patrimonio agroalimentare, da consumare in maniera consapevole.

4.B Promuovere acquisti responsabili

- Dovrebbe essere favorita la formazione di volontari per la diffusione di gruppi familiari di acquisto responsabile, volti ad ottenere maggiore qualità nutrizionale e risparmio nella spesa, promozione della salute, presa di coscienza ed "empowerment" dei membri.
- Prezzi e fiscalità. Le attuali politiche fiscali e dei prezzi dovrebbero essere sviluppate in modo da assicurare la coerenza con le indicazioni nutrizionali della "piramide alimentare", strumento di riferimento per il rilancio della dieta mediterranea nel nostro Paese.

4.C Favorire la moltiplicazione di punti vendita di frutta

- Gli enti locali dovrebbero favorire la moltiplicazione dei punti vendita di frutta, nelle zone delle città maggiormente frequentate, come le uscite delle stazioni ferroviarie, della metropolitana o di altri sistemi di trasporto pubblico.

4.D Favorire la distribuzione ed il marketing

- I mercati locali e regionali dovrebbero essere supportati, come pure i negozi che assicurino l'offerta di differenti tipi di alimenti. La localizzazione dei punti vendita alimentari dovrebbe essere studiata dalle amministrazioni locali, favorendo la diffusione dei prodotti ortofrutticoli freschi negli spazi della grande distribuzione. Dovrebbero essere prese in considerazione attività di promozione che facilitino la scelta di alimenti più sani. La riduzione del prezzo di frutta e verdura, per esempio, potrebbe essere attuata con accordi e sinergie con la grande e la piccola distribuzione, anche attraverso "settimane promozionali di vendita", collegate al programma GUADAGNARE SALUTE.

5 INFORMARE I CONSUMATORI E TUTELARE I MINORI

- | | | |
|-----|--|--|
| 5.A | Facilitare la lettura delle etichette | - Le etichette nutrizionali dovrebbero consentire di individuare il contenuto in grassi, zucchero, calorie e sale. L'etichetta dovrebbe essere completa, facilmente comprensibile e standardizzata. |
| 5.B | Monitorare e regolare il ruolo della pubblicità | - Pubblicità degli alimenti. Il volume della promozione pubblicitaria di alimenti e bevande rivolta ai bambini dovrebbe essere monitorato e tendenzialmente ridotto, attraverso l'autoregolazione dell'industria e l'azione regolatrice. |
| 5.C | Regolamentare il mercato di prodotti cosiddetti dimagranti | - Dovrebbe essere garantita la diffusione di informazioni scientificamente corrette sull'uso e le indicazioni di integratori alimentari e prodotti cosiddetti dimagranti favorendo anche azioni di controllo e interventi normativi sulla pubblicità |
| 5.D | Interpretare e decodificare i modelli di efficientismo | - Aiutare le giovani generazioni ad interpretare e decodificare modelli di efficientismo esasperato proposto dai mass media: "essere magri oggi. Bulimia e anoressia" |

	Ministero Salute	Ministero Pubblica Istruzione Scuole	Ministero Sviluppo Economico	Ministero Politiche Agricole Alimentare e Forestali - INRAN	Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive	ministero della Famiglia	Azienda Sanitaria	Ospedale	Regioni - Enti Locali	Produttori, Privati, Datori di Lavoro, Esercenti	Altri (Associazioni, Gruppi sportivi)
Promuovere comportamenti salutari	■	■		■	■	■	■	■	■		
Favorire una alimentazione sana nella ristorazione	■	■				■	■	■	■	■	■
Promuovere prodotti sani per scelte sane	■	■	■	■		■	■	■	■	■	
Promuovere i consumi salutari	■	■	■	■		■		■	■	■	■
Informare i consumatori e tutelare i minori	■		■	■	■				■	■	■

ALIMENTAZIONE	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni ed Enti locali	Privati (produttori, distributori, gestori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
1.A Promuovere l'allattamento al seno	<ul style="list-style-type: none"> • Informare in modo adeguato le donne • Formare gli operatori sanitari (Ostetriche, MMG, ginecologi, PLS) 	<ul style="list-style-type: none"> • Programmare ed attuare interventi normativi a favore delle mamme che lavorano e devono allattare 	<ul style="list-style-type: none"> • Piano Nazionale della Prevenzione 	<p>Accordi per evitare la distribuzione gratuita di latti artificiali nei reparti di ostetricia o nei consultori</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accordi con i professionisti coinvolti affinché promuovano l'allattamento al seno
1.B Sostenere la dieta tradizionale	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizzare gli effetti positivi sulla salute della dieta mediterranea 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizzare gli effetti positivi sulla salute della dieta mediterranea <ul style="list-style-type: none"> - sviluppare attività salutari per la popolazione attraverso la valorizzazione della multifunzionalità delle aziende agricole (fattorie sociali, ecoturismo, agriturismo, ecc) 		<ul style="list-style-type: none"> • Incoraggiare la produzione di alimenti tipici di qualità 	<ul style="list-style-type: none"> • Sostenere/incentivare la produzione di alimenti salubri
1. Promuovere comportamenti salutari	1.C Sorvegliare e monitorare i comportamenti alimentari				
1.D Prevenire i disturbi del comportamento alimentare					

