



SORVEGLIANZE NAZIONALI

ABITUDINI DI CONSUMO ALCOLICO NELLE ASL PARTECIPANTI AL SISTEMA DI SORVEGLIANZA PASSI (2007)

Gruppo Tecnico PASSI 2007*

L'abuso di bevande alcoliche è uno dei più rilevanti fattori di rischio per la salute e rappresenta un'importante causa di mortalità e morbosità (circa il 4% del *burden of disease* mondiale) (1-2). L'abuso cronico di alcol è in grado di provocare una serie di danni a carico di vari apparati (nervoso, digerente, cardiovascolare) ed aumenta il rischio di vari tipi di tumore (3). Inoltre, le persone che abusano di alcol sono più spesso inclini ad ulteriori comportamenti ad alto rischio, per sé e per gli altri (guida spericolata di autoveicoli, comportamenti sessuali a rischio, lavoro in condizioni psico-fisiche inadeguate) rispetto agli astemi (4).

Molti degli effetti dannosi possono essere prevenuti o ridotti dalla sospensione o riduzione del consumo eccessivo di bevande alcoliche. I conseguenti benefici possono essere sia immediati (ad esempio, nel caso degli incidenti del traffico, danni fetali, sindrome depressiva secondaria) sia a lungo termine (ad esempio, per la cirrosi epatica) (5).

In Italia il Piano Sanitario Nazionale 2006-08 prevede l'adozione di politiche e azioni che incidano sulla percezione culturale del bere e che incrementino la disponibilità di trattamenti efficaci per i soggetti con abitudini di consumo nocive e di interventi dissuasivi dei comportamenti collegati all'abuso alcolico. A questo proposito il medico di medicina generale può svolgere un importante ruolo nella prevenzione e nel trattamento dei problemi alcol-correlati (6).

Per programmare a livello locale adeguati interventi di sanità pubblica, è necessario disporre di informazioni pertinenti e tempestive, con un sufficiente livello di dettaglio.

Nel 2006, il Ministero della Salute ha affidato al Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'Istituto Superiore di Sanità il compito di sperimentare un sistema di sorveglianza della popolazione adulta (PASSI, Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia). L'obiettivo è stimare a livello di ASL e regioni la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione, compresi i consigli forniti dai medici. Il sistema di sorveglianza effettua un monitoraggio continuo, in grado di cogliere variazioni anche relativamente rapide dei fenomeni indagati.

Tra i temi esplorati vi sono le abitudini di consumo alcolico, con particolare attenzione al consumo a rischio, e la guida sotto l'effetto dell'alcol. Questo studio presenta i risultati del 2007, con un'enfasi sulle differenze regionali nei comportamenti, correlate al consumo alcolico, e sui consigli da parte dei medici e degli altri operatori sanitari.

Tutte le 21 regioni e province autonome hanno aderito al progetto PASSI e a partire dal mese di aprile 2007 è partita la rilevazione dei dati. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale

stratificato dagli elenchi delle anagrafi sanitarie delle ASL. Personale delle ASL effettua interviste telefoniche (circa 25 al mese) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi registrati via internet in un archivio unico nazionale. Tutte le informazioni raccolte si basano sulle dichiarazioni rilasciate degli intervistati. Alla fine del 2007 sono state caricate nel database nazionale oltre 21.000 interviste.

Una "unità di bevanda alcolica" è stata considerata equivalente a un bicchiere di vino, o una lattina di birra o un bicchierino di liquore. Persone con consumo alcolico a rischio sono definiti i forti bevitori (per gli uomini, più di 3 unità alcoliche al giorno; per le donne più di 2); i bevitori fuori pasto; i bevitori smodati/binge (chi beve 6 o più unità di bevande alcoliche in un'unica occasione). È considerata persona che guida sotto l'effetto dell'alcol chi dichiara di aver bevuto almeno 2 unità di alcol nell'ora prima di mettersi alla guida.