ALIMENTAZIONE	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni ed Enti locali	Privati (produttori, distributori, gestori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
<p>2.A Consolidare una cultura alimentare fondata sui principi del vivere sano, del rispetto ambientale, della qualità, della scoperta della propria identità individuale e collettiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definire le linee guida per la ristorazione collettiva Definire l'offerta di alimenti nelle mense sulla base delle Linee guida INRAN Fornire agli utenti delle mense informazioni nutrizionali corrette 	<ul style="list-style-type: none"> Definire l'offerta di alimenti nelle mense sulla base delle Linee guida INRAN Fornire agli utenti delle mense informazioni nutrizionali corrette 	<ul style="list-style-type: none"> Piano Nazionale della Prevenzione 	<ul style="list-style-type: none"> Prevedere nei distributori automatici l'offerta di spuntini a base di frutta e di acqua e bevande a basso contenuto energetico e di buon valore nutrizionale 	<ul style="list-style-type: none"> Sviluppare accordi al fine di prevedere nei distributori automatici l'offerta di spuntini a base di frutta e di acqua e bevande a basso contenuto energetico e di buon valore nutrizionale
<p>2.B Favorire il consumo di cibi salubri nella ristorazione collettiva (scuole, ospedali, mense aziendali)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definire le linee guida per la ristorazione collettiva Definire l'offerta di alimenti nelle mense sulla base delle Linee guida INRAN Fornire agli utenti delle mense informazioni nutrizionali corrette 	<ul style="list-style-type: none"> Definire l'offerta di alimenti nelle mense sulla base delle Linee guida INRAN Fornire agli utenti delle mense informazioni nutrizionali corrette 	<ul style="list-style-type: none"> Piano Nazionale della Prevenzione 	<ul style="list-style-type: none"> Prevedere nei distributori automatici l'offerta di spuntini a base di frutta e di acqua e bevande a basso contenuto energetico e di buon valore nutrizionale 	<ul style="list-style-type: none"> Sviluppare accordi al fine di prevedere nei distributori automatici l'offerta di spuntini a base di frutta e di acqua e bevande a basso contenuto energetico e di buon valore nutrizionale
<p>2.C Sensibilizzare i luoghi di ristoro</p>					

ALIMENTAZIONE	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni ed Enti locali	Privati (produttori, distributori, gestori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
<p>3.A Migliorare la composizione degli alimenti</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accordi con i produttori primari e l'industria di trasformazione volti a innovare le caratteristiche dei prodotti per migliorare l'offerta ai consumatori (ridurre sale, zucchero, grassi saturi nei prodotti industriali; innovare la ristorazione) 			<p>Accordi con i produttori primari e l'industria di trasformazione volti a innovare le caratteristiche dei prodotti per migliorare l'offerta ai consumatori (ridurre sale, zucchero, grassi saturi nei prodotti industriali; sensibilizzare il mondo della ristorazione ad offerte di qualità</p>	
<p>3.B Sviluppare politiche agricole</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare politiche agricole coerenti con l'esigenza di favorire stili di vita sani (incitivi/disincitivi alla produzione di alcuni prodotti; sostegno alla produzione 			<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare accordi con i produttori al fine di incentivare la produzione di alimenti più salubri, sempre nel rispetto delle tradizioni alimentari e delle produzioni tipiche 	
<p>3.C Adeguare le priorità d'intervento dei Piani Regionali di Sviluppo Rurale</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Valorizzare le produzioni tipiche e le filiere corte che favoriscono il pronto accesso di prodotti alimentari freschi (ortofrutti in particolare) sui mercati urbani 			
<p>3. Promuovere prodotti sani per scelte sane</p>					
<p>3.D Assicurare la tutela dei prodotti salubri</p>					

ALIMENTAZIONE	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni ed Enti locali	Privati (produttori, distributori, gestori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
4.A Educare al consumo consapevole					
4.B Promuovere acquisti responsabili		<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare misure economiche e normative per facilitare la disponibilità di alimenti più salubri a prezzi più bassi 			
4.C Favorire la moltiplicazione dei punti di vendita di frutta			<ul style="list-style-type: none"> • Pianificare a livello locale un'adeguata distribuzione dei prodotti più salubri 	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare accordi per facilitare la disponibilità di alimenti più sani a prezzi convenienti 	
4.D Favorire la distribuzione e il marketing					
4. Promuovere i consumi salutarì					

ALIMENTAZIONE

	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni ed Enti locali	Privati (produttori, distributori, gestori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
5. Informare i consumatori e tutelare i minori	5.A Facilitare la lettura delle etichette	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare campagne di informazione volte a illustrare al grande pubblico come si leggono le etichette anche in sinergia con min. Politiche agricole 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendere più facilmente comprensibili e standardizzate le etichette nutrizionali dei prodotti confezionati • Studiare un sistema di etichettatura che renda facilmente riconoscibili gli alimenti nutrizionalmente sani 	<ul style="list-style-type: none"> • Piano Nazionale della Prevenzione 	<ul style="list-style-type: none"> • Rendere più facilmente comprensibili e standardizzate le etichette nutrizionali dei prodotti confezionati
	5.B Monitorare e regolare il ruolo della pubblicità		<ul style="list-style-type: none"> • Regolare la pubblicità, specie rivolta ai bambini, attraverso accordi, codici di autoregolazione, interventi normativi 	<ul style="list-style-type: none"> • Piano Nazionale della Prevenzione 	<ul style="list-style-type: none"> • Regolare la pubblicità, specie rivolta ai bambini, attraverso accordi, codici di autoregolazione, interventi normativi
	5.C Regolare il mercato dei cosiddetti dimagranti			<ul style="list-style-type: none"> • Piano Nazionale della Prevenzione 	
	5.D Interpretare e decodificare i modelli di efficienza			<ul style="list-style-type: none"> • Piano Nazionale della Prevenzione 	