Sono state poste a confronto Campania, Emilia-Romagna e Provincia Autonoma (PA) di Trento, scelte perché erano disponibili i loro dataset completi e perché sono rappresentative di aree geografiche diverse. I risultati regionali sono stati ottenuti aggregando, tramite pesatura, i dati delle ASL. L'analisi è stata effettuata con il software Epiinfo 3.3.2.

In Campania la percentuale degli intervistati che hanno dichiarato di aver consumato almeno un'unità di be- ▶

(*) Gruppo Tecnico PASSI 2007: Sandro Baldissera, Nancy Binkin, Barbara De Mei, Gianluigi Ferrante, Valentina Minardi, Giada Minelli e Valentina Possenti, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; Nicoletta Bertozzi, Dipartimento di Sanità Pubblica, Azienda USL di Cesena; Stefano Campostrini, Dipartimento di Statistica, Università Cà Foscari, Venezia; Giuliano Carrozzini, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; Angelo D'Argenzio, Dipartimento di Prevenzione, ASL Caserta 2, Caserta; Pirous Fateh-Moghadam, Servizio educazione alla salute, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Provincia Autonoma di Trento; Stefano Menna, Agenzia Zadigroma, Roma; Massimo O. Trinito, UO Epidemiologia, Dipartimento Prevenzione AUSL Roma C, Roma

Tabella - Guida di auto o moto sotto l'effetto dell'alcol, nella popolazione generale, tra i consumatori di bevande alcoliche e tra i bevitori binge

	Campania % (IC 95%)	Emilia-Romagna % (IC 95%)	Provincia Autonoma di Trento % (IC 95%)
Popolazione generale (tutti gli intervistati)	3 (2-5)	10 (9-12)	9 (7-11)
Consumatori di almeno un'unità alcolica negli ultimi 30 giorni	7 (5-9)	15 (13-17)	13 (10-16)
Consumatori binge	30 (25-35)	41 (33-49)	30 (21-40)

vanda alcolica negli ultimi 30 giorni era più bassa (48%) rispetto all'Emilia-Romagna e alla PA di Trento (entrambe 69%). In tutte e tre le aree, il consumo di alcol è risultato più diffuso negli uomini rispetto alle donne.

In Campania i forti bevitori erano l'1%, mentre in Emilia-Romagna e in Trentino erano il 3%. Più alti i valori per i bevitori fuori pasto: Campania 4%, Emilia-Romagna 9% e PA di Trento 15%. Il *binge drinking* ha presentato un analogo andamento: 3% per la Campania, 7% per l'Emilia-Romagna e 12% per la PA di Trento.

Si sono notate importanti differenze, oltre che per area geografica, anche per età. Mentre in Campania la percentuale di *binge drinker* era uguale nelle diverse classi d'età (3%), in Emilia-Romagna era pari all'11% nelle persone di 18-34 anni, all'8% in quelle di 35-49 anni, al 3% nella classe 50-69 anni. Ancor più elevati i valori in Trentino (rispettivamente 24%, 7% e 7%).

In tutte e tre le aree, il consumo smodato era più elevato negli uomini; la differenza più cospicua è stata osservata in Trentino (uomini 21% - donne 2%). Inoltre, il *binge drinking* è risultato associato soprattutto al consumo fuori pasto e nel fine settimana.

Per quanto riguarda l'attenzione al problema da parte dei medici e degli operatori sanitari, la percentuale di persone che hanno riferito di essere state interrogate da un medico od operatore sanitario sulle proprie abitudini di consumo alcolico, nel corso degli ultimi 12 mesi, è risultata più elevata in Emilia-Romagna (43%) rispetto al Trentino (27%) e alla Campania (21%). La percentuale di bevitori che ha dichiarato di aver ricevuto il suggerimento di ridurre i propri consumi alcolici era pari al 12% in Campania, al 13% in Emilia-Romagna e al 12% in Trentino, mentre tra i forti bevitori, i valori corrispondenti per le tre aree erano rispettivamente pari al 13%, 29%, e 41%.