Guadagnare salute rendendo più facile muoversi e fare attività fisica

STRATEGIE E IPOTESI DI INTERVENTO

Tale obiettivo richiede interventi volti ad affermare una concezione dell'attività sportiva che va al di là della mera attività fisica agonistica, divenendo invece un momento di benessere fisico e psicologico che coinvolge tutti i cittadini, giovani e meno giovani. Da qui, un'idea di sport come momento di aggregazione sociale, nonché come attività formativa ed educativa dell'individuo nell'apprendimento del rispetto di regole sane, dei principi dell'uguaglianza e del rispetto delle diversità. Il raggiungimento di tali obiettivi è possibile solo mediante il coinvolgimento attivo delle Amministrazioni interessate, ma anche di quella parte della società civile oggi distante – per molteplici ragioni – dal mondo dell'attività fisica e motoria.

1 FAVORIRE L'ATTIVITÀ FISICA NELL'AMBIENTE URBANO E DOMESTICO

- Libertà di movimento. Il trasferimento al lavoro, a scuola o per le incombenze della vita quotidiana possono costituire eccellenti opportunità, non ancora pienamente esplorate, per raggiungere la quantità di attività fisica moderata, raccomandata quotidianamente per mantenersi in buona salute. Facilitare la scelta di un trasferimento fisicamente attivo richiede la soluzione di molteplici problemi che riguardano la sicurezza di pedoni e ciclisti, specialmente quando si tratta di bambini.
- Disegno urbano ed ambiente domestico. L'ambiente urbano e domestico può facilitare o consentire l'attività fisica ed una vita attiva. La qualità dell'ambiente del quartiere influisce sulla opportunità e la volontà dei residenti di utilizzare gli spazi comuni per l'attività fisica. Sicurezza e protezione dovrebbero essere assicurate. Nel nostro Paese le politiche di chiusura al traffico dei centri storici offrono un'opportunità di movimento a tutte le età, oltre che favorire la tutela dei beni architettonici ed il miglioramento di qualità dell'aria.

2 FAVORIRE L'ATTIVITÀ FISICA NEI BAMBINI E NEI GIOVANI

- Scuole ed asili dovrebbero fornire a bambini ed adolescenti maggiori e migliori opportunità di fare attività motoria, contribuendo, con un'offerta differenziata per età, ai livelli raccomandati di attività fisica quotidiana. Occorre, pertanto, investire nell'attività motoria durante l'orario scolastico nelle scuole primarie, nonché agevolare migliori condizioni per lo svolgimento dell'attività fisica negli istituti secondari, contribuendo così ad una maggiore diffusione di una nuova cultura dello sport e del movimento tra i più giovani.

3 FAVORIRE L'ATTIVITÀ FISICA AL LAVORO E NEL TEMPO LIBERO

- Incentivi. La possibilità di fare pratica sportiva dovrebbe essere incentivata anche mediante agevolazioni fiscali per gli oneri sostenuti dai cittadini per lo svolgimento di attività sportive.
- Attività ricreative. Lo sforzo fisico ridotto durante l'attività lavorativa o domestica, combinato con un maggiore tempo libero, fornisce alle persone un buon incentivo ad aumentare il tempo libero dedicato all'attività fisica. Dovrebbero essere create a livello locale infrastrutture che motivino le persone a svolgere attività fisica, tenendo conto dei gruppi svantaggiati.
- Luoghi di lavoro. Anche i luoghi di lavoro potrebbero essere una delle sedi in cui promuovere l'attività fisica per gli adulti. I migliori risultati si possono ottenere definendo specifici esercizi da eseguire, tenendo conto dell'intensità dell'attività fisica richiesta dal lavoro e delle capacità individuali, regolarmente, preferibilmente tre volte a settimana, con una particolare attenzione ai soggetti sedentari.

4 FAVORIRE L'ATTIVITÀ FISICA PER LE PERSONE DISABILI

- Favorire l'adeguamento degli impianti e delle strutture destinate all'attività sportiva e motoria rendendoli accessibili ai soggetti diversamente abili attraverso l'eliminazione delle barriere architettoniche.
- Favorire la formazione e la presenza di istruttori specializzati nel sostegno alle persone disabili. Tali obiettivi potranno essere conseguiti operando in sinergia con le Amministrazioni centrali, con gli Enti competenti, con il Comitato Italiano Paraolimpico, nonché con le Regioni e gli Enti locali, già impegnati nella promozione dello sport dei disabili.