La percentuale di persone che hanno riferito di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol è risultata diversa da regione a regione. Il fenomeno è stato analizzato nella popolazione generale, per avere un'indicazione della rilevanza complessiva del problema, ed anche nelle persone che hanno dichiarato di aver consumato alcol, sia in quelli che hanno bevuto almeno un'unità alcolica negli ultimi 30 giorni sia nei bevitori *binge*, per valutare la propensione ai comportamenti a rischio in queste sottopopolazioni.

In Campania dichiara di aver guidato sotto l'effetto dell'alcol negli ultimi 30 giorni il 3% di tutti gli intervistati (compresi quelli che non hanno guidato): una proporzione significativamente inferiore a quella dell'Emilia-Romagna (10%) e del Trentino (9%). Percentuali più elevate si osservano nei consumatori di bevande alcoliche (almeno un'unità negli ultimi 30 giorni), e ancor di più nei *binge drinker*, come è evidenziato nella Tabella. Le differenze tra le tre aree non sono significative per i bevitori *binge*, mentre per i consumatori di almeno una bevanda alcolica la Campania presenta un valore significativamente inferiore rispetto alle altre due aree.

Dai confronti tra le tre diverse aree è stata confermata la già nota differenza, nei comportamenti riguardanti il consumo alcolico, tra Nord e Sud Italia (7).

Questa differenza era evidente per il consumo di almeno un'unità di bevanda alcolica, per il consumo alcolico a rischio, per il consumo smodato/*binge*, nonché per la guida sotto l'effetto dell'alcol.

In tutte e tre le aree, l'attenzione dei medici e degli altri operatori sanitari era maggiore per le persone con consumi a rischio: i consigli di diminuire l'assunzione di alcol, infatti, erano più frequenti nei confronti dei *binge drinker* e dei forti bevitori. Tuttavia la grande maggioranza degli intervistati, anche delle categorie a rischio, ha riferito di non aver ricevuto consigli dal proprio medico o da altri operatori sanitari.

La guida di auto o moto sotto l'effetto dell'alcol è risultata un fenomeno frequente, in particolare nelle aree settentrionali e tra i bevitori binge. Diversamente da quanto ci si potrebbe aspettare, vista la notevole diffusione in Trentino dei consumi a rischio, la guida sotto l'effetto dell'alcol nella PA di Trento aveva una prevalenza, tra i bevitori binge, non significativamente diversa rispetto alle altre regioni. Questo fatto potrebbe essere messo in relazione con la messa in campo di iniziative locali efficaci per contrastare la guida in stato di ebbrezza. ■

Riferimenti bibliografici

1. Room R, Babor T, Rehm J. Alcohol and public health. *Lancet* 2005;365: 519-30.
2. WHO. Public health problems caused by harmful use of alcohol, 58. WHO Assembly, 7 April 2005.
3. Istituto Nazionale di Ricerca per gli Alimenti e la Nutrizione. Ministero delle Politiche Agricole e Forestali. Linee guida per una sana alimentazione italiana rev. 2003.
4. Ministero della Salute. Piano Sanitario Nazionale 2003-2005. Disponibile all'indirizzo: http://www.ministero.salute.it/resources/static/psn/documenti/psn_2003-2005.pdf
5. Institute of Alcohol Studies in London - EU Public Health Programme - Report: Alcohol in Europe. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm
6. Bartoli G, Scafato E, Patussi V, et al. Il ruolo del Medico di Medicina Generale nella prevenzione dei problemi alcolcorrelati. *Alcolologia* 2002;14(2-3): 109-17.
7. Istituto Nazionale di Statistica. L'uso e l'abuso di alcol in Italia. Anno 2005. Roma: ISTAT; 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20060420_00/testointegralepdf