5 FAVORIRE L'ATTIVITÀ FISICA PER GLI ANZIANI

- Promuovere - insieme alle Amministrazioni centrali agli Enti competenti e agli Enti locali - l'attività motoria anche tra i soggetti più anziani, per i quali inattività e sedentarietà possono essere responsabili di diverse patologie, mentre un'adeguata attività motoria può costituire un aiuto, sia fisico sia psicologico. A tale fine, insieme alle Amministrazioni centrali competenti e agli Enti locali, occorre individuare le modalità, le strutture e le opportunità offerte dal territorio agli anziani per praticare attività fisica anche quale occasione di socializzazione.

6 FAVORIRE L'ATTIVITÀ FISICA PER LE PERSONE PORTATRICI DI DISAGIO E DISTURBO MENTALE

- Promuovere l'attività motoria per le persone portatrici di disagio e disturbo mentale. Lo Sport, e in più in generale, l'attività fisica e psicomotoria è suggerito come mezzo di prevenzione, di cura e di riabilitazione e da diversi anni, infatti, la pratica sportiva è divenuta anche uno strumento terapeutico-riabilitativo per la reintegrazione sociale di persone con disagio psichico e mentale

7 FAVORIRE L'ATTIVITÀ FISICA ATTRAVERSO I PROFESSIONISTI DELLA SALUTE

- I professionisti della salute nell'ambito delle cure primarie, dovrebbero fornire counseling e indicazioni sull'esercizio fisico. I medici dello sport dovrebbero orientare parte del loro lavoro in azioni rivolte alla comunità per aumentare le opportunità di fare attività fisica di gruppi diversi di popolazione.
- La presenza costante e diffusa di istruttori qualificati all'interno di ogni singola struttura destinata all'attività sportiva e motoria dovrebbe essere assicurata, affinché la diffusione della cultura sportiva sia accompagnata da una adeguata tutela sanitaria dei praticanti a tutti i livelli

	Ministero Salute	Ministero Pubblica Istruzione Scuole	Ministero Trasporti, Ambiente e Sviluppo Economico	Ministero Politiche Agricole Alimentari e Forestali - INRAN	Ministero per le Politiche Giovanili e le Attività Sportive	Ministero della Famiglia	Azienda Sanitaria	Ospedale	Regioni Enti Locali	Produttori, Privati, Datori di Lavoro, Esercenti	Altri (Associazioni, Gruppi sportivi)
Favorire l'attività fisica nell'ambiente urbano e domestico	■		■						■		
Favorire l'attività fisica nei bambini e nei giovani	■	■			■	■	■		■		■
Favorire l'attività fisica al lavoro e nel tempo libero	■				■				■	■	■
Favorire l'attività fisica per le persone disabili	■		■			■	■	■	■		■
Favorire l'attività fisica per gli anziani	■					■	■		■		■
Favorire l'attività fisica per le persone portatrici di disagio e disturbo mentale	■					■	■		■		■
Favorire l'attività fisica attraverso i professionisti della salute	■						■	■	■		

ATTIVITÀ FISICA	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni ed Enti locali	Privati (produttori, distributori, gestori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
<p>Favorire l'attività fisica nell'ambiente urbano e domestico</p>		<p>Promuovere politiche atte a favorire l'esercizio fisico per la popolazione di ogni età (disegno urbano e infrastrutture, rete dei trasporti, politiche del traffico, sicurezza, miglioramento qualità dell'aria)</p>			
<p>Favorire l'attività fisica nei bambini e nei giovani</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Fornire negli asili e nelle scuole a bambini ed adolescenti migliori opportunità di svolgere attività fisica, con offerta differenziata per età • Introdurre agevolazioni fiscali per gli oneri sostenuti per lo svolgimento di attività sportive da parte di giovani di età compresa tra i 5 e i 18 anni 			

ATTIVITÀ FISICA	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni ed Enti locali	Privati (produttori, distributori, gestori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
Favorire l'attività fisica al lavoro e nel tempo libero	Promuovere politiche volte alla diffusione di una nuova cultura sportiva, che vede nello sport anche un momento di benessere fisico e psicologico.	Favorire l'adeguamento degli impianti e delle strutture destinate all'attività sportiva e motoria rendendoli accessibili ai soggetti diversamente abili attraverso l'eliminazione delle barriere architettoniche.		Promuovere l'attività fisica per gli adulti nei luoghi di lavoro, definendo specifici esercizi da eseguire, tenendo conto dell'intensità dell'attività fisica richiesta dal lavoro e delle capacità individuali, con una particolare attenzione ai soggetti sedentari.	
Favorire l'attività fisica per le persone disabili					

ATTIVITÀ FISICA	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni ed Enti locali	Privati (produttori, distributori, gestori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
Favorire l'attività fisica per gli anziani			Individuare modalità, strutture e opportunità offerte dal territorio per la pratica di attività fisica quale occasione di socializzazione		
Favorire l'attività fisica per le persone portatrici di disagio e disturbo mentale			Promuovere l'attività fisica e psicomotoria quale strumento terapeutico riabilitativo per la reintegrazione sociale di persone con disagio psichico e mentale		
Favorire l'attività fisica attraverso i professionisti della salute	Promuovere il counselling sull'esercizio fisico da parte dei MMG e dei PLS				Sviluppare accordi con le società scientifiche dei professionisti coinvolti affinché possano muovere attivamente lo svolgimento di attività fisica regolare