SORVEGLIANZE NAZIONALI

SORVEGLIANZA DELLE ESPOSIZIONI PERICOLOSE: LA CASISTICA RILEVATA DAL CENTRO ANTIVELENI DI MILANO NEL 2005

Franca Davanzo¹, Laura Settimi², Fabrizio Sesana¹, Pietro Maiozzi², Paolo Roazzi³, Elisabetta Urbani², Maurizio Bissoli¹,
Marcello Ferruzzi¹, Rossana Borghini¹, Tania Giarratana¹, Angelo Travaglia¹, Francesca Assisi¹, Paola Moro¹,
Paolo Severgnini¹, Ilaria Rebutti¹, Valeria Dimasi¹, Antonella Pirina¹ e Tiziana Della Puppa¹

¹Centro Antiveleni, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano

²Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

³Settore informatico, Documentazione, Biblioteca e Attività Editoriali, Istituto Superiore di Sanità

La sorveglianza delle esposizioni prese in esame dai Centri Antiveleni (CAV), servizi che operano all'interno del Servizio Sanitario per una corretta diagnosi e terapia delle intossicazioni, può fornire contributi informativi di rilevante interesse in vari ambiti di sanità pubblica. Nello specifico, la sistematica rilevazione ed analisi dei dati relativi alla casistica gestita dai CAV risulta di particolare utilità per identificare tempestivamente condizioni di rischio non adeguatamente considerate, fornire un supporto ad attività di controllo sulla sicurezza dei prodotti in commercio, contribuire ad una migliore caratterizzazione della tossicità per l'uomo di agenti specifici, orientare attività di prevenzione e verificarne l'efficacia (1-3).

In considerazione di questi aspetti, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha avviato un piano di lavoro per la messa a punto di una base di dati sulle esposizioni pericolose cui possano contribuire i diversi CAV attivi sul territorio e che possa essere utilizzata per attività di sorveglianza di interesse nazionale e regionale. In questo ambito, è stata avviata una prima collaborazione con il CAV di Milano, centro che gestisce circa il 60% delle consulenze richieste a livello nazionale (4), e che già opera in condizioni compatibili con le procedure proposte dall'ISS. Attualmente, il CAV di Milano ha reso disponibili le informazioni rilevate nel periodo 2004-07, riferite a circa 208.000 consulenze. L'acquisizione di questa casistica, oltre a permettere attività di verifica di un sistema informativo accessibile in rete e la messa a punto di procedure di controllo di qualità e classificazione delle variabili di interesse, ha reso disponibile una prima base di dati di rilevanza nazionale, comprensiva delle

diverse tipologie di esposizione prese in esame dai CAV. Le informazioni disponibili sono state oggetto di alcune analisi preliminari. In particolare, sono state utilizzate per: una prima caratterizzazione delle esposizioni pericolose a farmaci (5); l'avvio di un approfondimento sulle esposizioni pediatriche causate da sovradosaggio di antipiretici a base di paracetamolo (6); la conduzione di un'indagine sui casi di intossicazione mortale verificatisi in Sicilia tra cittadini dei Paesi dell'Est europeo e l'identificazione della fonte di esposizione (7); una prima segnalazione sulla diffusione di alchil nitriti come sostanze di abuso (8).

Contestualmente, sono state avviate analisi descrittive per singole annualità, al fine di fornire elementi conoscitivi sull'insieme delle diverse esposizioni, seguirne l'andamento temporale, definire valori di riferimento per la rilevazione in automatico di frequenze anomale riferibili sia al volume complessivo delle consulenze effettuate che a selezionati agenti e quadri sindromici. Nel presente contributo vengono descritte le principali caratteristiche dei casi gestiti dal CAV di Milano nel 2005.

Nel periodo considerato (1.1.2005-31.12.2005) il CAV di Milano ha ricevuto 51.945 richieste di consulenza. Di queste, 42.483 (82%) hanno riguardato casi di esposizione umana, 551 (1%) casi di esposizione animale, 8.904 (17%) richieste di informazione. Per sette casi non è stato possibile definire la tipologia di consulenza. Con riferimento ai casi di esposizione umana, oggetto delle analisi descrittive di seguito riportate, circa il 63% è stato gestito su richiesta di servizi ospedalieri e, in particolare, di servizi di pronto soccorso (44%) e di reparti di pediatria (16%), mentre il 30% è stato sottoposto all'attenzione del CAV da privati

cittadini. Circa il 70% dei casi di esposizione umana (28.428) sono pervenuti da regioni diverse dalla Lombardia. Le regioni con il numero più elevato di casi sono state: Veneto (n. 4.523), Emilia-Romagna (n. 3.635), Sicilia (n. 3.345). Il rapporto medio tra consulenze prestate a livello nazionale e popolazione residente (indice di penetranza) è stato pari a 7,5 per 10³ abitanti. I valori più elevati di questo indice sono stati rilevati per Lombardia (15,6 per 10³), Veneto (10,0 per 10³), Emilia-Romagna (9,1 per 10³) e Umbria (8,9 per 10³).

Gli incidenti considerati hanno comportato l'esposizione di una sola persona nel 98% dei casi (n. 41.682), due o più per il rimanente 2% (143 episodi che hanno dato luogo a 801 casi di esposizione umana). La maggior parte dei pazienti (88%) è risultata esposta ad una sola sostanza pericolosa ed il 7% a due o più, con un totale di 50.201 esposizioni riportate. Di queste, il 48% è stato riferito a farmaci ed il 52% ad agenti non farmaceutici. I pazienti sono risultati equamente distribuiti per genere, mentre circa il 46% ha presentato un'età inferiore ai 6 anni. Il motivo dell'esposizione è risultato accidentale per il 77% dei casi ed intenzionale per il 19%. Per circa il 2% è stata riportata una reazione avversa a farmaci, alimenti o altro. L'ambito di esposizione è risultato domestico per il 90% dei casi, lavorativo o luogo pubblico per circa il 3%, rispettivamente, scolastico per l'1%.

Come mostrato nella Tabella, per i soggetti con età inferiore ai 6 anni, le categorie di agenti più frequentemente riportate sono state: detergenti domestici (21%); corpi estranei (9%); cosmetici e prodotti per la cura della persona (8%); analgesici (7%). Anche tra i pazienti con età compresa tra 6 e 19 anni i ►

Tabella - Categorie di agenti più frequentemente rilevati dal Centro Antiveleini di Milano nel 2005

Categorie	≤ 5		6-19		Classi di età ≥ 20		non nota		Totale	
	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^a	n.	% ^b
Detergenti domestici	4.213	21,7	516	14,0	3.601	21,1	479	20,7	8.809	20,7
Psicolettici	425	2,2	351	9,5	4.793	28,0	154	6,7	5.723	13,5
Analgesici	1.274	6,6	394	10,7	1.308	7,7	67	2,9	3.043	7,2
Antiparassitari	907	4,7	160	4,3	1.661	9,7	217	9,4	2.945	6,9
Antidepressivi	139	0,7	134	3,6	2.049	12,0	64	2,8	2.386	5,6
Corpi estranei	1.744	9,0	249	6,8	107	0,6	88	3,8	2.188	5,2
Cosmetici/cura della persona	1.656	8,5	109	3,0	335	2,0	77	3,3	2.177	5,1
Cardiovascolari	621	3,2	119	3,2	748	4,4	41	1,8	1.529	3,6
Ormoni/antagonisti ormonali	938	4,8	112	3,0	280	1,6	32	1,4	1.362	3,2
Anticonvulsivanti	101	0,5	107	2,9	970	5,7	36	1,6	1.214	2,9
Antimicrobici	574	3,0	190	5,2	463	2,7	57	2,5	1.284	3,0
Funghi	70	0,4	101	2,7	810	4,7	142	6,1	1.123	2,6
Farmaci di uso topico	427	2,2	106	2,9	552	3,2	65	2,8	1.150	2,7
Sostanze chimiche	175	0,9	46	1,2	679	4,0	100	4,3	1.000	2,4
Alimenti	205	1,1	158	4,3	424	2,5	166	7,2	953	2,2
Piante	657	3,4	73	2,0	158	0,9	38	1,6	926	2,2
Gastrointestinali	374	1,9	128	3,5	329	1,9	30	1,3	861	2,0
Alcoli	34	0,2	92	2,5	704	4,1	30	1,3	860	2,0
Morsi/punture	115	0,6	139	3,8	503	2,9	76	3,3	833	2,0
Cancelleria/materiali per uso artistico	520	2,7	192	5,2	30	0,2	12	0,5	754	1,8
Idrocarburi	151	0,8	78	2,1	373	2,2	55	2,4	657	1,5
Antistaminici	396	2,0	78	2,1	168	1,0	12	0,5	654	1,5
Fumi/gas/vapori	77	0,4	67	1,8	404	2,4	90	3,9	638	1,5