Guadagnare salute rendendo più facile essere liberi dal fumo

STRATEGIE E IPOTESI DI INTERVENTO

1 PROTEGGERE DAL FUMO PASSIVO

- Sostenere le norme a tutela dal fumo passivo (legge 3/2003) migliorandone l'applicazione e sviluppando, in particolare nei luoghi di lavoro, interventi informativi e di aiuto ai fumatori nell'ottica della prevenzione attiva (modalità organizzative sul luogo di lavoro, offerta di interventi di disassuefazione).
- Riconoscere il fumo passivo come fattore di rischio per la salute dei lavoratori nella normativa sulla sicurezza dei luoghi di lavoro
- Sviluppare programmi delle Aziende Sanitarie per la promozione della cultura della tutela dal fumo passivo negli ambienti sanitari, promuovendo l'adesione alla rete europea degli ospedali senza fumo.
- Promuovere programmi educativi contro l'inquinamento indoor per abitazioni libere dal fumo e la tutela dei soggetti più vulnerabili (bambini, anziani, malati)
- Promuovere il divieto di fumo a livello di Ospedali, Esercizi Pubblici, Luoghi di lavoro
- Vigilare sull'osservanza del divieto, in ottica di promozione attiva della salute.

2 PREVENIRE L'INIZIAZIONE AL FUMO DEI GIOVANI

- Promuovere Campagne educazionali rivolte alla popolazione generale, mirate per età, per genere e contesti (es. famiglia, luoghi di lavoro, strutture sanitarie, ecc.) circa i danni del fumo e i benefici della cessazione con la partecipazione attiva, nel ruolo di educatori di adulti significativi: medici generali e specialisti, infermieri, ostetriche, assistenti sanitari, farmacisti, operatori sociali, insegnanti, genitori ed altri.
- Attivare e sviluppare programmi educativi nelle scuole validati sul piano dell'efficacia in base alle esperienze già presenti nel nostro Paese.
- Definire misure di tipo economico e commerciale (politiche fiscali e dei prezzi, lotta al contrabbando, regolamentazione di prodotto, informazione ai consumatori, vendita ai minori, revoca di autorizzazioni alla vendita in luoghi quali strutture sanitarie, strutture aperte ai minori e limitazioni ai distributori automatici)
- Sensibilizzare gli addetti alla vendita dei prodotti del tabacco, per accrescere l'impegno al rispetto della vigente normativa sul divieto di vendita ai minori di 16 anni.

- Garantire la formazione universitaria attraverso l'inserimento nei corsi di studio per medici e altro personale sanitario di un insegnamento specifico sul tabagismo.
- Monitorare l'applicazione del divieto di pubblicità diretta e indiretta e la regolamentazione delle sponsorizzazioni da parte dell'industria del tabacco in occasione di eventi pubblici (sport, musica, spettacolo).
- Valorizzare l'esempio dato dagli adulti in famiglia e dalle Istituzioni attraverso la sensibilizzazione degli insegnanti e degli operatori sanitari al rispetto del divieto di fumo.
- Promuovere la riduzione del numero di "azioni fumo" nei lavori televisivi (sceneggiati, film TV) trasmessi dalle reti nazionali.

3 AIUTARE I FUMATORI A SMETTERE

- Promuovere a livello regionale in particolare la formazione dei MMG per diffondere la tecnica del "minimal advise", l'invito breve alla cessazione del fumo; formare al counselling antitabagico altri professionisti della salute: medici specialisti, infermieri, ostetriche, assistenti sanitari, farmacisti.
- Includere gli interventi di prevenzione, diagnosi e cura del tabagismo nei LEA
- Studiare misure per favorire la disassuefazione, garantendo a tutti i cittadini equità di accesso alle prestazioni offerte a livello territoriale, attribuendo particolare attenzione alle fasce di età comprese fra 13 e 20 anni
- Studiare misura per ottenere la rimborsabilità dei farmaci per la disassuefazione (sostitutivi della nicotina e bupropione) per alcune categorie di pazienti (per fasce di reddito meno abbienti e/o portatori di patologie fumo correlate).
- Qualificare e potenziare l'attività dei Centri per il Tabagismo: certificazione dei Centri, adeguamento degli organici, multimodalità e multiprofessionalità dell'approccio terapeutico.
- Diffondere le informazioni relative alla diffusione ed alle prestazioni offerte dai Centri antitabacco.
- Informare la popolazione generale sull'offerta da parte dei servizi pubblici e/o privati di interventi di disassuefazione e attivazione di percorsi facilitati per l'accesso agli stessi;
- Valorizzare l'attività di volontariato da parte degli ex fumatori: sostegno alle associazioni.
- Sostenere interventi di Comunità, a livello nazionale e locale (es.: potenziamento dell'iniziativa "Quit and win").
- Diffondere interventi di disassuefazione che coinvolgano la famiglia (perché il fumo dei genitori è fattore condizionante il fumo dei ragazzi), promuovere iniziative in particolare per le mamme e in generale per le donne in età fertile e/o in gravidanza.