(a) Percentuali calcolate sul numero totale di casi per classe di età (< 6 anni, n. 19.390; 6-19, n. 3.688; ≥20, n. 17.095; non nota, n. 2.310)

(b) Percentuale calcolata sul numero totale di casi (n. 42.483)

detergenti domestici sono stati riportati come principale causa di esposizione (14%), seguiti da analgesici (11%), psicolettici (9%) e corpi estranei (7%). Per i soggetti in età adulta (≥20 anni) sono risultate più frequenti le esposizioni a psicolettici (28%), detergenti domestici (21%), antidepressivi (12%) e antiparassitari (10%).

Complessivamente, il 41% dei pazienti gestiti dal CAV di Milano ha presentato segni e sintomi riferibili all'esposizione, mentre per il 78% dei casi è stato prescritto almeno un intervento terapeutico. I decessi rilevati sono stati 10, di cui sette causati da esposizione volontaria e uno da esposizione accidentale.

Le principali caratteristiche della casistica presa in esame dal CAV di Milano risultano confrontabili con quanto osservato dai CAV USA nel corso dello stesso anno su circa 2,4 milioni di casi (2). Ulteriori approfondimenti dei dati qui presentati verranno tra breve resi disponibili al fine di fornire indicazioni su esposizioni ad agenti specifici e di contribuire alla caratterizzazione di fenomeni di particolare rilevanza sanitaria

quali, ad esempio, incidenti domestici, esposizioni pericolose in età pediatrica, esposizioni a farmaci e a sostanze di abuso, incidenti occupazionali ed ambientali, esposizioni di sospetta natura dolosa. ■

Riferimenti bibliografici

1. Wolkin AF, Patel M, Watson W, et al. Early detection of illness associated with poisonings of public health significance. *Ann Emerg Med* 2006;47(2): 170-6.
2. Lai MW, Klein-Schwartz W, Rodgers GC, et al. 2005 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers Toxic Exposure Surveillance System. *Clin Toxicol* 2006;44: 803-932.
3. Watson AW, Litovitz TL, Bedson MG et al. The Toxic Exposure Surveillance System (TESS): risk assessment and real-time toxicovigilance across United States poison centers. *Toxicol Appl Pharmacol* 2005;207:S604-S10.
4. Mucci N, Alessi M, Binetti R, et al. Profilo delle intossicazioni acute in Italia. Analisi dei dati registrati dai Centri Antiveleini. *Ann Ist Super Sanità* 2006;42(3):268-76.

5. Davanzo F, Settimi L, Carbone P, et al. *Esposizioni a farmaci prese in esame dal Centro Antiveleini di Milano nel 2004*. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 07/13).
6. Davanzo F, Settimi L, Sesana FM, et al. Esposizioni a paracetamolo nei bambini: i dati del Centro Antiveleini di Milano. *Bollettino di Informazione sui Farmaci* 2007;14(2):69-73.
7. Davanzo F, Settimi L, Marcello I, et al. Intossicazioni da metanolo prese in esame dal Centro Antiveleini di Milano (2005-07). *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2007; 20(11):i-iii.
8. Davanzo F, Settimi L, Marcello I, et al. Intossicazioni da alchil nitriti "Poppers": casistica rilevata dal Centro Antiveleini di Milano, 2004-07. *Not Ist Super Sanità - Inserto BEN* 2008; 21(2): iii-iv.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini,
Stefania Salmaso
e-mail: profea@iss.it