	Ministero Salute	Ministero Pubblica Istruzione	Ministero della Famiglia	Ministero Economia	Regioni	Azienda Sanitaria	Ospedale	Scuola	Esercizi Pubblici/ Luoghi di lavoro	Altri (Organizzazioni, MMG, Professi. sanitari)
Proteggere dal Fumo Passivo	■		■		■	■	■	■	■	
Prevenire l'iniziazione dei giovani al fumo	■	■	■	■	■	■		■		
Eliminare gli ostacoli alla disassuefazione	■		■		■	■				

LOTTA AL FUMO	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni, ASL ed Enti locali	Privati (datori di lavoro, gestori, tabaccai, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
<p>Proteggere dal Fumo Passivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rafforzare il sostegno alla legge 3/2003 e monitorare l'applicazione • Promuovere campagne di comunicazione • Promuovere abitudini libere dal fumo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare gli interventi di educazione alla salute • Favorire la formazione universitaria attraverso l'insegnamento specifico sul tabacchismo nei corsi di studio per medici e altro personale sanitario • Definire misure economiche e commerciali (politiche fiscali e dei prezzi, lotta al contrabbando, regolamentazione di prodotto, informazione ai consumatori, controllo della pubblicità) • Ridurre il numero di "azioni fumo" nei programmi televisivi nazionali 	<ul style="list-style-type: none"> • Definire norme Regionali • Attivare programmi di ASL/Ospedali per far rispettare il divieto di fumo 	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere il divieto fornendo supporti per favorire l'applicazione della norme (guide operative) 	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire la partecipazione attiva, nel ruolo di educatori, di adulti significativi
<p>Prevenire l'iniziazione dei giovani al fumo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere Campagne educazionali • Promuovere norme per la riduzione della domanda dei prodotti del tabacco • Promuovere la regolamentazione del prodotto, • Sviluppare la sorveglianza su comportamenti e atteggiamenti dei giovani riguardo al consumo di tabacco 	<ul style="list-style-type: none"> • Attivare programmi scolastici di prevenzione del fumo di provata efficacia • Promuovere Programmi di comunità • Sviluppare Campagne di comunicazione a livello locale 	<ul style="list-style-type: none"> • Regolare l'accesso ai distributori automatici di sigarette • Favorire il rispetto delle norme sulla vendita ai minori 		

LOTTA AL FUMO

<p>Eliminare gli ostacoli alla disassuefazione</p>	<p>Ministero Salute</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminare le disparità nell'accesso alle cure • Informare sull'offerta da parte dei servizi • Promuovere il counselling antitabacco da parte dei MMG e di altri operatori sanitari 	<p>Altri Ministeri ed Enti nazionali</p>	<p>Regioni, ASL ed Enti locali</p>	<p>Privati (datori di lavoro, gestori, tabaccai, ecc.)</p>	<p>Società Scientifiche e Associazioni</p>	
				<ul style="list-style-type: none"> • Promuovere iniziative di formazione per i professionisti della salute sul counseling antitabacco • Potenziare e certificare i centri antitabacco • Attivare percorsi facilitati per l'accesso ai servizi 			
							<ul style="list-style-type: none"> • Sviluppare le attività di Associazioni (LILT) e valorizzare l'azione degli ex fumatori

Guadagnare salute rendendo più facile evitare l'abuso di alcol

STRATEGIE E IPOTESI DI INTERVENTO

- 1 **RIDURRE LA DISPONIBILITÀ DI BEVANDE ALCOLICHE NELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO E LUNGO LE PRINCIPALI ARTERIE STRADALI**
 - Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro e controllare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche nei luoghi di lavoro a rischio, individuati ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125.
 - Definire categorie di ambienti e locali obbligatoriamente alcol free (strutture sanitarie, uffici pubblici, stadi, scuole).
- 2 **FAVORIRE IL CONTENIMENTO DELLA QUANTITÀ DI ALCOL NELLE BEVANDE ALCOLICHE**
 - Incoraggiare e incentivare i produttori di bevande alcoliche a incrementare la ricerca finalizzata alla produzione di bevande a minore gradazione alcolica, nel rispetto della qualità, e assicurando su questi prodotti una corretta informazione.
- 3 **INFORMARE CORRETTAMENTE I CONSUMATORI**
 - Adeguare l'etichettatura delle bevande alcoliche alle esigenze di protezione del consumatore studiando e proponendo misure per inserire nella etichettatura delle bevande almeno una avvertenza semplice, in particolare per alcune categorie a rischio quali donne in gravidanza, persone alla guida, assuntori di particolari farmaci e giovani.
 - Monitorare e controllare il rispetto della legge 125/2001 art. 13 in materia di pubblicità delle bevande alcoliche, con particolare riferimento al disposto in materia di protezione dei minori; studiare, al riguardo, divieti di pubblicità diretta e indiretta in occasione di eventi sportivi.
 - Combattere l'abuso di bevande alcoliche non solo attraverso la veicolazione di messaggi di tipo sanitario e sociale, ma anche attraverso adeguate campagne di educazione sul "saper bere" diffondendo una profonda, solida e motivata consapevolezza tra consumo responsabile del vino e la salute. Infatti, il vino non solo rappresenta un elemento importante del nostro patrimonio agroalimentare e contribuisce alla tutela e alla valorizzazione del territorio, ma è anche un elemento caratterizzante della dieta mediterranea;

4 EVITARE GLI INCIDENTI STRADALI ALCOLCORRELATI

- Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico condotti su base casuale, preliminari agli opportuni accertamenti di valenza medico-legale, in modo che ogni conducente abbia la probabilità statistica di essere testato secondo le migliori pratiche almeno una volta ogni tre anni.
- Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini di una puntuale azione preventiva o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative (quali ad esempio l'abbassamento del tasso alcolemico per i conducenti principianti o per chi guida veicoli particolarmente a rischio).
- Accrescere la visibilità dei controlli sul tasso alcolemico, per amplificarne le finalità preventive. Questo obiettivo potrebbe essere raggiunto anche rendendo note le eventualità di controlli in alcuni luoghi e ambienti strategici, quali quelli del divertimento giovanile a rischio di abuso alcolico; o attivando una collaborazione fra istituzioni interessate per organizzare ad hoc specifiche azioni di comunità.
- Introdurre l'obbligatorietà di corsi di informazione/educazione ad hoc a pagamento, preliminari alla restituzione della patente a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale.
- Favorire la disponibilità e/o gratuità di dispositivi per l'automisurazione del tasso alcolemico.
- Diminuire le occasioni di consumo di bevande alcoliche da parte dei giovani e degli utenti della strada, estendendo alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigente nelle stazioni di servizio autostradali (ai sensi della legge 30 marzo 2001 n. 125 art. 14).
- Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol-correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida.
- Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci.

5 RAFFORZARE GLI INTERVENTI DI PREVENZIONE PRIMARIA E SECONDARIA NELLA MEDICINA DI BASE

- Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale, per consentire l'identificazione precoce dei soggetti a rischio nonché la pratica dell'intervento breve e del counselling nei confronti del consumo alcolico nocivo. A tale fine dovrebbero essere sostenute nuove e adeguate strategie contrattuali e stanziare risorse finanziarie che consentano la più ampia disponibilità, accessibilità e produttività degli operatori e dei servizi di base in merito ai suddetti interventi.

- Favorire un approccio integrato che coinvolga nella individuazione precoce dei casi di abuso, oltre ai servizi e agli operatori sanitari, anche i servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.

6 TROVARE ALLEANZE CON IL MONDO DEL LAVORO

- Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, data l'alta e stabile concentrazione di persone di varia identità socio demografica, per la realizzazione di azioni di prevenzione fondate sull'informazione, l'educazione e la tempestiva identificazione o autoidentificazione dei soggetti a rischio, anche in collaborazione, date le implicazioni dell'abuso di alcol sulla produttività lavorativa, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali,
- Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15, per supportare il rispetto del divieto assoluto di assunzione di bevande alcoliche sancito dalla stessa legge. Sarebbe opportuno attivare in merito la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le Amministrazioni regionali del Lavoro e nell'ambito di quanto previsto anche dalle normative sulla sicurezza.
- Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcol-correlati che ne facciano richiesta, nel pieno rispetto della privacy, in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso le strutture sanitarie pubbliche o, in alternativa, in specifici programmi privati di trattamento attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi.

7 PROTEGGERE I MINORI DAL DANNO ALCOLCORRELATO

- Realizzare interventi finalizzati a ritardare l'età del primo approccio con le bevande alcoliche, ridurre il livello dei consumi giovanili, contenere i comportamenti a rischio quali il binge drinking e le ubriacature:
 - a. campagne educazionali rivolte alla popolazione adulta, genitori ed educatori, focalizzate sulla necessità di informare sugli specifici danni che l'alcol causa ai minori e trasmettere ad essi un corretto orientamento nei confronti delle bevande alcoliche;
 - b. interventi educativi nelle scuole, secondo programmi validati sul piano dell'efficacia, per lo sviluppo nei bambini e nei ragazzi delle abilità necessarie a fare scelte a favore della salute e resistere alle pressioni al bere;
 - c. sensibilizzazione e formazione ad hoc per le categorie di lavoratori addetti alla distribuzione e vendita delle bevande alcoliche, per accrescere l'impegno al rispetto della vigente normativa sul divieto di somministrazione ai minori di 16 anni e il senso di responsabilità nei confronti del bere giovanile.

- Adottare il divieto di somministrazione di bevande alcoliche ai minori

8 FORMARE GLI OPERATORI

- Assicurare che i corsi di studio di qualsiasi livello destinati alla formazione del personale sanitario e sociosanitario contemplino un insegnamento relativo alla prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali, con specifica trattazione anche ai problemi alcol-correlati.
- Favorire la modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni mediche, sanitarie, sociali e psicologiche ai fini di diffondere e migliorare la preparazione professionale in campo alcologico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5.

	Ministero Salute	Ministero della Famiglia	Ministero Pubblica Istruzione Università Scuole	Ministero Economia	Ministero Interno Prefetture Forze di Polizia	Ministero Trasporti Scuole Guida	Governo	Produttori Gestori di pubblici esercizi	Regioni ASL MMG	Comuni	Responsabili personale settore privato e pubblico
Ridurre disponibilità di bevande alcoliche in ambiente di vita e lavoro				■	■	■	■	■		■	■
Favorire contenimenti della quantità di alcol nelle bevande alcoliche				■			■	■			
Sostenere la prevenzione con adeguata politica dei prezzi				■			■	■			
Informare correttamente i consumatori					■		■			■	
Evitare gli incidenti stradali alcol-correlati				■	■	■	■	■	■	■	
Rafforzare gli interventi di prevenzione in Medicina Generale	■								■		
Trovare alleanze con il mondo del lavoro	■								■	■	■
Proteggere i minori dal danno alcol-correlato	■		■		■		■		■	■	
Formare gli operatori	■		■								■

ALCOOL	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni, ASL ed Enti locali	Privati (produttori, gestori, rivenditori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
<p>Ridurre la disponibilità di bevande alcoliche nell'ambiente di vita e di lavoro lungo le principali arterie stradali</p>	<ul style="list-style-type: none"> Definire nuove categorie di ambienti e locali obbligatoriamente alcol free 		<ul style="list-style-type: none"> Favorire la limitazione del consumo di bevande alcoliche in tutti i luoghi di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> Incentivare la ricerca finalizzata alla produzione di bevande a minore gradazione alcolica 	
<p>Favorire il contenimento della quantità di alcol nelle bevande alcoliche</p>					

ALCOOL	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni, ASL ed Enti locali	Privati (produttori, gestori, rivenditori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
Evitare gli incidenti stradali alcolcorrelati		<ul style="list-style-type: none"> • Aumentare su tutto il territorio nazionale il numero e la frequenza dei controlli sul tasso alcolemico; Introdurre l'obbligo di corsi di informazione/educazione a soggetti individuati con tasso di alcolemia illegale. • Estendere alle 24 ore il divieto di somministrazione di superalcolici attualmente vigenti nelle stazioni di servizio autostradali • Introdurre l'obbligo di una adeguata trattazione del rischio alcol correlato nei programmi di informazione/formazione delle Scuole Guida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sollecitare ed esortare i medici di famiglia ad una maggiore informazione nei confronti degli assistiti circa i rischi della guida in stato di ebbrezza alcolica ed i rischi di interazione e sinergia dell'alcol con i farmaci 		<ul style="list-style-type: none"> • Monitorare la frequenza e i risultati dei controlli e analizzare i relativi dati, per acquisire e diffondere conoscenze utili ai fini della prevenzione o per valutare l'opportunità di ulteriori misure normative.

ALCOOL	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni, ASL ed Enti locali	Privati (produttori, gestori, rivenditori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
Rafforzare gli interventi di prevenzione primaria e secondaria nella medicina di base	<ul style="list-style-type: none"> • Provvedere alla sensibilizzazione e formazione degli operatori della medicina di base, e in particolare dei Medici di Medicina Generale. 				<ul style="list-style-type: none"> • Favorire il coinvolgimento dei servizi sociali, i gruppi di auto-aiuto, le istituzioni scolastiche, giudiziarie, il mondo del lavoro e le altre istituzioni interessate.
Trovare alleanze con il mondo del Lavoro	<ul style="list-style-type: none"> • Implementare azioni di prevenzione ad hoc nei luoghi di lavoro a rischio per la salute e la sicurezza di terzi individuati ai sensi della legge 125/2001 art. 15. • Attivare la collaborazione del mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali, anche d'intesa con le Amministrazioni regionali del Lavoro. 		<ul style="list-style-type: none"> • Favorire l'ingresso dei lavoratori con problemi alcol-correlati in programmi di trattamento per la disassuefazione resi disponibili presso strutture sanitarie pubbliche o private, attivati con il contributo economico dei datori di lavoro, prevedendo agevolazioni fiscali o di altro tipo per questi ultimi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare i luoghi di lavoro quale ambiente particolarmente adeguato, per la realizzazione di azioni di prevenzione in collaborazione, col mondo delle imprese e delle organizzazioni sindacali. 	

ALCOOL	Ministero Salute	Altri Ministeri ed Enti nazionali	Regioni, ASL ed Enti locali	Privati (produttori, gestori, rivenditori, ecc.)	Società Scientifiche e Associazioni
<p>Proteggere i minori dal danno alcol-correlato</p>	<ul style="list-style-type: none"> Attivare campagne educazionali rivolte alla popolazione adulta, genitori ed educatori 	<ul style="list-style-type: none"> attivare campagne di educazione sul "saper bere" diffondendo una profonda consapevolezza tra consumo responsabile del vino e la salute 	<ul style="list-style-type: none"> realizzare interventi educativi nelle scuole, secondo programmi validati sul piano dell'efficacia, sensibilizzazione e formazione ad hoc per le categorie di lavoratori addetti alla distribuzione e vendita delle bevande alcoliche 		

ALCOOL

Formare gli operatori

Ministero Salute

Altri Ministeri ed Enti nazionali

Regioni, ASL ed Enti locali

Privati (produttori, gestori, rivenditori, ecc.)

Società Scientifiche e Associazioni

- Assicurare che i corsi di studio di qualsiasi livello destinati alla formazione del personale sanitario e sociosanitario contemplino un insegnamento relativo alla prevenzione delle patologie correlate a fattori di rischio comportamentali e ai problemi alcol-correlati.

- Favorire la modifica degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario relativi alle professioni mediche, sanitarie, sociali e psicologiche ai fini di diffondere e migliorare la preparazione professionale in campo alcolico, secondo le previsioni della legge 125/2001 art. 5



Ampere '07

